

Wichtiger Hinweis zu Ihrer Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)

Damit Ihre Krankenfahrt von Ihrer Krankenkasse übernommen werden kann (§ 60 SGB V), müssen die ärztliche Verordnung (Muster 4) und – falls erforderlich – die Genehmigung Ihrer Krankenkasse korrekt vorliegen. **Die Verordnung muss grundsätzlich vor Fahrtantritt vorliegen.**

Bitte prüfen Sie vor Ihrer Fahrt:

- ✓ Ist der **Grund der Beförderung** korrekt angegeben?
- ✓ Ist die **richtige Beförderungsart** angekreuzt?
- ✓ Liegt – falls erforderlich – die **Genehmigung Ihrer Krankenkasse** vor?

Für Fahrten mit Medimobil wichtig

Medimobil befördert ausschließlich Patienten, die **nicht gehfähig** sind:

- ✓ **Tragestuhl** – sitzend transportierbar, nicht gehfähig.
- ✓ **Liegend auf der Krankenfahrt** – für Patienten, die nur liegend transportiert werden können.
- ✗ **Keine Rollstuhlfahrten im eigenen Rollstuhl** und **keine Fahrten für gehfähige Patienten.**

MUSTER 4 · ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG

Taxi / Mietwagen

UND ZUSÄTZLICH

Tragestuhl

ODER

liegend

Rollstuhl *nicht ankreuzen!*

„Rollstuhl“ bedeutet **Beförderung im eigenen Rollstuhl** und ist für Fahrten mit Medimobil nicht geeignet. Wurde versehentlich „Rollstuhl“ angekreuzt, lassen Sie die Verordnung bitte **vor Fahrtantritt** von Ihrer Arztpraxis korrigieren.

Wann ist keine Genehmigung erforderlich?

In vielen Fällen ist eine vorherige Genehmigung nicht notwendig (§ 60 SGB V i. V. m. der Krankentransport-Richtlinie des G-BA), zum Beispiel bei:

- ✓ voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung
- ✓ vor- und nachstationärer Behandlung sowie ambulanten Operationen einschließlich der damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlung, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird (§ 7 Abs. 2 KT-RL)
- ✓ tagesstationärer Behandlung, wenn das Krankenhaus die Fahrt verordnet (§ 8a KT-RL)
- ✓ Pflegegrad 4 oder 5 · Pflegegrad 3 mit dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität
- ✓ Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen **aG, BI** oder **H**

Bei den letztgenannten Gruppen gilt die Genehmigung für Fahrten zur ambulanten Behandlung als erteilt – die Verordnung genügt.

Wann ist eine Genehmigung erforderlich?

Vor Fahrtantritt muss die Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden, zum Beispiel bei Fahrten zur:

- Dialyse
- parenteralen (intravenösen) onkologischen Chemotherapie
- onkologischen Strahlentherapie
- vergleichbaren Behandlungen mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum
- ambulanten Behandlung bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung ohne die oben genannten Nachweise
- sonstigen ambulanten Behandlungen

*Ausnahme: Für Versicherte der **AOK Hessen** gilt derzeit ein Genehmigungsverzicht für ambulante Fahrten – Details auf Seite 2.*

Wichtig: Auch wenn eine Fahrt genehmigungsfrei ist, muss die richtige Beförderungsart – „Tragestuhl“ oder „liegend“ – verordnet sein.

Keine Leistung der Krankenkasse sind Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund – z. B. zum Vereinbaren von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Rezepten (§ 3 KT-RL). Solche Fahrten führen wir auf Wunsch gerne als Selbstzahlerfahrt durch.

