

Patienteninformation über die Neuregelungen der Übernahme der Fahrtkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen

Die bisher verwendeten Verordnungen (Transportscheine) behalten bis auf Weiteres ihre Gültigkeit.

Grundsatz:

Alle alten Befreiungsausweise verlieren am 31.12.2003 ihre Gültigkeit. Dies gilt auch dann, wenn die alten Befreiungsausweise eine Gültigkeit über diesen Zeitraum hinaus ausweisen.

Generelle Zulässigkeit für Krankenfahrten-Verordnung ohne Genehmigung durch die Krankenkasse:

1. Fahrten zu Kassenleistungen die stationär erbracht werden. (Hin- und Rückfahrt)
2. Fahrten zu einer vor-/nachstationären Behandlung (im Krankenhaus) gemäß § 115 a SGB V (unter Angabe der Behandlungsdaten) Voraussetzung: Verkürzung oder Vermeidung einer voll-/ teilstationären Krankenhausbehandlung.
3. Fahrten zu einer ambulanten OP im Krankenhaus oder in eine Arztpraxis gemäß § 115 b SGB V, sowie zur Vor- und Nachbehandlung dieser OP. (Angabe des OP-Datums muss unbedingt auf dem Transportschein vermerkt sein)

Ausnahmsweise Zulässigkeit für Krankenfahrten Verordnungen bei folgenden ambulanten Behandlungen:

Chronisch erkrankte Patienten:

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

Andere Grunderkrankungen können in dieses Behandlungsschema fallen: z. B. MS- Patienten, Schlaganfallpatienten, usw.

Bei allen diesen Fahrten gilt: Vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich!

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

Zuzahlungsregelung

Die bisherige 13 €-Regelung entfällt.

Grundsatz:

Je Fahrt sind vom Patienten 10 % der Beförderungskosten einer verordneten (bei einer genehmigungspflichtigen und genehmigten) Beförderung mindestens 5 €, aber höchstens 10 € zu entrichten. Kostet die Fahrt weniger als 5 €, ist der Fahrpreis zu entrichten.

Ausnahme:

Patienten, die Ihre Belastungsgrenze überschritten haben, sind für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit, sofern sie eine Krankenkassenbescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenzen vorlegen.

Neuerungen bei Krankenfahrten: Stand Januar 2004			
Fahrt	Behandlung	Kostenträger	Kostenübernahme
Arztpraxis	ambulant	Fahrgast	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		ehem. Sozialamt	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		BG	Abrechnung über die Krankenkasse
Krankengymnastik	ambulant	Fahrgast	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		ehem. Sozialamt	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		BG	Abrechnung über die Krankenkasse
Dialyse	ambulant	Krankenkassen	Eigenanteil wird dem Fahrgast in Rechnung gestellt
Chemo-/Strahlentherapie	ambulant	Krankenkassen	Abrechnung über die Krankenkasse, gesetzl. Eigenanteil
Ambulante Operation	ambulant	Krankenkassen	Abrechnung über die Krankenkasse, gesetzl. Eigenanteil
Tagesklinik Geriatrie	teilstationär	Krankenkassen	Abrechnung über die Krankenkasse, gesetzl. Eigenanteil
Krankenhaus	ambulant	Fahrgast	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		ehem. Sozialamt	Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Ausnahmeregelung)
		BG	Abrechnung über die Krankenkasse
	stationär Aufnahme und Entlassung	Krankenkassen	gesetzl. Eigenanteil, Abrechnung über die Krankenkasse
	Verlegung	Krankenkassen	Abrechnung über die Krankenkasse
	Weiterleitung	Krankenkassen	gesetzl. Eigenanteil, Abrechnung über die Krankenkasse

*Infos zur Belastungsgrenze***Grundsatz:**

2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Ausnahme:

1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei chronisch erkrankten Patienten, die sich wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung befinden.

Für die Belastungsgrenze sind alle Zuzahlungen, also nicht mehr wie bisher die für Arznei-, Verbands- und Heilmittel, sondern auch für Zuzahlungen im Krankenhaus, bei stationären Vorsorge- und Reha-Leistungen, sowie weitere Hilfsmittel, die bisher unberücksichtigt blieben, einzubeziehen.

Bei Berechnung der Belastungsgrenze ist zu beachten:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen/ Lebenspartner vermindern sich die Bruttoeinnahmen in 2004 um 4.347 Euro, für jeden weiteren um 2.898 Euro.
- Davon wiederum eine Ausnahme: bei eigenen Kindern des Patienten oder Kindern des Lebenspartners sind 3.648 Euro bzw. bei Alleinerziehenden 4.347 Euro abzuziehen.
- Beschädigten-Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz u.ä. werden nicht angerechnet.
- Für Patienten, die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesverordnungssetzung 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 dem Patienten zwingend die Beratung bei der Krankenkasse anzuraten, 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 12.2003