

VEREINBARUNG

über die Durchführung und Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Tragestuhltransporten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen

Zwischen

Firma
Name
Straße
PLZ Ort

IK-Nr.:

ACTK: siehe Seite 30

DTA-Abrechnungscode-Tarifkennzeichen

(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

und der

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Straße 2
61352 Bad Homburg
(im Folgenden Krankenkasse genannt)

schließen nach § 133 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) die folgende Vereinbarung über die Vergütung von Krankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

Für den Landkreis:

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit der Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt. Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Vergütung für Liegendkrankenfahrten und Transporte im Tragestuhl nicht gehfähiger Patienten zu ambulanten Behandlungen aus zwingenden medizinischen Gründen gemäß § 60 Abs. 1 SGB V, sofern ein Ausnahmefall im Sinne der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V, in der zum Zeitpunkt des Transports anwendbaren Fassung, vorliegt. Sie regelt ferner die Direktabrechnung zwischen dem Mietwagenunternehmen und der Krankenkasse entsprechend den vereinbarten Preise.
- (2) Die Vereinbarung regelt weiterhin die Vergütung von zwingend medizinisch notwendigen Liegendkrankenfahrten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V für nicht gehfähige Patienten in folgenden Fällen
 - a) Fahrt zu einer Behandlung, die stationär erbracht wird; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur,
 - b) Wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus und
 - c) Für Fahrten zu einer vor- und/oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V), wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
 - d) Fahrt zu einer ambulanten Operation beim niedergelassenen Vertragsarzt,
 - e) Fahrt zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus.
- (3) Die Krankenkasse übernimmt in den Fällen des § 1 Abs. 1 und 2 dieser Vereinbarung die Fahrkosten je Fahrt abzüglich des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Eigenanteils.
- (4) Bis auf Widerruf, ohne dass es der Zustimmung des Vertragspartners bedarf, verzichtet die Krankenkasse auf das Vorab-Genehmigungsverfahren nach Abs. 1 und 2 für oben genannte Liegend/Tragestuhlfahrten, die nach dem Personenbeförderungsgesetz abgerechnet werden.
- (5) Liegendkrankenfahrten oder Transporte im Tragestuhl sind solche Fahrten, bei denen Patienten befördert werden, die nach ärztlicher Beurteilung zwar liegend oder im Tragestuhl befördert werden müssen, darüber hinaus aber keine fachgerechte Betreuung mit qualifiziertem Einsatzpersonal in einem Krankentransportwagen gemäß des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) benötigen.
- (6) Die Beförderung von Arbeitsunfallverletzten/Berufserkrankten erfolgt zuzahlungsfrei. Die Abrechnung erfolgt in diesen Fällen mit dem zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft).

Diese Vereinbarung findet Anwendung für Krankenfahrten im Bundesland Hessen (Leistungsortprinzip) sowie für Krankenfahrten, wenn der Abholort im Bundesland Hessen, der Zielort jedoch außerhalb des Bundeslandes Hessen liegt. Befindet sich der Abholort des Versicherten außerhalb des Bundeslandes Hessen, ist vor Anwendung dieser Vereinbarung dies ausdrücklich im Vorfeld von der AOK Hessen zu genehmigen.

§ 2

Genehmigung, ärztliche Bescheinigung

- (1) Eine Genehmigung der Krankenkasse muss vorliegen für:
 - a) Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V i. V. m. Anlage 2 der Richtlinien festgelegt hat,
 - b) Fahrten von/zu einer stationären Behandlung bei einer Wegstrecke von mehr als 50 Besetzkilometern,
 - c) Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, bei einer Wegstrecke von mehr als 50 Besetzkilometern,
 - d) Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall.

- (2) Krankenförderungen werden als Leistung der Krankenbehandlung gemäß § 60 SGB V soweit erforderlich – erst nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse durchgeführt, wenn die Notwendigkeit einer Beförderung mit einem Mietwagen nach ärztlicher Beurteilung besteht und hierüber eine ärztliche Verordnung in der jeweils gültigen Fassung vorliegt. Die Verordnung darf ausschließlich vom Arzt geändert oder ergänzt werden.

- (3) Liegendkrankenfahrten i. S. d. § 1 Abs. 4 dieser Vereinbarung dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn auf der ärztlichen Verordnung vermerkt ist, dass der Patient im Liegen bzw. im Tragestuhl mit einem Mietwagen zu befördern ist.

- (4) Unabhängig von der Genehmigung für Krankenfahrten nach Abs. 1 bedürfen Langstreckenfahrten mit mehr als 50 Besetzkilometern Entfernung generell vorab einer gesonderten schriftlichen Genehmigung der Krankenkasse.

(5) Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zur ambulanten Behandlung grundsätzlich nur in folgenden besonderen Ausnahmefällen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung und Fahrten zur onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie oder einer vergleichbaren Erkrankung,
- Versicherte mit Pflegegrad 4 oder 5 oder einer vergleichbaren Einschränkung, Versicherte mit Pflegegrad 3 und dauerhafter Mobilitätseinschränkung,
- Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen mit dem Vermerk „AG“, „H“, „BL“ oder einer vergleichbaren Einschränkung.