Wichtiger Kostenhinweis

Die Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse richtet sich immer nach Ihrer **ärztlichen Verordnung (Muster 4)** und einer ggf. erforderlichen **Genehmigung Ihrer Krankenkasse**. Sind diese Unterlagen fehlerhaft oder unvollständig, kann es zu einer nur teilweisen oder fehlenden Kostenübernahme kommen. Das gilt insbesondere, wenn:

- „Tragestuhl“ oder „liegend“ **nicht** verordnet wurde,
- nur „Taxi/Mietwagen“ ohne Zusatz angekreuzt wurde,
- eine erforderliche Genehmigung fehlt,
- die Krankenkasse nur eine einfache Taxi-/Mietwagenfahrt genehmigt hat,
- versehentlich „Rollstuhl“ verordnet wurde.

In diesen Fällen übernimmt die Krankenkasse gegebenenfalls **nur die Kosten einer einfachen Taxi-/Mietwagenfahrt**. Die Mehrkosten der Tragestuhl- oder Liegendbeförderung müssen dem Patienten dann privat in Rechnung gestellt werden. Hierzu unterzeichnen Sie oder eine bevollmächtigte Person **vor Fahrtantritt** eine Kostenübernahmeerklärung.

Gut zu wissen: Reichen Sie nachträglich eine gültige Verordnung und – soweit erforderlich – die Genehmigung ein, rechnen wir die Fahrt rückwirkend zu den Vertragspreisen direkt mit Ihrer Krankenkasse ab und erstatten Ihnen die bereits geleistete Privatvergütung zurück.

ABER VORSICHT

Verlassen Sie sich nicht auf eine nachträgliche Genehmigung. Die Verordnung ist vor der Beförderung auszustellen (§ 2 Abs. 2 KT-RL); genehmigungspflichtige Verordnungen, die erst **nach** der Fahrt eingereicht werden, lehnen die Krankenkassen in aller Regel ab – auch bei nachträglicher Verordnung eines höherwertigen Beförderungsmittels (z. B. Tragestuhl statt einfachem Taxi). Klären Sie Verordnung und Genehmigung deshalb immer **vor** Fahrtantritt.

Gesetzliche Zuzahlung

Auch bei vollständiger Kostenübernahme gilt die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V: **10 % des Fahrpreises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 € je Fahrt** (Hin- und Rückfahrt zählen als zwei Fahrten). Sie wird direkt beim Patienten eingezogen – außer es liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor (§ 62 SGB V).

Ihre Checkliste vor Fahrtantritt

- Verordnung (Muster 4) liegt **vor Fahrtantritt** vor
- „Taxi/Mietwagen“ angekreuzt
- zusätzlich „Tragestuhl“ **oder** „liegend“ angekreuzt
- kein** Kreuz bei „Rollstuhl“
- Genehmigung der Krankenkasse eingeholt (falls erforderlich)

Besonderheiten einzelner Kassen

AOK Hessen

Die AOK Hessen verzichtet – **bis auf Widerruf** – auf eine vorherige Genehmigung bei Fahrten zur ambulanten Behandlung. Voraussetzung: Auf der Verordnung ist „Taxi/Mietwagen“ **und** zusätzlich „Tragestuhl“ oder „liegend“ angekreuzt. Da kein Genehmigungsverfahren stattfindet, ist die korrekt ausgestellte Verordnung die **alleinige Grundlage der Kostenübernahme**.

Knappschaft

Nach dem Vertrag vom 04.05.2022 ist grundsätzlich **jede Fahrt zur ambulanten Behandlung genehmigungspflichtig**, ebenso Fahrten über 150 Besetzkilometer. Ausnahmen gelten u. a. für Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sowie Versicherte mit Merkzeichen aG, Bl, H oder Pflegegrad 3 und höher – jeweils bis 20 Besetzkilometer.

Stand: Juli 2026. Rechtsgrundlagen: § 60 SGB V und die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) des G-BA i. d. F. vom 15.05.2025, in Kraft seit 06.08.2025. Maßgeblich sind die jeweils gültigen Verträge nach § 133 SGB V sowie die aktuellen Regelungen Ihrer Krankenkasse.

Fragen zu Ihrer Verordnung? Wir helfen gerne –
auch im direkten Kontakt mit Ihrer Arztpraxis oder Krankenkasse.

06128 / 92 983-0
kostenfrei: 0800 – 33 33 990