

**Rahmenvertrag
über die Leistungserbringung und Vergütung von Krankenfahrten mit dem Taxi
gemäß § 133 SGB V**

zwischen der

Innung des Berliner Taxigewerbes e. V.
Institutionskennzeichen (IK): 601125364

und

den Ersatzkassen,

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse,
zugleich handelnd für die von ihr mit Abschlussvollmacht vertretenen Allgemeinen Orts-
krankenkassen

dem BKK-Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

der IKK Brandenburg und Berlin,

der KNAPPSCHAFT

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirt-
schaftliche Krankenkasse**

- Nachfolgend: Krankenkassen –

Ersetzungsvertrag / Aufhebung

Mit Unterzeichnung und Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages verliert der vorherig geschlossene Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Vergütung von Krankenfahrten mit dem Taxi gemäß § 133 SGB V mit den Ersatzkassen im gegenseitigen Einvernehmen seine Gültigkeit.

§ 1 Geltungsbereich

1. Dieser Rahmenvertrag gilt für
 - die Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek),
 - die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
 - die Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag geschlossen hat bzw. dieser Vereinbarung nicht widerspricht,
 - die IKK Brandenburg und Berlin,
 - die KNAPPSCHAFT,
 - die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse
2. Dieser Rahmenvertrag gilt für die Taxiunternehmen, die diesen Rahmenvertrag und seine Anlage durch schriftliche Erklärung gegenüber der Innung des Berliner Taxigewerbes e.V. anerkennen.

Taxiunternehmen, welche kein Mitglied bei der Innung des Berliner Taxigewerbes e.V. sind, haben ebenfalls die Möglichkeit durch schriftliche Anerkenntniserklärung dem Rahmenvertrag beizutreten.

Der Taxiunternehmer hat mit der Anerkenntniserklärung folgende Unterlagen bei der Innung des Berliner Taxigewerbes e.V. einzureichen:

- a. Kopie der gültigen Genehmigungsurkunde/n nach § 47 des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG),
- b. Kopien der Kfz-Scheine für die in der/den Genehmigungsurkunde/n aufgeführten Fahrzeuge,
- c. Kopie der Gewerbeanmeldung.

Auf Verlangen sind die Dokumente im Original vorzulegen.

Darüber hinaus besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit, die schriftliche Anerkenntniserklärung sowie die dafür notwendigen Dokumente gegenüber den Krankenkassen für den Beitritt zum Rahmenvertrag einzureichen.

Dieser Vertrag gilt gegenüber dem jeweiligen Taxiunternehmer solange dieser im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde gemäß § 47 PBefG ist. Jede Veränderung zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) ist der Innung des Berliner Taxigewerbes e.V. unaufgefordert mitzuteilen.

Sofern der Taxiunternehmer seine Anerkennniserklärung schriftlich zurücknimmt, wirkt dieser Rahmenvertrag einschließlich der Anlage ab Eingang des Widerspruches für 3 Monate nach.

Die Innung des Berliner Taxigewerbes e.V. führt eine Übersicht über die am Vertrag beteiligten Taxiunternehmer. Den Krankenkassen wird mit Vertragsabschluss ein entsprechendes Mitgliederverzeichnis übermittelt. Die Krankenkassen erhalten monatlich zum Monatsende eine aktualisierte Übersicht der am Vertrag beteiligten Taxiunternehmer.

3. Die unter Ziffer 2 Genannten werden nachfolgend als Leistungserbringer bezeichnet.

§ 2 Gegenstand

Dieser Vertrag regelt die Leistungserbringung, Vergütung und Abrechnung von ärztlich verordneten Krankenfahrten, die mit Taxis nach § 60 SGB V durchgeführt werden.

§ 3 Leistungserbringung

1. Voraussetzung für die Beförderung von Versicherten ist eine vollständig ausgefüllte und gültige vertragsärztliche Verordnung einer Krankenfahrt (Muster 4). Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransportrichtlinien) in der jeweiligen geltenden Fassung. Die Verordnung darf nur vom Arzt geändert oder ergänzt werden.
2. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten mit den Vorschriften entsprechend technisch einwandfreien Beförderungsmitteln durch qualifizierte Fahrer befördert werden. Der Einsatz der Fahrzeuge hat unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen zur gewerbsmäßigen Personenbeförderung zu erfolgen.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, schnellstmöglich beim Versicherten zum Transport einzutreffen.
4. Mehrkosten, die durch persönliche Wünsche des zu befördernden Versicherten oder einer Begleitperson entstehen, gehen zu deren Lasten. Der Leistungserbringer muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Mehrkosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden und daher selbst zu tragen sind.
5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.

