

Rahmenvertrag

zwischen

dem Transportunternehmen

Mietwagen

IK: 60

(im folgenden Beförderer genannt)

und

der

**VdAK/AEV
Landesvertretung NRW
Graf-Adolf-Str. 67- 69**

40210 Düsseldorf

des

1. Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Frankfurter Straße 84

53719 Siegburg

(im folgenden VdAK genannt)

2. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Frankfurter Straße 84

53719 Siegburg

(im folgenden AEV genannt)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankenfahrten für die Versicherten der Ersatzkassen nach § 60 SGB V. Er gilt für Beförderer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach dem Personenbeförderungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung sind. Jede Veränderung zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) ist der Landesvertretung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
2. Gilt dieser Vertrag für einen Verband, Taxigenossenschaft oder ähnliche Zusammenschlüsse mehrerer Unternehmer (im folgenden Verband genannt) sind die Mitglieder des Verbandes in der Anlage 2 unter Angabe des Institutionskennzeichens aufzulisten. Der Verband verpflichtet sich, Aktualisierungsbedarf der Anlage 2 durch Hinzukommen oder Wegfall von Beförderern und Veränderungen zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) der VdAK/AEV-Landesvertretung unverzüglich schriftlich unter Angabe des Institutionskennzeichens des Beförderers mitzuteilen. Abrechnungen von Beförderern, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind, werden von den Ersatzkassen abgewiesen.

§ 2 Beteiligte Ersatzkassen

Der Vertrag gilt für folgende Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HMK), Hamburg
HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg
Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg
KEH Ersatzkasse, Heusenstamm

§ 3 Leistungserbringung

1. Voraussetzung für die Beförderung von Ersatzkassen-Versicherten ist eine vollständig ausgefüllte und gültige vertragsärztliche Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4). Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransportrichtlinien) in der jeweiligen geltenden Fassung.
2. Die Qualitätsvoraussetzungen für die Beförderung der Versicherten der Ersatzkassen sind im Anhang geregelt.
3. Der Beförderer verpflichtet sich, grundsätzlich innerhalb von 15 bis 30 Minuten beim Versicherten zum Transport einzutreffen.
4. Mehrkosten für Leistungen, die durch persönliche Wünsche des zu befördernden Versicherten oder einer Begleitperson entstehen, werden von den Ersatzkassen nicht vergütet.
5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.

Jede durchgeführte Fahrt ist am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschriftsleistung auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig.

§ 4 Wirtschaftlichkeit

1. Die Beförderung hat zweckmäßig und wirtschaftlich gemäß § 12 Abs. 1 SGB V zu erfolgen. Gegenüber den Ersatzkassen kann nur die kürzeste Verbindung abgerechnet werden.
2. Verstöße gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit gelten als Vertragsverstöße und berechtigen zur sofortigen, fristlosen Vertragskündigung.

Gilt dieser Vertrag für einen Verband, ist bei Vertragsverstößen das Verbandsmitglied von der Leistungserbringung auszuschließen und dies der Landesvertretung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

3. Weitere Vertragsverstöße können mit einer Vertragsstrafe oder Vertragskündigung geahndet werden, hierzu zählen z. B.:
 - Erhöhung des Fahrpreises um den Eigenanteil
 - Abrechnung von Sammelfahrten als Einzelfahrten
 - Gegenüber den Ersatzkassen abgerechnete fremdgenutzte Fahrtunterbrechung
 - Eigenmächtige Veränderung der Verordnung

- Sonstige Abrechnungsmanipulationen.

Unabhängig davon ist Schadensersatz zu leisten.

4. Des Weiteren finden die Ausführungen des § 197 a Abs. 4 SGB V uneingeschränkt Anwendung.

§ 5 Genehmigung

1. Eine Genehmigung der zuständigen Kasse 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. 13 SGB V i. V. m. Anlage 2 der Richtlinien festgelegt hat,
 - b) Fahrten von/zur 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 oder diese nicht ausführbar ist bei einer Wegstrecke von mehr als 50 Besetzkilometern,
 - d) Verlegungsfahrten.
2. Für Krankenfahrten gemäß Abs. 1. ist in der Regel vor Durchführung der Fahrt eine Genehmigung bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse einzuholen. Die Genehmigung ist grundsätzlich schriftlich und unter Vorlage der ärztlichen Verordnung zu beantragen.
- 3 Ein Anspruch auf Vergütung einer Krankenfahrt gemäß Abs. 1 besteht erst, wenn bei der Abrechnung die ärztliche Verordnung und die schriftliche Genehmigung jeweils im Original vorliegt.

§ 6 Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt abhängig von dem verordneten und genehmigten Transportmittel gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Preisen (Anlage).
2. Gemäß § 60 Abs.2 Satz 1 SGB V zieht der Beförderer die jeweils gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je einfacher Fahrt und je Versicherten direkt vom Versicherten ein und setzt diese vom Rechnungsbeitrag ab. Die Zuzahlung ist entsprechend § 61 Satz 4 SGB V vom Beförderer zu quittieren. Für Mehrkosten gilt § 3 Abs.4 dieses Rahmenvertrages.

