

VEREINBARUNG

über die Durchführung und Vergütung von „Rollstuhlkrankenfahrten“ im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen

Zwischen

**Firma
Name
Straße
PLZ Ort**

IK-Nr.:

**ACTK:
xxxxx**

DTA-Abrechnungscode-Tarifkennzeichen

(im Folgenden „Vertragspartner“ 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) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Durchführung von Rollstuhlkrankenfahrten für alle Versicherten der AOK Hessen und der AOK-Gemeinschaft, soweit diese gemäß § 60 SGB V anspruchsberechtigt sind. Sie regelt ferner die Direktabrechnung zwischen dem Mietwagenunternehmen und der Krankenkasse entsprechend der vereinbarten Preise.

Rollstuhlkrankenfahrten sind Fahrten von Versicherten, die nach ärztlicher Beurteilung im Rollstuhl befördert werden müssen und nicht umsetzbar sind. Darüber hinaus aber keine fachgerechte Betreuung mit qualifiziertem Einsatzpersonal in einem Krankentransportwagen gemäß dem Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG) benötigen. Das heißt, im Fahrzeugschein müssen alle erforderlichen Umbauten eingetragen sein.

- (2) Die Krankenkasse übernimmt in den Fällen des § 1 Abs. (1) dieser Vereinbarung die Fahrkosten je Fahrt abzüglich des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Eigenanteils.
- (3) Unter Fahrten im Rahmen dieser Vereinbarung fallen nicht Transporte im Rahmen des Rettungsdienstes. Der Rettungsdienst beinhaltet die bedarfsgerechte und flächendeckende Notfallrettung, den Transport betreuungsbedürftiger Kranker (Krankentransport) und die Sofortreaktion durch die bodengebundene Rettung und die Luftrettung. Auch Krankenfahrten mit behindertengerechten Mietwagen und Liegend- bzw. Tragestuhltransporte sowie Sitzendfahrten mit einem nicht rollstuhlgerichten Mietwagen oder Taxi werden von dieser Vereinbarung nicht erfasst.
- (4) Die Beförderung von Arbeitsunfallverletzten/Berufserkrankten erfolgt zuzahlungsfrei. Die Abrechnung erfolgt in diesen Fällen mit dem zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft).
- (5) Diese Vereinbarung findet Anwendung für Versicherte der Krankenkasse, die Krankenfahrten im Bundesland Hessen (Leistungsortprinzip) benötigen, sowie für Krankenfahrten, wenn der Abholort im Bundesland Hessen, der Zielort jedoch außerhalb des Bundeslandes Hessen liegt. Die Vereinbarung findet ebenfalls Anwendung für Versicherte der AOK Hessen, wenn sich der Abholort des Versicherten außerhalb des Bundeslandes Hessen befindet.

§ 2

Genehmigung, Ärztliche Bescheinigung

- (1) Voraussetzung für die Abrechnung nach diesem Vertrag ist das Vorliegen einer Vorab-Genehmigung der Krankenkasse bei folgenden Fahrten:
- a. Fahrten zur Dialysebehandlung
 - b. Fahrten zur onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie
 - c. oder einer vergleichbaren Erkrankung