Die 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 oder nachträglich sind nicht zulässig.

6. Gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V zieht der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer zu quittieren. Ausgenommen hiervon sind Versicherte, die einen gültigen Ausweis für die Befreiung von Zuzahlungen vorlegen.
7. Durch den Leistungserbringer ist auf der Rückseite der Verordnung in das vorgesehene Feld die Vorlage des Befreiungsausweises zu dokumentieren. Darüber hinausgehende Forderungen sind nicht zulässig, mit Ausnahme der Mehrkosten gemäß § 3 Ziffer 4.

§ 4

Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot

1. Eine Beeinflussung des verordnenden Arztes oder des Versicherten mit dem Ziel, eine unwirtschaftliche oder über das Maß des zwingend medizinisch Notwendigen hinausgehende Verordnung zu bewirken, ist unzulässig. Das Gleiche gilt bezüglich der Beeinflussung des verordnenden Arztes hinsichtlich der Auswahl des Leistungserbringers. Die Auswahl unter den zugelassenen Leistungserbringern trifft grundsätzlich der Versicherte.
2. Die gezielte Aufforderung von Versicherten der Krankenkassen zur Inanspruchnahme von Leistungen nach dieser Vereinbarung durch den Leistungserbringer oder seine Beschäftigten ist nicht zulässig.
3. Die Weitergabe von Fahraufträgen an Dritte ist ohne Zustimmung des zu transportierenden Versicherten nicht zulässig. Die Weitergabe oder Annahme von Fahraufträgen gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig.
4. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Informationen an Ärzte, Krankenhäuser sowie andere Personen und Einrichtungen über den Versorgungsauftrag nach dieser Vereinbarung und zum Leistungsumfang der Krankenkassen sind zuvor mit den Krankenkassen abzustimmen. Ausgenommen davon sind einzelfallbezogene Informationen.

§ 5

Vertragsverstöße

1. Jegliche Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen stellen Pflichtverletzungen nach dieser Vereinbarung dar.
2. Bei Feststellung oder Verdacht auf eine Pflichtverletzung ist der Leistungserbringer zunächst zu einer mündlichen Anhörung zu laden oder schriftlich anzuhören. Erfolgt die Anhörung schriftlich, hat der Leistungserbringer innerhalb einer Frist von 14 Tagen Stellung zu nehmen. Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung bei der Aufklärung des Sachverhalts anhand der Originalunterlagen, Belege und Bescheinigungen

gen verpflichtet und hat alle erforderlichen Unterlagen an die entsprechende Krankenkasse zu übersenden bzw. die Einsichtnahme ggf. in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers zu gewähren.

3. Als geeignete Maßnahmen durch eine Krankenkasse oder einen Verband kommen unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes in Betracht:
 - Verwarnung,
 - Abmahnung,
 - Vertragsstrafe bei schwerwiegenden grob fahrlässigen bzw. vorsätzlichen Verstößen, die zu erheblichen Nachteilen der jeweiligen Krankenkasse führen bzw. führen können, kann eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von maximal 3 % des jährlichen Nettogesamtauftragswertes festgesetzt werden, wobei die Höhe im Streitfall gerichtlicher Überprüfung unterliegt,
 - außerordentliche (fristlose) Kündigung, die neben der jeweiligen Krankenkasse gemeinsam von allen vertragsschließenden Krankenkassen ausgesprochen werden kann.
4. Verstöße gegen diese Vereinbarung sind insbesondere:
 - Nichteinhaltung der Voraussetzung der Genehmigung und der im Genehmigungsbescheid genannten Anforderungen,
 - Die vorsätzliche Abrechnung nicht erbrachter Leistung,
 - Ein vorsätzlicher, wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 12),
 - Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen des Versicherten, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 61 Satz 1 SGB V.
5. Im Falle von mehreren Verstößen (Fortsetzungszusammenhang oder mehrere verschiedenartige Verstöße) erhöht sich die Vertragsstrafe in angemessener Weise, jedoch auf insgesamt maximal 5 % des durchschnittlichen Nettogesamtauftragswertes für einen Zeitraum von zwölf Monaten, wobei die Gesamthöhe gerichtlicher Überprüfung unterliegt. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des durchschnittlichen Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so orientiert sich die Berechnung an den vergangenen Monaten.
6. Weitergehende Ansprüche der jeweiligen Krankenkassen insbesondere auf Schadensersatz und Rückforderungen sowie das Recht der jeweiligen Krankenkasse, die Vereinbarung zu beenden, bleiben unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht auf eine Straftat bleibt ebenfalls unberührt.

