



Patienten-Merkblatt für die Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen ab 1.1.2004

I. Grundsatz : vorherige Verordnung des Arztes + vorherige Genehmigung durch Krankenkasse

- Verordnung: Arzt verordnet Krankenfahrt mit Taxi/Mietwagen, wenn
- Beförderung im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung **zwingend medizinisch notwendig** ist
 - o Angabe der zwingenden medizinischen Notwendigkeit auf der Verordnung
 - o Notwendigkeit der – auf dem direkten Weg zu erfolgenden - Beförderung ist gesondert für Hin- und Rückfahrt zu begründen
 - o Sofern keine medizinische Gründe entgegenstehen, ist je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, wenn mehrere Patienten zum gleichen Ziel zu fahren sind
 - der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen nicht mit privatem Kfz oder öffentlichem Verkehrsmittel fahren kann.

Im Notfall (bei Lebensgefahr) oder im Eilfall (Befürchtung schwerer gesundheitlicher Schäden) kann der Arzt auch nachträglich verordnen! Im Eilfall ist auch eine Krankenfahrt mit Taxi/Mietwagen möglich!

Generelle Zulässigkeit für Krankenfahrten-Verordnung ohne Genehmigung durch Krankenkasse:

- Fahrten zu Krankenkassenleistungen, die stationär erbracht werden (Hin- und Rückfahrt)
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung (im Krankenhaus); muss unter Angabe der Behandlungsdaten **unbedingt** auf Transportschein angekreuzt sein
Allgemeine Voraussetzung: Verkürzung oder Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung
- Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in Vertragsarztpraxis sowie zu Vor- und Nachbehandlung dieser OP (muss unter Angabe des OP-Datums **unbedingt** auf Transportschein angekreuzt sein)

Ausnahmsweise Zulässigkeit für Krankenfahrten-Verordnung bei folgenden **ambulanten Behandlungen**

1. Gruppe: Der Patient wird mit einem grunderkrankungsbedingten Therapieschema behandelt, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist **und** die Behandlung selbst oder der Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten so, dass eine Beförderung zur Verhinderung von Lebens- und Gesundheitsgefahren unerlässlich ist.

Diese beiden Voraussetzungen sind in der Regel erfüllt bei

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Strahlentherapie
- Fahrten zur Chemotherapie.

Auch andere Grunderkrankungen können unter diese Regelung fallen (Bspe.: MS-Patienten, Schlaganfall, Parkinson, chronische Wirbelsäulenschäden usw.).

2. Gruppe: Der Patient ist mobilitätseingeschränkt und legt
- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder
 - einen Einstufungsbescheid der Pflegestufen 2 oder 3 vor.

3. Gruppe: Gleichgestellt der 2. Gruppe sind Patienten – **auch ohne Besitz eines entsprechenden Schwerbehindertenausweises oder Einstufungsbescheides** –, die vergleichbar mobilitätsbeeinträchtigt sind und einer längeren ambulanten Behandlung bedürfen.

Immer gilt hier: vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Ärztliche Verordnungen sind der Krankenkasse mit dem Genehmigungsantrag **frühzeitig** vorzulegen. Die Krankenkasse legt Dauer, Art des Beförderungsmittels, Geltung für Hin- und/oder Rückfahrt fest.

II. Zuzahlungsregelung

Neue Zuzahlungsregelung:

Der Patient hat **je Fahrt** 10% der Beförderungskosten einer verordneten (bei einer genehmigungspflichtigen: **und** genehmigten) Beförderung – mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro - zu entrichten. Kostet die Fahrt weniger als 5 Euro, ist der Fahrpreis zu zahlen. **Die bisherige „13 Euro-Regelung“ ist entfallen!**

Belastungsgrenze ab 2004

Infos zur Belastungsgrenze:

Grundsatz: 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Ausnahme: 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei chronisch Kranken, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind. Als **schwerwiegend chronisch** wird eine Erkrankung durch die Krankenkasse festgestellt, wenn sie länger als ein Jahr und mindestens einmal pro Quartal behandelt wurde sowie entweder

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt oder
- ein Behinderungsgrad bzw. eine Erwerbsminderung von 60 % vorliegt oder
- eine kontinuierliche ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine verminderte Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Überschreiten der Belastungsgrenze:

Patienten, die ihre persönliche Belastungsgrenze erreichen, werden auf Antrag für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen von der Krankenkasse freigestellt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, dann eine entsprechende Bescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenze zu erteilen. Für die Belastungsgrenze sind alle Zuzahlungen, also nicht mehr nur wie bisher die für Arznei- und Verbandsmittel, Fahrkosten und Heilmittel, sondern auch bspw. die Zuzahlungen im Krankenhaus, bei stationären Vorsorge- und Reha-Leistungen sowie weitere Hilfsmittel, die bisher unberücksichtigt blieben, einzubeziehen.

Für die **Berechnung der Belastungsgrenze** ist zu beachten:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen/Lebenspartner vermindern sich die Bruttoeinnahmen in 2004 um 4347 Euro, für jeden weiteren um 2898 Euro.
- Davon wiederum eine Ausnahme: bei eigenen Kindern des Patienten oder Kindern des Lebenspartners sind 3648 Euro bzw. bei Alleinerziehenden 4347 Euro abzuziehen.
- Beschädigten-Grundrenten nach Bundesversorgungsgesetz u.Ä. werden nicht angerechnet.
- Für Patienten, die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten oder deren Heimunterbringungskosten von einem Sozialhilfeträger oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden bzw. für Sozialhilfeempfänger ist der sog. Regelsatz für Haushaltsvorstände für die Berechnung der Bruttoeinnahmen maßgeblich.

Wegen der Schwierigkeit der Berechnung ist zwingend die Beratung bei der Krankenkasse zu empfehlen, die eine theoretische Berechnung durchzuführen hat.

Die hier enthaltenen Informationen beruhen auf den aktuell vorliegenden Erkenntnissen, wegen der noch unterschiedlichen Auslegung der neuen gesetzlichen Situation erheben sie allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Rechtssicherheit. Insbesondere bietet diese Information keine Rechtsgrundlage für Haftungsansprüche gegen den Herausgeber (Stand 26.01.2004).

Eine Information
des