- (2) Bis auf Widerruf, ohne dass es der Zustimmung des Vertragspartners bedarf, verzichtet die Krankenkasse auf das Vorab-Genehmungsverfahren für oben genannte nicht umsetzbare Rollstuhlfahrten unter Abs. 1b und 1c, die nach dem Personenbeförderungsgesetz abgerechnet werden. Inwieweit eine Kostenübernahme erfolgen kann, wird im Rahmen der Rechnungsbearbeitung geprüft. Bei Änderungen zum Verzicht des Vorabgenehmigungsverfahrens sind die Vorgaben unter folgendem Link einzusehen: <https://www.aok.de/gp/krankenbefoerderung/fahrkostenregelung-bei-krankenfahrten>. Eine dort veröffentlichte Änderung gilt als Widerruf im Sinne des S. 1.
- (3) Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zur ambulanten Behandlung grundsätzlich nur in folgenden besonderen Ausnahmefällen:
- a) Fahrten zur Dialysebehandlung
 - b) Fahrten zur onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie oder einer vergleichbaren Erkrankung,
 - c) Versicherte mit Pflegegrad 4 oder 5 oder einer vergleichbaren Einschränkung, Versicherte mit Pflegegrad 3 und dauerhafter Mobilitätseinschränkung,
 - d) Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen mit dem Vermerk „AG“, „H“, „BL“ oder einer vergleichbaren Einschränkung.
- (4) In begründeten Einzelfällen kann eine Genehmigung im Nachhinein erfolgen.
- (5) Die nach § 60 SGB V erforderliche medizinische Notwendigkeit des Transports hat der Vertragspartner durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung (siehe Anlage 3) nachzuweisen. Die Vorderseite der Verordnung darf nur vom Arzt geändert oder ergänzt werden.
- (6) Rollstuhlkrankenfahrten i. S. d. § 1 Abs. 4 dieser Vereinbarung dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn dies auf der ärztlichen Verordnung entsprechend vermerkt ist.

§ 3

Vergütung der Krankenfahrten

- (1) In der Anlage 5 dieser Vereinbarung wird die Abgeltung der ausgeführten Krankenfahrten geregelt. Die Vergütung umfasst alle eventuellen Nebenkosten, insbesondere:
- ggf. anfallende Umsatzsteuer
 - Wartezeiten
 - Anfahrten
 - Begleitpersonen
 - medizinischer Bedarf
 - Gepäck.
- (2) Gesonderte Tarifvereinbarungen, z. B. für die Vergütung von Fahrten im Zusammenhang mit Dialysebehandlungen, sind gegenüber dieser Vereinbarung vorrangig.
- (3) Grundvoraussetzung für eine Vergütung von Krankenfahrten ist das Vorliegen einer vollständig ausgefüllten Verordnung. Sind trotz Vorliegen einer Verordnung die tatsächlichen

gesetzlichen Vorgaben des § 60 SGB V für den Leistungserbringer erkennbar nicht gegeben gewesen, so ist die Krankenkasse berechtigt, die Vergütung dieser Fahrten abzulehnen.

- (4) Der Wechsel des Transportmittels für Hin- und / oder Rückfahrt von Versicherten, beispielsweise bei Dialysepatienten, je Gesundheitszustand, der nicht der Verordnung entspricht, ist der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Bei Sammelfahrten mit mehreren Patienten reduzieren sich die in Abs. 1 genannten Vergütungssätze entsprechend Anlage 5.
- (6) Sowohl die Hin- als auch die Rückfahrt gelten jeweils als eine Fahrt.
- (7) 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.
- (8) Der Beförderer zieht nach § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V 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. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der eingezogene Zuzahlungsbetrag, das Fahrdatum bzw. die Fahrdaten sowie die Fahrstrecke, d. h. der Abhol- und der Zielort notiert sein. Eine Forderung gegenüber dem Versicherten über die gesetzliche Zuzahlung hinaus darf nicht erhoben werden, soweit es sich um Fahrten nach § 1 handelt und die Leistungspflicht der Krankenkasse gegeben ist.
- (9) Die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 61 SGB V beträgt zehn Prozent des Fahrpreises je Fahrt; mindestens 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro, jedoch nicht mehr als den Preis der Fahrt. Von der Zuzahlung sind nur die Versicherten befreit, die einen Befreiungsausweis vorlegen. Vom Beförderer zu viel eingezogene Zuzahlungen sind von diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurückzuerstatten; der oder dem Versicherten wird nach Rückgabe der ursprünglich ausgestellten Quittung eine neue Quittung ausgestellt.
- (10) Die Vereinbarung gilt für Versicherte der AOK Hessen und der AOK-Gemeinschaft, wenn es sich um Fahrten im Sinne des § 60 SGB V handelt.

