

Vertrag

zwischen

dem Transportunternehmen

«Name»

«Anschrift»

«PLZ» «Ort»

IK: «IK»

(im folgenden Leistungserbringer 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

Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankentransporten mittels Krankentransportwagen (KTW) für die Versicherten der Ersatzkassen nach § 60 SGB V. Er gilt für Leistungserbringer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach § 18 des Rettungsgesetzes Nordrhein-Westfalen in der jeweils gültigen Fassung sind. Jede Veränderung zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) ist der Landesvertretung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 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 durch die Bestimmungen des Rettungsdienstgesetzes Nordrhein-Westfalen in seiner jeweiligen Fassung geregelt.
3. Mehrkosten für Leistungen, die durch persönliche Wünsche des zu befördernden Versicherten oder einer Begleitperson entstehen, werden von den Ersatzkassen nicht vergütet.
4. 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 Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig oder können nur in Ausnahmefällen nachträglich erbracht werden.

§ 4 Wirtschaftlichkeit

1. Die Beförderung hat zweckmäßig und wirtschaftlich nach § 12 Abs. 1 SGB V zu erfolgen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Fahrt auf der kürzesten Fahrtstrecke durchzuführen. Gegenüber den Ersatzkassen kann nur die kürzeste auf der Verordnung eingetragene Verbindung abgerechnet werden.
2. Vorsätzliche oder grob fahrlässige Verstöße gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit gelten als Vertragsverstöße und berechtigen zur sofortigen, fristlosen Vertragskündigung.
3. Weitere Vertragsverstöße können mit einer Verwarnung, 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 Krankentransporte nach Ziff. 1. muss in der Regel vor Durchführung der Fahrt eine Genehmigung der leistungspflichtigen Ersatzkasse vorliegen. Die Genehmigung ist grundsätzlich schriftlich und unter Vorlage der ärztlichen Verordnung zu beantragen.
3. Ein Anspruch auf Vergütung eines Krankentransportes nach Ziff. 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 nach den in diesem Vertrag vereinbarten Preisen (Anlage 2).
2. Gemäß § 60 Abs.2 Satz 1 SGB V zieht der Leistungserbringer 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 Rechnungsbetrag ab. Die Zuzahlung ist entsprechend § 61 Satz 4 SGB V vom Leistungserbringer zu quittieren. Für Mehrkosten gilt § 3 Abs.4 dieses Rahmenvertrages.

§ 7 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringer verpflichtet seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 8

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Leistungserbringer 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 Preisvereinbarung (Anlage 1) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen
 - Beförderungstag
 - Besetzt-Kilometer (einfache Wegstrecke)
 - Bruttobetrag je Fahrgast und Tag
 - Ggf. abgesetzter Zuzahlung je Fahrt.
 - Ggf. Genehmigung der Krankenkassen gemäß § 5 Abs. 1
 - IK des Vertragspartners/Leistungserbringers
4. Der Einzug des Eigenanteils gem. § 60 Abs. 2 SGB V erfolgt durch den Vertragspartner/Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Vertragspartner/Leistungserbringer insgesamt gezahlten Eigenanteile sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
5. In der Abrechnung ist der in der Preisvereinbarung 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 Preisvereinbarung aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

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

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)
6. Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Vertragspartners/Leistungserbringers - mit einer nachfolgenden Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Vertragspartners/Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Vertragspartners/Leistungserbringers 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/Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses

nisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen.

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

Hat der Vertragspartner/Leistungserbringer 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, muss der Zugelassene 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 Zugelassenen 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 **«Beginn»** in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum **«Ende»** schriftlich gekündigt werden.
2. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Preisvereinbarung nicht berührt. Für die Kündigung der Preisvereinbarung gilt die dort geregelte Frist.

§ 11 Salvatorische Klausel

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

Düsseldorf, den _____
Ort, Datum

«Ort», den _____
Ort, Datum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Leiter der Landesvertretung NRW

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

Protokollnotiz zum Vertrag zwischen dem VdAK/AEV und vom «Abschlussdatum»

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 (Datensatz nach § 302 SGB V),
 - Urbelege (Verordnungsblätter jeweils im Original),
 - erforderlichenfalls Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

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 haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder neue Vertragspartner 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.

Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen Vertragspartner zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen (Ausnahme: Abrechnung auf standardisierten Abrechnungsformularen gemäß der Anlage 2 zu den Richtlinien nach § 302 SGB V). 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 Vertragspartner/Leistungserbringer 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 dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Vertragspartner/Leistungserbringer 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.

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

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten bzw. einwandfrei ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet

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)

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.

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

6. Der Vertragspartner/Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 4) auf:

- IK des Vertragspartners/Leistungserbringers,
- Rechnungs- und Belegnummer.

Die Abrechnung enthält folgende Angaben:

- IK des Vertragspartners/Leistungserbringers
- Einzelaufstellung der Fahrgäste
- Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Preisvereinbarung (Anlage 1) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen
 - Beförderungstag
 - Besetzt-Kilometer(einfache Wegstrecke)
 - Bruttobetrag je Fahrgast und Tag
 - ggf. abgesetzter Eigenanteil je Fahrt.
 - ggf. Genehmigung der Krankenkassen gemäß § 5 Abs. 1.

7. Der Einzug des Eigenanteils gem. § 60 Abs. 2 SGB V erfolgt durch den Vertragspartner/Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Vertragspartner/Leistungserbringer insgesamt gezahlten Eigenanteile sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

8. In der Abrechnung ist der in der Preisvereinbarung 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 Preisvereinbarung aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

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

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Vertragspartners/Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technischen Anlage 1 der Richtlinien nach § 302 SGB V von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Vertragspartners/Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Vertragspartners/Leistungserbringers vor.

10. Die Bezahlung der Rechnungen 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.

11. Überträgt ein Vertragspartner/Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhält-

nisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, 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 Vertragspartner/Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Vertragspartner/Leistungserbringer 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, muss der Vertragspartner/Leistungserbringer dies der Landesvertretung unverzüglich mitteilen.

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 Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Landesvertretung vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), 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.

Rechnung Krankenfahrten

Anlage 1

Adresse/Abrechnungsstelle der Krankenkasse

Unternehmen:

IK: _____

Genehmigung von _____

Fahrgast		Angaben zu den Fahrten		erbrachte Leistung		Abrechnung		
Ifd. Nr.	Name	Vorname	Datum	Ausgangsort Zielort	Be-setzt-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