Die genannten Fahrten bedürfen der vorherigen Genehmigung.

(6) Die Krankenfahrten werden vom behandelnden Arzt mit dem entsprechenden Formular (Muster 4) verordnet, Veränderungen durch Dritte sind unzulässig. Die Vorderseite der Verordnung darf nur vom Arzt geändert oder ergänzt werden. Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung nach Absatz 1 muss der Versicherte vor Antritt der Fahrt die Genehmigung der Krankenkasse dem Leistungserbringer vorlegen. Wird eine solche Fahrt ohne vorherige Genehmigung angetreten, besteht kein Anspruch auf Abrechnung gegenüber der Krankenkasse.

§ 3

Vergütung der Krankenfahrten

- (1) Die Gesamtkosten einer Liegend- oder Tragestuhlkrankenfahrt sind bis zu dem in Anlage 6 aufgeführten Besetzkilometer mit der dort aufgeführten Pauschale abgegolten. Ab dem folgenden Besetzkilometer wird je Besetzkilometer ein Betrag nach Anlage 6 zusätzlich vergütet. Die Vergütung umfasst alle eventuellen Nebenkosten sowie ggf. anfallende Umsatzsteuer. Wartezeiten und Anfahrten werden nicht gesondert vergütet.
- (2) Bei Sammelfahrten mit mehreren Patienten reduzieren sich die in Abs. 1 genannten Vergütungssätze entsprechend Anlage 6.
- (3) Gesonderte Tarifvereinbarungen, z. B. für die Vergütung von Fahrten im Zusammenhang mit Dialysebehandlungen, sind gegenüber dieser Vereinbarung vorrangig.
- (4) Der Wechsel des Transportmittels für Hin- und Rückfahrt von Dialysepatienten, je Gesundheitszustand, der nicht der Verordnung entspricht, ist der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Die Kosten für eine Begleitperson sind mit abgegolten, soweit diese laut ärztlicher Verordnung medizinisch notwendig erachtet wird (z. B. bei Blinden etc.). Begleitpersonen haben keinen Anspruch auf Wartezeit und Rückfahrt ohne den Patienten.

- (6) Gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V zieht der Beförderer die jeweils gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je einfacher Fahrt und je Versicherten direkt vom Versicherten ein und setzt diese vom Rechnungsbetrag ab. Die Zuzahlung ist entsprechend § 61 Satz 4 SGB V vom Beförderer zu quittieren. Eine Forderung gegenüber dem Versicherten über die gesetzliche Zuzahlung hinaus darf nicht erhoben werden.

§ 4 Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt gemäß § 303 SGB V zur zügigen Umsetzung der Richtlinien nach § 302 SGB V. Die Leistungserbringer verpflichten sich, mit der Krankenkasse das Abrechnungsverfahren auf dem Weg des Datenträgeraustausches (DTA) durchzuführen. Der Beschaffung der notwendigen Hard- und Software für den Datenaustausch muss eine Kompatibilitätsprüfung vorausgehen. Die Kosten hierfür werden vom Leistungserbringer getragen. Des Weiteren müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (kryptographische Verschlüsselung) eingehalten werden. Die Rechnungslegung der Einsätze mit dem Leistungsträger wird ausschließlich über die auf Seite 1 dieser Vereinbarung angegebenen Institutionskennzeichen vorgenommen. Zum Datenträgeraustausch können Sie weitere Informationen unter folgendem Internet-Link einsehen: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/krankentransport/datenaustausch>. Erfolgt die Datenübermittlung nicht maschinell per Datenträgeraustausch aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, stellt die Krankenkasse dem betroffenen Leistungserbringer die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung.
- (2) Der Rechnungsbetrag wird um den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungsbetrag des Versicherten nach § 61 SGB V je Fahrt gekürzt, sofern der Versicherte die Belastungsobergrenze nach § 62 Abs. 1 SGB V noch nicht erreicht hat.
- (3) Der Rechnung ist die vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung der Krankenförderung oder die Bescheinigung für den Transporteur sowie ein Hinweis auf die ggf. erfolgte Genehmigung der Fahrt durch die Krankenkasse beizufügen. Wird eine Verordnung für mehrere Krankenförderungen ausgestellt (z. B. für Strahlen- oder Chemotherapie u. ä.), ist der Rechnung neben der Verordnung eine Anwesenheitsbescheinigung (Muster Anlage 1) beizufügen. Außerdem ist in der Anlage 1 b die stattgefundenene Fahrt vom Versicherten zu bestätigen. Diese Bescheinigung ist spätestens nach Abschluss der Behandlungsserie auszustellen.

