

Information für chronisch Kranke / Fahrten zur ambulanten Behandlung

(Auszug aus der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V (i.d.F. vom 22.01.2004) und der Krankentransportrichtlinie)

Chronikerregelung

Die Neuregelung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz sieht vor, dass für chronisch Kranke die gesetzlich verankerte Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % gesenkt werden kann.

Zur Geltendmachung der geringeren Belastungsgrenze von 1 % muss der Versicherte bestimmte Kriterien erfüllen, um das Vorliegen einer schwerwiegend chronischen Krankheit nachzuweisen.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung). Außerdem muss zusätzlich eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein:

a) Pflegestufe 2 oder 3

oder

b) GdB oder MdE von mindestens 60, wobei auch durch die Krankheit der GdB bzw. MdE begründet wird

oder

c) das Erfordernis einer kontinuierlichen Versorgung.

Für den Nachweis des Kriteriums zu b) GdB bzw. MdE von mindestens 60 genügt es nicht den Schwerbehindertenausweis bei der Krankenkasse vorzulegen.

Als Beleg für das Vorliegen einer GdB bzw. einer MdE von mindestens 60 ist ausschließlich der bestandskräftige amtliche Bescheid (in Kopie) vorzulegen. Dies kann ein Feststellungsbescheid nach dem Schwerbehindertenrecht, ein OEG-Bescheid, ein BVG-Bescheid, ein Bescheid der Berufsgenossenschaft usw. sein. Zu beachten ist lediglich, dass der jeweilige Bescheid den GdB bzw. MdE von mindestens 60 enthält und die vorliegende schwerwiegende chronische Krankheit wegen der die Belastungsgrenze angesenkt werden soll, bezeichnet.

Fahrten zur ambulanten Behandlung

Versicherte, die mit ihrem Schwerbehindertenausweis, das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert) oder „Bi“ (blind) oder „H“ (hilflos) nachweisen können, haben die Möglichkeit Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt zu bekommen, wenn sie an einer Grunderkrankung leiden, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss.

In jedem Fall ist vor Inanspruchnahme dieser Leistung eine ärztliche Verordnung und die Genehmigung der Krankenkasse einzuholen.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Krankenkasse.