

gesetzl Grundlage Krankentransportrichtlinien vom 22.01.2004

www.taxi-voelker.de Krankentransporte Merkblatt

Für die Aktualität und Richtigkeit wird keine Haftung übernommen. (siehe Veröffentlichungsdatum)

Voraussetzungen für eine Übernahme der Fahrtkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen Ab dem 01. Januar 2004 übernehmen die Krankenkassen nach Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und neuer Krankentransport-Richtlinien Fahrtkosten unter folgenden Voraussetzungen:

1. Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur noch nach vorheriger Genehmigung der Kassen getragen.

Voraussetzung ist, dass

- eine ärztliche Verordnung für Leistungen in 2004 vorliegt
- und die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist (weil der Patient öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kfz nicht benutzen kann)
- und ein besonderer Ausnahmefall gemäß den vom gemeinsamen Bundes-ausschuss festgelegten Richtlinien vorliegt, z.B. zur Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie (ggf. auch bei Behandlungen wegen MS, Schlaganfall, Parkinson, chronischer Wirbelsäulenschäden usw.) Die bisherige Regelung, nach der die Kassen im Härtefall die Fahrtkosten vollständig übernommen haben, wird mit Wirkung zum 01. Januar 2004 aufgehoben. Alle alten Befreiungsausweise verlieren dann ihre Gültigkeit.

2. Ohne vorherige Genehmigung der Kassen werden die Fahrtkosten bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung für 2004 übernommen, bei Fahrten zu

- Stationären — auch teilstationären — Behandlungen
- Vor- oder nachstationären Behandlungen (wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann)
- Fahrten zu einer ambulanten Operation (im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung)

3. Der Versicherte hat eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten je Fahrt — mindestens jedoch 5,-- € und höchstens 10,-- €, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt — zu zahlen. Bei Fahrten, die unter Ziffer 2 fallen, ist der Eigenanteil nur für die erste und letzte Fahrt zu entrichten. Achtung: bei Serienfahrten zu ambulanten Behandlungen ist der Eigenanteil bei jeder Fahrt zu entrichten

1. Erst wenn der Versicherte für alle Zuzahlungen zu Kassenleistungen insgesamt mehr als 2 % seines Bruttojahreseinkommens (abzüglich 4.347 € für den ersten und je 2.898,-- € für jeden weiteren Familienangehörigen) ausgegeben hat, kann er für den Rest des Kalenderjahres auf Antrag von weiteren Zuzahlungen befreit werden. Bei chronisch Kranken beträgt diese Belastungsgrenze 1 %. Diese Informationen betreffen die Grundsätze. Eine Haftung wird nicht übernommen.

Einzelheiten in Einzelfällen stimmen Sie bitte mit der betreffenden Kasse ab. In der Übergangszeit dürfte es unterschiedliche Auslegungen geben. Voraussetzungen für eine Übernahme der Fahrtkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen

Ab dem 01. Januar 2004 übernehmen die Krankenkassen nach Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und neuer Krankentransport-Richtlinien Fahrtkosten unter folgenden Voraussetzungen:

1. Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur noch nach vorheriger Genehmigung der Kassen getragen. Voraussetzung ist, dass * eine ärztliche Verordnung für Leistungen in 2004 vorliegt* und die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist (weil der Patient öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kfz nicht benutzen kann)* und ein besonderer Ausnahmefall gem. den vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Richtlinien vorliegt,
2. z.B. zur Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie (ggf. auch bei Behandlungen wegen MS, Schlaganfall, Parkinson, chronischer Wirbelsäulenschäden usw.) Die bisherige Regelung, nach der die Kassen im Härtefall die Fahrtkosten vollständig übernommen haben, wird mit Wirkung zum 01. Januar 2004 aufgehoben. Alle alten Befreiungsausweise verlieren dann ihre Gültigkeit.

2. Ohne vorherige Genehmigung der Kassen werden die Fahrtkosten bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung für 2004 übernommen, bei Fahrten zu * Stationären - auch teilstationären - Behandlungen * Vor- oder nachstationären Behandlungen (wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann)* Fahrten zu einer ambulanten Operation (im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung) 3.

Der Versicherte hat eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5,-- € und höchstens 10,-- €, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - zu zahlen. Bei Fahrten, die unter Ziffer 2 fallen, ist der Eigenanteil nur für die erste und letzte Fahrt zu entrichten.

Achtung: bei Serienfahrten zu ambulanten Behandlungen ist der Eigenanteil bei jeder Fahrt zu entrichten ! Erst wenn der Versicherte für alle Zuzahlungen zu Kassenleistungen insgesamt mehr als 2 % seines Bruttojahreseinkommens (abzüglich 4.347 ? für den ersten und je 2.898,-- ? für jeden weiteren Familienangehörigen) ausgegeben hat, kann er für den Rest des Kalenderjahres auf Antrag von weiteren Zuzahlungen befreit werden. Bei chronisch Kranken beträgt diese Belastungsgrenze 1 %.

Diese Informationen betreffen die Grundsätze. Eine Haftung wird nicht übernommen. Einzelheiten in Einzelfällen stimmen Sie bitte mit der betreffenden Kasse ab.

In der Übergangszeit dürfte es unterschiedliche Auslegungen geben.