- (4) Es dürfen ausschließlich Besetzkilometer berechnet werden. Grundsätzlich wird die kürzeste Fahrstrecke durch den Routenplaner in der jeweils aktuellen Version errechnet. Dazu werden auf der Rechnung jeweils der Abholort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) und der Zielort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) vom Leistungserbringer angegeben. **Die Besetzkilometer innerhalb einer Pauschale sind im Feld „Gefahrene Kilometer“, Segment EKT, die Technische Anlage der jeweils aktuellsten Fassung anzuliefern.**
- (5) Die Krankenkasse prüft die gestellten Rechnungen in der Gesamtheit oder in Stichproben anhand eines Routenplaners. Eingehende Rechnungen werden auf dieser Basis bearbeitet und ggf. gekürzt. Sollte eine Abweichung vorliegen, ist die Krankenkasse berechtigt, den Rechnungsbetrag entsprechend des Ergebnisses der Km-Berechnung zu kürzen. Der Differenzbetrag kann dem Patienten nicht in Rechnung gestellt werden. Die Krankenkasse überweist den Rechnungsbetrag grundsätzlich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Bei Überschreiten des vereinbarten Zahlungsziels können Verzugszinsen in Höhe von 2% über dem jeweils gültigen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank berechnet werden.
- (6) Der Vergütungsanspruch erlischt – auch gegenüber dem Patienten -, wenn die erstmalige Rechnungsstellung nicht innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Monats der Leistungserbringung erfolgt.
- (7) Die Krankenkasse ist berechtigt Rechnungen zurückzuweisen, wenn diese nicht den Bestimmungen des Vertrages entsprechen. Unvollständig zugesandte Rechnungen werden nicht bearbeitet. Diese Rechnungen werden dem Unternehmen zurückgegeben.
- (8) Bestehen Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer, können diese Forderungen mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers gegen die AOK Hessen, auch mit entsprechenden Forderungen der vom Leistungserbringer beauftragten Abrechnungsstelle, aufgerechnet werden. Dies gilt auch für Vertragsstrafen.

§ 5 Leistungsumfang

- (1) Der Beförderer verpflichtet sich, grundsätzlich pünktlich nach Transportanforderung beim Versicherten zum Transport einzutreffen. Bei im Voraus bestellten Krankenfahrten, insbesondere Serienfahrten ist der vereinbarte Abholtermin in der Wohnung des Patienten oder in der Behandlungsstätte grundsätzlich einzuhalten. Alle vereinbarten Termine sind verbindlich, bei unvorhergesehener Verhinderung ist eine vertragsgerechte Ersatzleistung zu gewährleisten.
- (2) Mehrkosten für anderweitige Leistungen, werden von der Krankenkasse nicht vergütet.
- (3) Zu den Leistungen gehört das Abholen und Bringen des Patienten zur und von der Wohnung sowie die Begleitung bis zur Übergabe im Krankenhaus, in die Arztpraxis oder in andere Gesundheitseinrichtungen. Freundlichkeit und persönliche Zuverlässigkeit sowie ein gepflegtes Erscheinungsbild des Personals und der Fahrzeuge sind

unverzichtbare Grundsätze. Das persönliche Gepäck wird – soweit möglich – mitgenommen. Ein besonderes Entgelt wird dafür nicht berechnet.

- (4) Können mehrere Patienten gleichzeitig befördert werden, sind Sammelfahrten durchzuführen (Sammeltransport). Der Leistungserbringer prüft die Möglichkeit von Mehrpersonentransporten auch kassenübergreifend. Die Vergütung richtet sich nach § 3 dieser Vereinbarung. Die Mehrpersonenbeförderung wird für alle Patienten mit der dort genannten Vergütung abgerechnet. Die Krankenkasse kann darüber hinaus zusätzliche Sammelfahrten über die Behandlungseinrichtungen organisieren.

§ 6

Sonstige Verpflichtungen

- (1) Der Einsatz der Fahrzeuge hat unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zur gewerbsmäßigen Personenbeförderung zu erfolgen. Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorhandensein einer jeweils gültigen Genehmigung für den Mietwagenverkehr gemäß den Bestimmungen des Personenbeförderungsgesetzes. Eine Kopie der aktuellen Genehmigungsurkunde/Konzession/en ist der Krankenkasse jeweils nach Erteilung unverzüglich und unaufgefordert vorzulegen.
- (2) Sollten während eines Vertragsverhältnisses keine Mietwagen mehr vorgehalten werden, verliert diese Vereinbarung mit sofortiger Wirkung ihre Gültigkeit. Dies ist der Krankenkasse umgehend mitzuteilen.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nur konzessionierte Mietwagen einzusetzen und die in Anlage 2 festgelegten Qualitätsstandards zu erfüllen.
- (4) Die Fahrzeuge werden entsprechend dem Bedarf und dem Anforderungsverhalten der Kunden vorgehalten. Außerhalb dieser regelmäßigen Vorhaltung stehen – nach entsprechender Vorbestellung – Fahrzeuge und Personal ebenso zur Verfügung. Ist die Leistungserbringung termingerecht nicht möglich, ist der Auftrag an einen anderen Vertragspartner der Krankenkasse oder, wenn dies nicht möglich ist, rechtzeitig an die Krankenkasse zurückzugeben.
- (5) Neben den Abrechnungen zu Lasten der Krankenkasse dürfen zusätzliche Beförderungsentgelte nicht erhoben werden. Ausgenommen hiervon bleibt die vom Versicherten zu tragende Zuzahlung sowie die Mehrkosten, die durch die Wahl einer weiter entfernten Behandlungseinrichtung durch den Versicherten (Wunschleistung) verursacht werden. Darüber hinaus kann ein Zuschlag nicht erhoben werden.
- (6) Es ist nicht zulässig, anstelle der Abrechnung mit der Krankenkasse, die Fahrkosten dem Beförderten in Rechnung zu stellen. Es sei denn, eine vereinbarungsgemäße Rechnungslegung ist zum Beispiel wegen Fehlens der ärztlichen Verordnung und/oder einer Genehmigung einer Krankenbeförderung nicht möglich. Dem Beförderten ist jedoch die Möglichkeit einzuräumen, die fehlenden Unterlagen zeitnah nachzureichen, in diesem Fall ist die Privatvergütung dem Versicherten zurückzuerstatten. Eine nachträgliche Abrechnung der Vertragspreise ist möglich. Wird hierdurch die 6-Monats-Frist des § 4