§ 6 Wirtschaftlichkeit

1. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten (§§ 2, 12, 69 und 70 SGB V).
2. Des Weiteren finden die Ausführungen des § 197 a Abs. 4 SGB V uneingeschränkt Anwendung.

§ 7 Auftragsvergabe

1. Die Auftragsvergabe erfolgt durch den Versicherten. Betraut jedoch der Versicherte seine jeweilige Krankenkasse mit der Auftragsvergabe, wird diese in seinem Sinne tätig. Die jeweilige Krankenkasse behält sich vor, nach systematischen Kriterien definierte Gruppen von Fahrten (z.B. Dialyse-Fahrten) nach dieser Vereinbarung auszu-schreiben, vgl. Absatz 3.

Ein Auftrag im Sinne dieser Vereinbarung darf vom Leistungserbringer nur angenom-men werden, wenn eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung der Leistung in der jeweiligen gültigen vereinbarten Form vorliegt. Für Krankenfahrten zur ambulanten, ärztlichen Behandlung gilt die Genehmigung als erteilt (Genehmi-gungsfiktion), wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
- eine Einstufung in den Pflegegrad 3, 4, oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität

In allen anderen Fällen sind Krankenfahrten zur ambulanten ärztlichen Behandlung genehmigungspflichtig.

Als genehmigungspflichtig gelten insbesondere folgende Fahrten:

- Dialysebehandlung,
- onkologische Strahlentherapie,
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie
- sowie vergleichbare Fälle, über die die Krankenkasse auf Antrag zu entscheiden hat.

Bei Verlegungsfahrten in ein wohnortnahes Krankenhaus muss vor Antritt der Fahrt eine Genehmigung der Leistung durch die jeweilige Krankenkasse eingeholt werden.

2. Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V. Die Einzelheiten zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens können von den einzelnen Krankenkassen gesondert festgelegt werden.
3. Die Krankenkassen behalten sich vor, nach systematischen Kriterien definierte Grup-pen von Fahrten (z.B. Dialysefahrten, Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie) nach diesem Vertrag gesondert zu vergeben. Das Einholen von Preisangeboten durch die Krankenkassen kann auch im Rahmen von elektronischen Angebotsverfahren via In-ternet erfolgen.

§ 8 Vergütung der Leistungen

Für die Vergütung der Vertragsleistungen gelten die in der Anlage vereinbarten Höchst-preise.

Die vereinbarten Preise sind Bruttobeträge im Sinne des Umsatzsteuergesetzes (UStG). Umsatzsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Transporteur die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.

§ 9 Datenschutz und Schweigepflicht

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. 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.

§ 10 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.

Besitzt der Leistungserbringer neben der Abrechnungsgenehmigung für Krankenfahrten nach diesem Vertrag Abrechnungsberechtigungen für weitere Leistungen, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche 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 der SVI und der vdek-Landesvertretung unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an einzelne Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist im Rahmen der schriftlichen Anerkennungserklärung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einer den Krankenkassen unbekanntem IK.

Die unter dem 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 von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 11 Rechnungslegung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
 - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - IK des Leistungserbringer,
 - Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des beförder-ten Versicherten,
 - Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anlage 2), ggf. Anzahl der Leistungen,
 - Beförderungstag,
 - Besatzkilometer,
 - Bruttobetrag je Tag,
 - ggf. abgesetzter Eigenanteil je Fahrt,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder ma-schinell 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 nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Krankenkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" der jeweiligen Krankenkasse 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 dem Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen 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 Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Krankenkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom 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. Bevorzugt wird aber die Übermittlung auf elektronischem Wege.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. 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 Datenerlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Krankenkassen zurückweisen.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungs-

legung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. 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 Krankenkassen zu verantworten.

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

6. Der Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 4) auf:
 - IK des Leistungserbringers,
 - Rechnungs- und Belegnummer.
 - Jeweils 6-stellige Positionsnummer sowie Faktor der Fahrt(en),
 - 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringer insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen. Die geleistete Zuzahlung ist gegenüber dem Versicherten gemäß § 61 Satz 4 SGB V vom Leistungserbringer zu dokumentieren. Der Abzug entfällt, wenn der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer seine Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung nachweist.
8. In der Abrechnung ist folgender 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben:

46 23 104

Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Preisvereinbarung 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 Krankenkasse dem Leistungserbringer 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).

Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Krankenkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

10. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt nach 12 Monaten berechnet ab dem Tag der Leistungserbringung.
11. 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 Krankenkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
12. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer 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 Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 1.

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

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies den von den Krankenkassen benannten Abrechnungsstellen durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

13. 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 Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Krankenkasse vorzulegen.

**§ 12
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.

**§ 13
Vertragsdauer**

Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.09.2023 in Kraft. Er kann von jedem der vertragschließenden Parteien mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2025 schriftlich gekündigt werden.

Die Preisvereinbarung (Anlage) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Rahmenvertrag gekündigt werden.

Diese Vereinbarung wurde ausgefertigt am 22.08.2023.

Berlin, Cottbus, Kassel den

Innung des Berliner Taxigewerbes e. V.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich im Namen der von ihr mit
Abschlussvollmacht vertretenen Allgemeinen
Ortskrankenkassen

BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Berlin und Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

K. R. Kling

KNAPPSCHAFT

i. A. W.

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

i. A. W.

Anlage zum Rahmenvertrag Krankenfahrten vom 01.09.2023

zwischen der Innung des Berliner Taxigewerbes e. V. und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, dem BKK–Landesverband Mitte, der IKK Brandenburg und Berlin, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Preisvereinbarung nach § 8 des Rahmenvertrags

1. Für Krankenfahrten dürfen einschließlich der jeweils geltenden Umsatzsteuer höchstens die nachfolgend genannten Entgelte unter Angabe des Leistungserbringergruppen Schlüssels 46 23 104 berechnet werden:

Positions-Nr.	Beschreibung	Leistung	Entgelt
510801	Krankenhausbehandlung voll- o. teilstationär	Grundpauschale	4,00 Euro
510802	Krankenhausbehandlung vor- o. nachstationär		
510803	Verlegung		
510804	Verlegung mit Genehmigung Kasse		
510805	ambulante Behandlung im Krankenhaus		
510810	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V		
510820	Fahrt zur ambulanten Behandlung		
510830	Serienfahrt zur Chemo- / Strahlentherapie		
510852	Serienfahrt zur Dialyse		
513001	Krankenhausbehandlung voll- o. teilstationär	1. Streckentarif/ Besetzt-km 0 bis 7 km	2,40 Euro
513002	Krankenhausbehandlung vor- o. nachstationär		
513003	Verlegung		
513004	Verlegung mit Genehmigung Kasse		
513005	ambulante Behandlung im Krankenhaus		
513010	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V		
513020	Fahrt zur ambulanten Behandlung		
513030	Serienfahrt zur Chemo- oder Strahlentherapie		
513052	Serienfahrt zur Dialyse		
513101	Krankenhausbehandlung voll- o. teilstationär	2. Streckentarif/ Besetzt – km ab 7,1 bis 20,9 km	2,00 Euro
513102	Krankenhausbehandlung vor- o. nachstationär		
513103	Verlegung		
513104	Verlegung mit Genehmigung Kasse		
513105	ambulante Behandlung im Krankenhaus		
513110	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V		
513120	Fahrt zur ambulanten Behandlung		
513130	Serienfahrt zur Chemo- oder Strahlentherapie		
513152	Serienfahrt zur Dialyse		

Protokollnotiz zu

§ 13 (Vertragsdauer) und Punkt 8 der Anlage (Preisvereinbarung) des Rahmenvertrags Krankenfahrten vom 01.09.2023

zwischen der Innung des Berliner Taxigewerbes e. V. und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, dem BKK–Landesverband Mitte, der IKK Brandenburg und Berlin, der KNAPPSCHAFT, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse

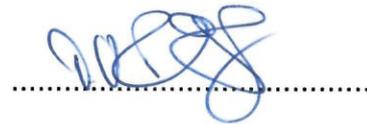
1. Gemäß § 51 Abs. 2 Nr. 1 Personenbeförderungsgesetz (PBefG) sind Sondervereinbarungen im Taxenverkehr für den Pflichtfahrbereich nur zulässig, wenn ein bestimmter Zeitraum, eine Mindestfahrtenzahl oder ein Mindestumsatz im Monat festgelegt wird.
2. Der Rahmenvertrag und die Preisvereinbarung treten am 01.09.2023 in Kraft und enden am 31.03.2025. Maßgebend ist der Tag der Leistungserbringung.
3. Die Vertragspartner werden rechtzeitig vor Ablauf des Rahmenvertrags Verhandlungen zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung aufnehmen.