§ 7 Datenschutz

1. Der Beförderer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
2. Der Beförderer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Ersatzkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkasse erforderlich sind. Der Beförderer verpflichtet seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 8 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Beförderer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen 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 Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der Landesvertretung bei Abschluss des Vertrages mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das für die Ersatzkassen erteilte IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Ersatzkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 9 Abrechnungsregelung

1. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Urbelege (Verordnungsblätter jeweils im Original),
 - erforderlichenfalls Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung), analog dem beigefügten Muster (Anlage 1)
2. Die Rechnungslegung erfolgt je Vertragspartner für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.
3. Die rechnungsbegründenden Unterlagen (Urbelege) sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der Abrechnungsdaten einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen) zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

Die Abrechnung enthält folgende Angaben:

- Einzelaufstellung der Fahrgäste
 - 6-stellige Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anlage 1) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen
 - Beförderungstag
 - Besetzt-Kilometer
 - Bruttobetrag je Fahrgast und Tag
 - Ggf. abgesetzter Zuzahlung je Fahrt.
 - Ggf. Genehmigung der Krankenkassen gemäß § 5 Abs. 1
 - IK des Vertragspartners/Beförderers
4. Der Einzug des Eigenanteils gem. § 60 Abs. 2 SGB V erfolgt durch den Vertragspartner/Beförderer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Vertragspartner/Beförderer insgesamt gezahlten Eigenanteile sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
 5. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Preisliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Preisliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Preisliste aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Vertragspartner/Beförderer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

6. Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Vertragspartners/Beförderers - mit einer nachfolgenden Abrechnung verrechnet werden.

Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Vertragspartners/Beförderers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Vertragspartners/Beförderers vor.

7. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen (Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
8. Überträgt ein Vertragspartner/Beförderer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen.

Der Vertragspartner/Beförderer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Vertragspartner/Beförderer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuld-befreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss der Vertragspartner/Beförderer dies der LV unverzüglich mitteilen.

9. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 8 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 Vertragspartner/Beförderer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Landesvertretung vorzulegen.
10. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem (IfSG) Infektionsschutzgesetz, 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.

§ 10 Vertragsdauer

1. Dieser Vertrag tritt am 01. .200 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum . .20 schriftlich gekündigt werden.
2. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsliste nicht berührt. Für die Kündigung der Vergütungsliste gilt die dort geregelte Frist.

§ 11
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Düsseldorf, den .200
Ort, Datum

.den
Ort, Datum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Unterschrift

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Protokollnotiz zum Vertrag gemäß § 133 SGB V zwischen dem VdAK/AEV und Mietwagen vom .200

Die Vertragspartner vereinbaren die Umsetzung des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V, sobald die Spitzenverbände der Krankenkassen für den Rettungsdienst und den Krankentransport (qualifiziert und nicht-qualifizierter Krankentransport) die Umsetzung des § 302 SGB V beschlossen haben. Das in § 9 des Vertrages vereinbarte Abrechnungsverfahren wird 6 Monate nach dem Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 302 SGB V umgestellt. Der in der Protokollnotiz vereinbarte § 9 – Abrechnungsregelung – löst den entsprechenden § 9 des Vertrages ab diesem Tag ab.

§ 9 Abrechnungsregelung

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 Ersatzkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
 - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - IK des Vertragspartners/Beförderers
 - Einzelaufstellung der Fahrgäste
 - Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anlage 1) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen
 - Beförderungstag
 - Besetzkilometer (einfache Wegstrecke)
 - Bruttobetrag je Fahrgast und Tag
 - ggf. abgesetzter Eigenanteil je Fahrt.
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - 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 Ersatzkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht ma-

schinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat. (Keine Lieferung von Echt-(ESOL 0.xxx) oder Testdaten (TSOL 0.xxx))

2. Jeder Beförderer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des VdAK/AEV, Postfach, 53719 Siegburg, 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 von den einzelnen Leistungserbringern zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Beförderer kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse der Einrichtung keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden von der Einrichtung 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. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Beförderer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten nach Absatz 1 sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen werden an den Absender mit einem Fehlerhinweis zurückgesendet.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Die entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –zahlung sind nicht von den Ersatzkassen zu verantworten.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

6. Der Beförderer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 4) auf:

- IK des Beförderers (§ 8),
 - 6-stellige Positionsnummer sowie Faktor der Fahrt(en),
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.
7. Der Einzug der Zuzahlung 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 Vergütungssatzes 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 Ersatzkasse abrechnungsfähigen Betrag, so ist die Differenz zwischen dem abrechnungsfähigen Betrag und der Gesamtzuzahlung vom Gesamtrechnungsbetrag des Leistungserbringers abzuziehen.

8. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse 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 Ersatzkassen 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 Ersatzkassen. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis der Einrichtung - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur

mit dem Einverständnis der Einrichtung verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Einrichtung vor.

10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse gem. § 303 SGB V nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen weisen die Ersatzkassen zurück.

11. Überträgt eine Einrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Beförderer die VdAK/AEV-LV unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der VdAK/AEV-LV ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, 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 Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein oder E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 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 über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der VdAK/AEV-LV vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG),

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.

Rechnung Krankenfahrten

Anlage 1

Adresse/Abrechnungsstelle der Krankenkasse

Taxi/Mietwagen-Unternehmen:

 IK: _____

Genehmigung von _____

Fahrgast		Angaben zu den Fahrten		erbrachte Leistung		Abrechnung		
lfd. Nr.	Name	Vorname	Datum	Ausgangsort Zielort	Besetzt-Kilometer(Kilometer)	Pos-Nr. lt. Entgeltvereinbarung	Brutto-Betrag in €	ggf. Zu-zahlung des Fahrgastes in €
Brutto-Summe								
abzüglich Summe der Eigenanteile:								
Netto-Rechnungsbetrag								

Die Krankenfahrten wurden nach den derzeit gültigen vertraglichen Regelungen abgerechnet.

 Datum

 Unterschrift und Stempel

Anlagen: ____ VO über Krankenförderungen, ____ Kostenzusagen der Krankenkasse

Liste der am Vertrag teilnehmenden Betriebe

Stand: _____

IK	Name	Adresse	Telefon-Nr., Faxnummer	Beitrittsda- tum	Datum des Ausscheidens