Abs. 6 überschritten, verlängert sich die Abrechnungsbefugnis um den Zeitraum, der durch das Nachreichen der Unterlagen bedingt ist.

- (7) Im Falle einer zunächst ungeklärten Mitgliedschaft ist auch eine nachträgliche Abrechnung der Vertragspreise möglich. In diesem Fall ist die Privatvergütung des Leistungserbringers an den Versicherten zurückzuerstatten. § 6 Abs. 6 Satz 4 gilt in diesem Fall entsprechend.
- (8) Die Durchführung von Krankenfahrten mit Direktabrechnung gegenüber der Krankenkasse setzt die Vorlage der entsprechenden Genehmigungsurkunde/Konzessionen nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) voraus. Die Genehmigungsurkunde/Konzessionen entspricht im Vertragszusammenhang einer Leistungsberechtigung.
- (9) Die Leistungsberechtigung gilt nur für das in der Genehmigungsurkunde genannte Unternehmen, für die darin bezeichneten Fahrzeuge und für den in der Genehmigungsurkunde/Konzessionen genannten Betriebssitz. Sie ist nicht übertragbar.
- (10) Die Leistungsberechtigung endet automatisch bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 49 Absatz 1 PBefG. Erfolgt eine Verlängerung der Genehmigung, wird mit dem Tag des Nachweises bei der

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
64520 Groß-Gerau

die Leistungsberechtigung fortgesetzt. Der Nachweis obliegt dem Leistungserbringer.

- (11) Sollte der Mietwagenverkehr eingestellt werden, ist mindestens 14 Tage im Voraus der Krankenkasse eine Liste mit evtl. umzusteuern den Serienfahrten zu übergeben, damit ein nahtloser Übergang für unsere Versicherten sichergestellt werden kann.
- (12) Die Leistung ist als Eigenleistung zu erbringen. Die Weitergabe von Transportaufträgen an Dritte (Subunternehmer oder Ähnliches) ist grundsätzlich nicht zulässig. Eine Abweichung hiervon ist nur mit schriftlicher Zustimmung der Krankenkasse möglich.

§ 7

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder Beförderer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jeden einzelnen Betrieb ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
- (3) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI und den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (4) Das für die Krankenkassen erteilte IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von der Krankenkasse abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.
- (5) Die unter den gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 8

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die für ihn geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU- DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Verschwiegenheit. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.
- (7) Der Leistungserbringer ist damit einverstanden, dass seine Kontaktdaten zwecks Fahrtenvergabe als Kundenausdruck an AOK Kunden weitergegeben werden.

§ 9

Vertragsverstöße

- (1) Schwere Verstöße gegen diese Vereinbarung berechtigen zur sofortigen, fristlosen Kündigung der Vereinbarung und/oder führen zur Festsetzung einer Vertragsstrafe bis zu einer Höhe von 5.000,00 € im Einzelfall durch die Krankenkasse.
- (2) Schwere Verstöße nach Absatz 1 sind insbesondere:
 - a) Verstoß gegen die Nichtweitergabe des Mindestlohns in der jeweils gültigen Fassung an die Mitarbeiter,
 - b) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - c) Abrechnungsmanipulationen, die im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Leistungen, die nicht oder nur teilweise erbracht wurden, beziehungsweise die Abrechnung von Leistungen, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen,
 - d) Abrechnung von Sammelfahrten als Einzelfahrten,
 - e) Fälschung oder Verfälschung von ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigungen,
 - f) Verstoß gegen den Datenschutz,
 - g) Abrechnung (auch in Teilbeträgen) mit den Versicherten,
 - h) die Geltendmachung der Vergütung von vertragsgegenständlichen Leistungen gegenüber dem Versicherten,
 - i) Beeinflussung von Ärzten hinsichtlich ihrer Verordnungsweise, Versicherten oder anderen Personen sowie die Forderung der Ausstellung bestimmter Verordnungen gegenüber Ärzten.