§ 4

Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt gemäß § 303 SGB V zur zügigen Umsetzung der Richtlinien nach § 302 SGB V. Der Vertragspartner verpflichtet 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 Vertragspartner ge-

tragen. Des Weiteren müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (kryptographische Verschlüsselung) eingehalten werden. Die Rechnungsbelegung der Einsätze mit dem Leistungsträger wird ausschließlich über die auf dem Deckblatt dieser Vereinbarung angegebenen Institutionskennzeichen vorgenommen. Die Verschlüsselung der Tarifarten für den Datenträgeraustausch ergibt sich aus Anlage 7. Zum Datenträgeraustausch können Sie weitere Informationen unter folgendem Internet-Link einsehen: <https://www.aok.de/gp/abrechnung/krankenfahrten>. Erfolgt die Datenübermittlung nicht maschinell per Datenträgeraustausch aus Gründen, die der Vertragspartner zu vertreten hat, stellt die Krankenkasse dem betroffenen Vertragspartner die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % vom gesamten 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 Belastungsgrenze nach § 62 Abs. 1 SGB V noch nicht erreicht hat.
- (3) Der Rechnung sind 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 stattgefundene Fahrt vom Versicherten zu bestätigen. Diese Bescheinigung ist spätestens nach Abschluss der Behandlungsserie auszustellen.
- (4) Es dürfen ausschließlich Besetzkilometer berechnet werden. Als Fahrleistung wird grundsätzlich nur die kürzeste Wegstrecke durch den Routenplaner in der jeweils aktuellen Version errechnet. Eingehende Rechnungen werden auf dieser Basis bearbeitet und ggf. gekürzt. Dazu werden auf der Rechnung jeweils der Abholort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) und der Zielort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) vom Vertragspartner 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 neun 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 Vertragspartner, können diese Forderungen mit Vergütungsansprüchen des Vertragspartners gegen die Krankenkasse, auch mit entsprechenden Forderungen der vom Vertragspartner 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 gestellten 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 Vertragspartner prüft die Möglichkeit von Mehrpersonen-transporten 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 Vertragspartner 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 Krankenförderung 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 9-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 Vertragspartners 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/Konzession 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

die Leistungsberechtigung fortgesetzt. Der Nachweis obliegt dem Vertragspartner.

- (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 Vertragspartner 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 unbekannten 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 Vertragspartner ist verpflichtet, die für ihn geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (2) Der Vertragspartner 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 Vertragspartner verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werden- den 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 Unterla- gen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsver- pflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und ge- nutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrech- nung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner ist damit einverstanden, dass seine Kontaktdaten zwecks Fahrten- vergabe als Kundenausdruck an AOK Kunden weitergegeben werden.

§ 9

Vertragsverstöße

- (1) Schwere Verstöße gegen diese Vereinbarung berechtigen zur sofortigen, fristlosen Kün- digung der Vereinbarung und/oder führen zur Festsetzung einer Vertragsstrafe bis zu ei- ner 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 an die Mitarbeiter,
 - b) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - c) Abrechnungsmanipulationen, die im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getä- tigt 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 ge- genüber 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 Vertragspartner 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 Vertragspartners führen. Vor einer Entscheidung ist der betroffene Vertragspartner anzuhören. Bei einem wiederholten Vertragsverstoß kann der Vertrag gemäß § 9 Abs. 1 fristlos gekündigt werden.