Berlin, Cottbus, Kassel den

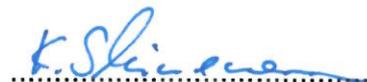
Innung des Berliner Taxigewerbes e. V.



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek–Landesvertretung
Berlin/Brandenburg



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich im Namen der von ihr mit
Abschlussvollmacht vertretenen Allgemeinen
Ortskrankenkassen



BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Berlin und Brandenburg



IKK Brandenburg und Berlin

K. Duthy

KNAPPSCHAFT

IAU

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

J. A. Kuster

513201	Krankenhausbehandlung voll- o. teilstationär	3. Streckentarif/ Besetzt- km ab 21. km innerhalb Stadt- grenze Berlin	1,90 Euro
513202	Krankenhausbehandlung vor- o. nachstationär		
513203	Verlegung		
513204	Verlegung mit Genehmigung Kasse		
513205	ambulante Behandlung im Krankenhaus		
513210	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V		
513220	Fahrt zur ambulanten Behandlung		
513230	Serienfahrt zur Chemo- oder Strahlentherapie		
513252	Serienfahrt zur Dialyse		
513301	Krankenhausbehandlung voll- o. teilstationär	4. Streckentarif/ Besetzt- km ab 21. km außerhalb Stadt- grenze Berlin	1,70 Euro
513302	Krankenhausbehandlung vor- o. nachstationär		
513303	Verlegung		
513304	Verlegung mit Genehmigung Kasse		
513305	ambulante Behandlung im Krankenhaus		
513310	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V		
513320	Fahrt zur ambulanten Behandlung		
513330	Serienfahrt zur Chemo- oder Strahlentherapie		
513352	Serienfahrt zur Dialyse		

2. Das Entgelt für den Besetzt-km schließt die gegebenenfalls erforderliche Hilfeleistung während der gesamten Beförderungsdauer des Patienten ein. Die Beförderungsdauer umfasst die Wegstrecke zum und vom Fahrzeug. Als Besetzt-km zählt die Wegstrecke, die der Fahrgast mit dem Taxi zurücklegt.
3. Das Entgelt für die Streckentarife 1.-3. bezieht sich auf Fahrten innerhalb der Stadtgrenzen Berlins.
4. Eine Begleitperson des Patienten ist ohne zusätzliches Entgelt zu befördern, soweit dies aus medizinischer Sicht notwendig ist.
5. Mit den genannten Entgelten sind sämtliche Aufwendungen abgegolten. Anfahrtskilometer, Wartezeiten sowie sonstige Zuschläge gemäß Taxitarifordnung sind nicht berechnungsfähig.
6. Gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V zieht der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer zu quittieren. Ausgenommen hiervon sind Versicherte, die einen gültigen Ausweis für die Befreiung von Zuzahlungen vorlegen. Durch den Leistungserbringer ist auf der Rückseite der Verordnung in das vorgesehene Feld die Vorlage des Befreiungsausweises zu dokumentieren. Darüberhinausgehende Forderungen sind nicht zulässig, mit Ausnahme der Mehrkosten gemäß § 3 Ziffer 4 des Rahmenvertrags.
7. Den Krankenkassen ist es gestattet längere Krankenfahrten mit Ausgangs- oder Zielort außerhalb Berlins (Fernfahrten) sowie für Dialyse-, Chemo- und Strahlentherapiefahrten

ab dem 1. Besetzkilometer bei den Leistungserbringern Preisangebote einzuholen und dem wirtschaftlichsten Angebot den Fahrauftrag zu erteilen.

8. Diese Preisvereinbarung tritt zum 01.09.2023 in Kraft. Sie kann von jedem der vertrags-schließenden Parteien mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2025 schriftlich gekündigt werden. Bei einer Kündigung dieser Preisvereinbarung gelten die vereinbarten Preise bis zum Abschluss einer neuen Anschlussvereinbarung fort.

Berlin, Cottbus, Kassel den

Innung des Berliner Taxigewerbes e. V.

Wade
.....


Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

90 828
.....

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich im Namen der von ihr mit
Abschlussvollmacht vertretenen Allgemeinen
Ortskrankenkassen

K. Steinmann
.....

BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Berlin und Brandenburg

J. Berger
.....

IKK Brandenburg und Berlin

K. Rühl
.....

KNAPPSCHAFT

IAU
.....

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

J. A. Duster
.....