Vor einer Entscheidung ist der betroffene Leistungserbringer anzuhören.

- (3) Sonstige Vertragsverstöße, zum Beispiel:
 - a) Nicht vertragsgemäße Abrechnung von Serienfahrten,

- b) Erhöhung des Fahrpreises um die Zuzahlung,
- c) Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für die Zuweisung oder Vermittlung von Aufträgen,
- d) fremdgenutzte Fahrtunterbrechung und
- e) das Versäumnis eines vereinbarten Transportes

können zu einer Abmahnung des Leistungserbringers führen. Vor einer Entscheidung ist der betroffene Leistungserbringer anzuhören. Bei einem wiederholten Vertragsverstoß kann der Vertrag gemäß § 9 Abs. 1 fristlos gekündigt werden.

- (4) Schadenersatzansprüche der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer bleiben unberührt.
- (5) Die Regelungen des § 197a Abs. 4 SGB V finden uneingeschränkt Anwendung.
- (6) Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, Ärzten, stationären/ambulanten Einrichtungen u. ä. bzw. deren Mitarbeitern Vorteile (Geld, Geschenke usw.) zu gewähren oder zu nötigen, damit diese dem Unternehmen Versicherte oder Verordnungen zuweisen. Ein solcher Verstoß berechtigt die Krankenkasse zur sofortigen und fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung. Der Krankenkasse steht es zudem frei, Strafanzeige zu stellen, insbesondere wegen „Bestechung im geschäftlichen Verkehr“ gemäß § 299 Strafgesetzbuch.
- (7) Fahrten, bei denen ein Vertragsverstoß begangen wurde, begründen keine Vergütungspflicht.
- (8) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Fahrt keine Geldleistungen, geldwerten Vorteile bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (9) Versicherte dürfen nicht gezielt motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Vertragspartner den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Dies gilt auch für die Beeinflussung anderer an der Versorgung Beteiligter (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Angehörige).
- (10) Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen, sind dem Unternehmer nicht gestattet.

§ 10

Inkrafttreten, Kündigung, Erlöschen

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung beider Vertragspartner frühestens zum [Vertragsbeginn] in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angabe eines Grundes gekündigt werden, frühestens zum [Ende Mindestvertragslaufzeit]. Die Fälle nach § 9 Abs. 1 dieser Vereinbarung bleiben davon unberührt.
- (2) Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung verlieren bestehende Vergütungsvereinbarungen und Absprachen der bzw. einzelner Vertragspartner dieser Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Tragestuhltransporten ihre Gültigkeit und werden durch die vorliegende Vereinbarung ersetzt.
- (3) Sollten anderen Krankenkassen bzw. deren Verbänden nach Abschluss dieser Vereinbarung seitens des Leistungserbringers niedrigere Preise angeboten werden, gelten sofort diese Preise auch für die Krankenkasse, ohne dass eine Kündigung erfolgen muss.
- (4) Die Vereinbarung erlischt, ohne dass es einer Kündigung bedarf, für den Fall, dass eine Änderung der gesetzlichen Grundlage für die Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkassen erfolgt. Die Vereinbarung erlischt weiterhin, wenn eine der in § 6 Abs. 1 geregelten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Die Vereinbarung verliert ihre Gültigkeit, wenn im Rahmen einer Ausschreibung oder der Vermittlung von Krankenfahrdiensten in einer internetbasierten Plattform eine andere Regelung getroffen wird.
- (5) Bis zum Inkrafttreten einer neuen vertraglichen Regelung gelten die bisherigen Bestimmungen weiter. Diese Zeit ist auf sechs Monate nach Vertragsende begrenzt.
- (6) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. Die elektronische Form im Sinne des § 126a BGB wahrt die Schriftform.

§ 11

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden – insbesondere durch die Rechtsprechung -, so ist davon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht betroffen. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Vereinbarung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

§ 12

Erklärung über die Einhaltung des Mindestlohngesetz

Hiermit erkläre ich/wir, dass die gesetzlichen Regelungen zum Mindestlohn beachtet und umgesetzt werden.

Bad Homburg, den

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Bad Homburg

AOK Hessen-Dienststempel, Unterschrift

LE-Firmenstempel, Unterschrift

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a	Anwesenheitsbescheinigung
Anlage 1b	Transportbescheinigung
Anlage 2	Qualitätsstandards
Anlage 3	Verordnung einer Krankenförderung
Anlage 4	Erläuterungen zur Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)
Anlage 5	Abrechnungsregelung
Anlage 6	Scalamobil
Anlage 7	Telefonnummern zur Erteilung der Verschlüsselung für den Datenaustausch

Anlage 1a

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Tragestuhltransporten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen

Anwesenheitsbescheinigung

Versicherter:

Name Vorname Geb.-Datum KV-Nummer

Behandler:

	Datum		Datum		Datum
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

Bestätigung des Versicherten:

Hiermit bestätige ich, dass ich an den o. g. Tagen zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin.