- (4) Vertragspartner können ohne Einhaltung einer Frist von der Leistungserbringung im Rahmen dieser Vereinbarung ausgeschlossen werden, wenn sie gegen die gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zur gewerbsmäßigen Personenbeförderung verstoßen. Dies gilt insbesondere bei Entzug der Genehmigung im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes. Der Ausschluss erfolgt durch schriftliche Mitteilung an den Vertragspartner mit Hinweis auf den sofortigen Ausschluss ab dem Zeitpunkt des bekannt werden des Verstoßes.
- (5) Schadensersatzansprüche der Krankenkasse gegenüber dem Vertragspartner bleiben unberührt.
- (6) Die Regelungen des § 197a Abs. 4 SGB V finden uneingeschränkt Anwendung.
- (7) Dem Vertragspartner 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.
- (8) Fahrten, die unter Verstoß gegen diese Bestimmung durchgeführt werden, begründen keinen Vergütungsanspruch.
- (9) Der Vertragspartner sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Fahrt keine Geldleistungen, geldwerten Vorteile bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (10) Versicherte dürfen nicht gezielt motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Vertragspartner den Vertragsarzt

in seiner Ordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Dies gilt auch für die Beeinflussung anderer an der Versorgung Beteiligter (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Angehörige).

- (11) 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]. Fällt die erstmalige Beendigungsmöglichkeit nicht auf ein Quartalsende, so muss die Kündigung drei Monate vor Ablauf des vorangehenden Quartals der Gegenseite zugegangen sein. Die Fälle nach § 9 Abs. 1 dieser Vereinbarung bleiben hiervon unberührt.
- (2) Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung verlieren bestehende Vergütungsvereinbarungen und Absprachen der bzw. einzelner Vertragspartner dieser Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Rollstuhlkrankenfahrten ihre Gültigkeit und werden durch die vorliegende Vereinbarung ersetzt.
- (3) Sollten anderen Krankenkassen bzw. deren Verbänden nach Abschluss dieser Vereinbarung seitens des Vertragspartners niedrigere Preise angeboten werden, gelten ab diesem Zeitpunkt 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 neun Monate nach Vertragsende begrenzt.
- (6) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. Die elektronische Form im Sinne des § 126a BGB wahrt die Schriftform. Die Parteien verzichten auf das Recht zur Zurückweisung einseitiger Willenserklärungen gemäß § 174 BGB wegen fehlender Vollmachtsvorlage. Dies gilt auch für den Fall, dass die Erklärung durch einen Vertreter ohne Vorlage einer Vollmachtsurkunde abgegeben wird.

§ 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, [Datum]

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Bad Homburg

AOK-Firmenstempel, Unterschrift

LE-Dienststempel, Unterschrift

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a	Anwesenheitsbescheinigung
Anlage 1b	Transportbescheinigung
Anlage 2	Qualitätsstandards
Anlage 3	Verordnung einer Krankenförderung
Anlage 4	Abrechnungsregelung
Anlage 5	Geltungsbereich und Tarife der Vereinbarung (Landkreis siehe Seite 1)
Anlage 6	Gebührenpositionen Rollstuhltransport
Anlage 7	Kontaktdaten (Abrechnung, Genehmigung etc.)

Anlage 1a

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung von Rollstuhlkrankfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes

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/unserer Einrichtung behandelt wurde.

Datum, Unterschrift

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 Rollstuhlkrankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes

Qualitätsstandards

1. Fahrzeuge

Der Einsatz der Fahrzeuge hat unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zur gewerbsmäßigen Personenbeförderung zu erfolgen.

- Die Fahrzeugausstattung hat der DIN 75078 zu entsprechen, um den nicht umsetzbaren Rollstuhl (DIN-Norm ISO 7176-19 – Kraftknoten) im Fahrzeug sachgerecht verankern zu können.
- Als Sicherheitssystem hat das Rollstuhlfahrzeug über eine ausklappbare Kopfstütze und eine Rückenlehne zu verfügen.
- Weiterhin hat ein integrierter sicherheitsgeprüfter Schulterschräggurt eingebaut zu sein.

Die eingesetzten Fahrzeuge müssen über Einrichtungen verfügen, die den besonderen Anforderungen dieser Krankenfahrten genügen und als Sonderkraftfahrzeug zugelassen sind, das heißt, eine entsprechende Vorrichtung muss im Fahrzeugschein eingetragen sein. Eine weitere Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorhandensein einer jeweils gültigen Genehmigung für den Taxi- und/oder Mietwagenverkehr gemäß § 17 Personenbeförderungsgesetz in der jeweils gültigen Fassung.

