



Veranlasste Leistungen

Krankentransport-Richtlinie angepasst – Bestandsschutz für Anspruchsberechtigte in der bisherigen Pflegestufe 2

Berlin, 15. Dezember 2016 – Mit einem entsprechenden Beschluss passte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Donnerstag in Berlin den § 8 seiner Krankentransport-Richtlinie an neue Maßstäbe der Pflegebedürftigkeit an. Grund dafür ist eine Gesetzesänderung: Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 wird mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in das SGB XI eingeführt und die bisherigen Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt.

Für Patientinnen und Patienten ab dem Pflegegrad 3 können Krankentransfahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden. Neu ist jedoch: Beim Pflegegrad 3 ergibt sich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung noch nicht aus dem Pflegegrad selbst. Sie muss zusätzlich ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten, gilt Bestandsschutz. Solange diese Patientinnen und Patienten mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, bedarf es für sie keiner gesonderten Feststellung einer dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung.

„Mit der Bestandsschutzregel und der geforderten ergänzenden ärztlichen Feststellung einer Mobilitätsbeeinträchtigung für Versicherte im Pflegegrad 3 haben wir eine gute Lösung gefunden, um Härten zu vermeiden und die Krankentransport-Richtlinie rechtssicher zum Jahresbeginn 2017 anzupassen,“ sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA.

Der Pflegegrad 3 umfasst ab dem 1. Januar 2017 auch Versicherte aus der bisherigen Pflegestufe 1 und 2. Diese weisen jedoch nicht in jedem Falle eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung auf. Eine solche ist zur Begründung eines Anspruchs auf Krankentransport jedoch zwingend erforderlich. Mit der Verpflichtung, die Mobilitätseinschränkung bei Versicherten mit neu erlangtem Pflegegrad 3 ärztlich überprüfen zu lassen, hat der G-BA diese Regelungslücke geschlossen und damit gleiche Leistungsvoraussetzungen für alle Versicherten hergestellt.

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz werden die bisherigen Pflegestufen auf sogenannte Pflegegrade umgestellt. Die entsprechenden Überleitungsregeln sehen vor, Pflegebedürftige mit körperlichen Einschränkungen grundsätzlich in den nächsthöheren Pflegegrad überzuleiten und Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den übernächsten Pflegegrad.

Die Änderungen an der Krankentransport-Richtlinie werden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und treten

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811
Fax: 030 275838-805

www.g-ba.de
www.g-ba.de/presse-rss

**Ansprechpartnerinnen
für die Presse:**

Kristine Reis (Ltg.)

Telefon: 030 275838-810
E-Mail: kristine.reis@g-ba.de

Gudrun Köster

Telefon: 030 275838-821
E-Mail: gudrun.koester@g-ba.de



nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger frühestens zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Seite 2 von 2

Pressemitteilung Nr. 52 / 2016
vom 15. Dezember 2016

Hintergrund – Krankentransporte

Fahrten zur ambulanten Behandlung sind nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Sie müssen von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt verordnet werden und bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Der G-BA ist vom Gesetzgeber damit beauftragt, diese Ausnahmen zu definieren. In § 8 seiner Krankentransport-Richtlinie hat er dazu Festlegungen getroffen. Rechtsgrundlage der Arbeit des G-BA in diesem Bereich sind § 60 Abs. 1 Satz 3 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de