Datum, Unterschrift

Bestätigung des Behandlers/Therapeuten:

Hiermit wird bestätigt, dass der o. g. Versicherte an den genannten Tagen in meiner/unsere(r) Einrichtung behandelt wurde.

Datum, Unterschrift, Stempel

Anlage 1b

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Krankenfahrten im Rahmen des PBefG in Hessen

Transportbescheinigung für die Hin- und Rückfahrt

Diese gehören mit der beigefügten Verordnung zu den einzureichenden Abrechnungsunterlagen.

Versicherter:

Name Vorname Geb.-Datum KV-Nummer

Bestätigung des Versicherten:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich an den nachfolgend genannten Tagen mit einem Taxi/Mietwagen zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin.

	Datum/Unterschrift		Datum/Unterschrift
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Tragestuhlkrankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen

Qualitätsstandards

1. Fahrzeuge

Die eingesetzten Fahrzeuge müssen über Einrichtungen verfügen, die den besonderen Anforderungen dieser Krankenfahrten genügen und als Sonderkraftfahrzeug zugelassen sind. Der Einsatz der Fahrzeuge hat unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zur gewerbsmäßigen Personenbeförderung zu erfolgen. Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorhandensein einer jeweils gültigen Genehmigung für den Taxi- und/oder Mietwagenverkehr gemäß § 17 Personenbeförderungsgesetz in der jeweils gültigen Fassung. Zur Beförderung sind den Witterungsbedingungen entsprechende saubere, gelüftete und beheizte Nichtraucherfahrzeuge einzusetzen. Dem Fahrpersonal ist das Rauchen nicht gestattet.

2. Personal

Das für Krankenfahrten eingesetzte Personal muss im Umgang mit den Fahrzeugen und speziell für die Bedürfnisse der Patienten besonders unterwiesen und geschult sein. Bei allen Fahrten sind die Fahrzeuge mit **zwei MitarbeiterInnen** zu besetzen.. Für die gesamte Leistungserbringung, einschließlich das Abholen und Bringen in und von der Wohnung des Patienten sowie die Begleitung bis zur Übergabe in der Behandlungseinrichtung, werden Zuverlässigkeit und Freundlichkeit vorausgesetzt.

3. Vorhaltung

Die Fahrzeuge sollen entsprechend dem Bedarf und dem Anforderungsverhalten der Auftraggeber vorgehalten werden. Außerhalb dieser Vorgabe stehen nach Voranmeldung Fahrzeuge und Personal ebenso zur Verfügung. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass weder Personal noch Fahrzeuge zum Einsatz kommen, die anderweitig durch die gesetzliche Krankenversicherung oder andere öffentliche Kostenträger finanziert sind (z. B. Rettungsdienst, Katastrophenschutz).

4. Disposition und Verwaltung

Disposition und Administration erfolgen getrennt von anderen Leistungsbereichen des Leistungserbringers. Die Auftragsabwicklung erfolgt über eine separate Servicenummer. Einsätze, die unter das Hessische Rettungsdienstgesetz (HRDG) fallen, dürfen nicht abgerechnet und durchgeführt werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei dem Erkennen eines Einsatzes nach dem HRDG sofort die Zentrale Leitstelle zu verständigen und die Einsatzdurchführung abzulehnen.

5. Zeitgerechte Einsatzdurchführung:

Ist der Leistungserbringer nicht in der Lage, den Einsatz zeit- bzw. termingerecht durchzuführen, hat er diesen unverzüglich an einen geeigneten Vertragspartner der Krankenkasse oder an die Krankenkasse selbst weiterzuleiten.

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z.B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL), in der zum Zeitpunkt des Transports gültigen Fassung.

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zuzahlungs- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Name, Vorname des Versicherten		
Zuzahlungs- frei			geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

2 Unfall, Unfallfolge

2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit

2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

3 Hinfahrt

3 Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

4 vor-/nachstationäre Behandlung

b) 5 ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) 6 anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: 6

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) 7 hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

7 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) 8 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) 9 anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen	13 Rollstuhl
12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	13 Tragestuhl
12	13 liegend
14 RTW	15 NAW/NEF
16 andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum: T | T | M | M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer
		Anzahl km

Anlage 4

❶ Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ❷),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe ❷) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

❷ Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

❸ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächsterreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit ordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese ordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragsarzt unter ❶ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung Genehmigungsfreie Fahrten

❹ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ❶ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

5 b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen. Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder 11 und ggf. 13 zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter 9 zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile 6 zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationärsersetzende Durchführung ist unter 17 anzugeben.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter 4. Zugleich ist der Operationstag unter 17 zu erfassen.

Bei nicht stationärsersetzenden ambulanten Operationen ist eine Krankenförderung nicht verordnungsfähig, so z. B. bei nicht stationärsersetzenden Katarakt-Operationen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

7 d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist.