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 **einem Mitarbeiter** zu besetzen. Es darf nur Personal zum Einsatz kommen, dass unter Beachtung der jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen beschäftigt wird. 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 Vertragspartner 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 Vertragspartners. Die Auftragsabwicklung erfolgt über eine separate Servicenummer. Einsätze, die unter das Hessische Rettungsdienstgesetz (HRDG) fallen, dürfen nicht abgerechnet und durchgeführt werden. Der Vertragspartner 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 Vertragspartner 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.

Im Übrigen wird auf die Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung, abrufbar unter:

<https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/krankenbefoerderung> verwiesen.

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

Verordnung einer Krankenförderung 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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 /

--

 x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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 Schwergewichttransport, 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"/>	
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
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Positionsnummer	Anzahl	km
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Positionsnummer	Anzahl	km
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

Anlage 4

zur Vereinbarung über die Vergütung von Rollstuhlkrankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes

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 Vertragspartnern nach § 302 Abs. 2 SGB V (in den 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 Vertragspartner 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 nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Vertragspartnern von den Krankenkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Vertragspartner 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 Anlage 4 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungsbelegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach Anlage 4 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. Anlage 4 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 Gesamtrechnungsbetrag des Vertragspartners 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 nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Vertragspartnern 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 Inkasso-Vollmacht.

13. Sofern die Rechnungsbelegung 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 5

Vergütungsregelungen

Die Gesamtkosten einer Rollstuhlkrankenfahrt werden mit einer Grundpauschale zuzüglich eines Betrages je Besetzkilometer vergütet. Für Kurzstreckenfahrten (Fahrten bis fünf Kilometer) kann anstatt der Vergütung für Besetzkilometer und Grundpauschale eine Kurzstreckenpauschale abgerechnet werden.

Die Vergütung umfasst alle eventuellen Nebenkosten sowie ggf. anfallende Umsatzsteuer bei nicht gegebener Vorsteuerabzugsberechtigung. Bei Sammelfahrten mit mehreren Patienten reduzieren sich die Vergütungssätze. Dies gilt auch dann, wenn Versicherte zu Beginn oder Ende bzw. während einer als Sammeltransport angelegten Fahrt einzeln befördert werden.

Die einzelnen Abrechnungen sind nicht miteinander kombinierbar.

ACTK: xxxx

Landkreis		Grundpau- schale	ab km	km- Preis	Bis km
Siehe Seite 1 der Vereinba- rung	Einzelfahrt/Grund-Pau- schale/Brutto				
	Kurz-Streckenpau- schale/Brutto				
	Sammelfahrt/Grund-Pau- schale/Brutto				

Anlage 6

Gebührenpositionen Rollstuhltransport

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

1. Stelle

(= Verordnungsart)

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

2. Stelle

(= Transportart)

5	Rollstuhltransport (nicht umsetzbar)
---	--------------------------------------

3. + 4. Stelle

(= Tarifart)

01	Grundpauschale für Einpersonentransport	
02	Grundpauschale für Mehrpersonentransport	
03	Kurzstreckenpauschale (0-5 Besetzkilometer)	
29	Genehmigter Vereinbarungspreis	
30	Besetzkilometer bei Einpersonentransport	
31	Besetzkilometer bei Mehrpersonentransport	

5. + 6. Stelle

(= Ausprägung)

00	Keine Ausprägung ➔ bei Besetzkilometern ➔ bei Vereinbarungspreis
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 7

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

Tel. 069 / 66816-323370

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:

Für allgemeine Fahrten: Tel. 069 / 66816-282300

Für Dialysefahrten: Tel. 069 / 66816-282400

Kontaktformular: [aok.de/gp/hessen/kontakt](https://www.aok.de/gp/hessen/kontakt)