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter 17 zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld 5 genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

10 Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben. Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die

Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben. Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenbeförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter 13 Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrstuhl befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

4. Begründung/Sonstiges

17 Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach 7 und 8.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter 10 nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter 10 nicht bekannt ist,
- Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenbeförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Anlage 5

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Tragestuhltransporten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen

Abrechnungsregelungen (teilweise als Auszug aus der technischen Anlage)

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - a) Abrechnungsdaten,
 - b) Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
 - c) IK des Vertragspartners/Beförderers,
 - d) Einzelaufstellung der Fahrgäste,
 - e) Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anlage 1) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen,
 - f) Beförderungstag,
 - g) Besetzkilometer (einfache Wegstrecke),
 - h) Beförderungsstrecke (Abholort: PLZ, Ort, Straße und Hausnummer und Zielort: PLZ, Ort, Straße und Hausnummer),
 - i) Bruttobetrag je Fahrgast und Tag,
 - j) ggf. abgesetzter Eigenanteil je Fahrt,
 - k) ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - l) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - m) Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Krankenkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder Beförderer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der von den Krankenkassen benannten Stelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.

3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen Vertragspartner zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Beförderer kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die Krankenkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Vertragspartner/Beförderer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.

4. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten bzw. einwandfrei ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungsbelegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
6. Die Regelungen von § 4 Abs. 4 dieses Vertrages sind entsprechend zu beachten.
7. Der Beförderer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 4) auf:
 - IK des Vertragspartners/Beförderers (§ 8),
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.
8. Der Einzug des Eigenanteils gem. § 60 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Beförderer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der prozentualen Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungsansatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Beförderer insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen. Übersteigt die gesetzliche Gesamtzuzahlung des

Versicherten den gegenüber der Krankenkasse abrechnungsfähigen Betrag, so ist die Differenz zwischen dem abrechnungsfähigen Betrag und der Gesamtzahlung vom Gesamtbetrag des Leistungserbringers abzuziehen.

9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung bei den von den Krankenkassen benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen. Eine Abweisung der Gesamtrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
 - a) Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
 - b) Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
 - c) Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
 - d) Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - e) nicht ordnungsgemäße oder fehlende Angaben auf den Urbelegen,
 - f) Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).

Beanstandungen müssen schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Beförderers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technischen Anlage 1 von der Krankenkasse zu begründen.

10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
11. Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, sind die Daten vor einer Bearbeitung gem. § 303 SGB V nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen weisen die Krankenkassen zurück.
12. Überträgt eine Einrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Beförderer die Krankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Es ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungsbelegung vornimmt sowie die Erteilung und der Entzug eine Inkassovollmacht, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich

auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1. Der Beförderer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Beförderer dem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkassovollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse durch Einschreiben-Rückschein oder E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an das Abrechnungszentrum entfällt drei Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkassovollmacht.

13. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Beförderer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung unter Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen vorzulegen.
14. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Anlage 6

Vergütungsregelungen

Umsetzung des gesetzlich vorgegebenen Mindestlohns in der jeweils gültigen Fassung - dieser ist für die gesamte Laufzeit des Vertrages in der unten aufgeführten Vergütung enthalten. Etwaige Erhöhungen des Mindestlohnes während der Vertragslaufzeit sind bereits durch den unten vereinbarten Preis mit abgegolten.

Die Gesamtkosten einer Liegend- oder Tragestuhlkrankenfahrt sind bis zu dem in der folgenden Tabelle aufgeführten Besetzkilometer mit einer Pauschale abgegolten. Ab dem folgenden Besetzkilometer wird je Besetzkilometer ein Betrag nach der folgenden Tabelle zusätzlich vergütet. Die Vergütung umfasst alle eventuellen Nebenkosten sowie ggf. anfallende Umsatzsteuer.

Die Pauschale richtet sich nach dem Abholort des Versicherten. Bei Hin- und Rückfahrten richtet sich die Pauschale für beide Fahrten nach dem Abholort der Hinfahrt.

Bei Sammelfahrten mit mehreren Patienten reduzieren sich die in Abs. 1 genannten Vergütungssätze entsprechend der folgenden Tabelle.

Landkreis		Grundpauschale	bis km	km-Preis	ab km	ACTK
xxx	Einzelfahrt/Brutto	€		€		
	Sammelfahrt/Brutto	€		€		
	Einzelfahrt/Brutto	€		€		
	Sammelfahrt/Brutto	€		€		
	Einzelfahrt/Brutto	€		€		
	Sammelfahrt/Brutto	€		€		

Anlage 7

Gebührenpositionen Tragestuhl-/Liegendtransport

Die Abrechnungsgebührenpositionen im Fahrkostenbereich sind generell **sechsstellig** und bestehen aus vier Komponenten: Verordnungsart, Transportart, Tarifart und Ausprägung.

1. Stelle

7	Behindertengerechtes Fahrzeug
---	-------------------------------

(= Verordnungsart)

2. Stelle

4	Tragestuhltransport
---	---------------------

(= Transportart)

6	Liegendtransport
---	------------------

3. + 4. Stelle

(= Tarifart)

01	Pauschale für Einpersonentransport (inkl. XX Besetzkilometer)	
02	Pauschale für Mehrpersonentransport (inkl. XX Besetzkilometer)	
30	Besetzkilometer bei Einpersonentransport ➔ ab dem XX Besetzkilometer	
31	Besetzkilometer bei Mehrpersonentransport ➔ ab dem XX Besetzkilometer	

5. + 6. Stelle

(= Ausprägung)

00	Keine Ausprägung ➔ bei Besetzkilometern
01	Krankenhausbehandlung, voll- oder teilstationär
02	Krankenhausbehandlung, vor- oder nachstationär
03	Verlegung
05	ambulante Behandlung im Krankenhaus
10	ambulante Operation, auch Vor- oder Nachbehandlung
20	ambulante Behandlung
30	Fahrt zur Chemo- oder Strahlentherapie
52	Fahrt zur Dialyse

Anlage 8

Einsatz eines Scalamobils, ab [Datum] zum Liegend/Tragestuhlvertrag vom [Datum]

Einsatz eines Scalamobil

Für den gewerblichen Einsatz einer Treppensteighilfe setzt der Leistungserbringer nur Qualitätsmodelle (z.B. Scalamobil alber S 35 u. S 36 oder AAT escalino) ein.

Für den Einsatz der Treppensteighilfen sind die Vorschriften des MPG (Medizinproduktegesetz) sowie der MPG-Betreiber Verordnung, insbesondere die §§ 5 u. 6 einzuhalten.

Der Leistungserbringer hält die erforderlichen Zertifikate seiner Mitarbeiter in den Betriebsräumen bereit.

Sanitätshäuser oder der Hersteller müssen die Mitarbeiter verpflichtend am jeweiligen Produkt einweisen, (Dauer ca. 2 Std.). Die Mitarbeiter erhalten ein personalisiertes Zertifikat.

Nach den Herstellervorgaben und nach der berufsgenossenschaftlichen Verordnung (BGAV) für den gewerblichen Bereich muss eine jährliche Überprüfung des eingesetzten Produktes erfolgen. Danach erhält das Produkt ein neues Prüfsiegel für 1 Jahr. CE Kennzeichen – Pflicht für die Hersteller, die Medizinprodukte nach MPG diesbezüglich zu kennzeichnen.

Die Produkthaftung des Herstellers ist nach 10 Jahren erloschen, danach haftet der Betreiber für alle Schäden, die im Zusammenhang mit dem Einsatz des Scalamobil eintreten.

Der Leistungserbringer prüft vor dem Einsatz einer Treppensteighilfe die Treppenverhältnisse beim Versicherten bezüglich einer Unfallgefährdung (Teppiche, Gummikanten stellen ein Problem für die Bremsen dar). Für Schäden, die durch eine fehlerhafte Benutzung des Geräts entstehen, haftet der Leistungserbringer.

Das Gewichtsverhältnis Patient zu Beförderer sollte im Gleichgewicht sein.

Der Versicherte sollte mit dem Einsatz einer Treppensteighilfe einverstanden sein, ansonsten ist der Tragestuhl zu verwenden.

Qualitätsstandards - Personal

Das für Krankenfahrten eingesetzte Personal muss im Umgang mit der Treppensteighilfe und speziell für die Bedürfnisse der Patienten besonders unterwiesen und geschult sein. Bei allen Einsätzen der Treppensteighilfe ist es ausreichend, dass die Fahrzeuge nur mit **einem/er Mitarbeiter/in** besetzt sind. Für die gesamte Leistungserbringung, einschließlich das Abholen und Bringen in und von der Wohnung des Patienten sowie die Begleitung bis zur Übergabe in der Behandlungseinrichtung, werden Zuverlässigkeit und Freundlichkeit vorausgesetzt.

Abfrage Daten Ihrer Treppensteighilfe :

Institutionskennzeichen: _____

Name des Unternehmens: _____

Geschäftsführer/In / Inhaber/In: _____

Hersteller u. Modellname: _____

Wurden alle Mitarbeiter auf das Modell geschult? _____

Zertifikate der Mitarbeiter vorhanden? _____

Prüfsiegel des Modells nach MPG, Jahresangabe: _____

Bad Homburg, den

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Bad Homburg

AOK Hessen-Dienststempel, Unterschrift

LE-Firmenstempel, Unterschrift

Anlage 9

1. Für Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung DTA wenden Sie sich bitte telefonisch an unsere Ansprechpartner in Korbach:

Tel. 05631/564-370

Weitere Informationen zum DTA erhalten Sie im Internet

Internetlink: <https://www.aok.de/gp/befoederungs-rettungsdienste>

2. Für Fragen im Zusammenhang mit versichertenbezogenen Angelegenheiten wie Genehmigung von Krankenfahrten und Ähnliches wenden Sie sich bitte telefonisch an unsere Ansprechpartner in Marburg:

Tel. 0800/723 7936