

Stand: 01.01.2026

Beförderungsvertrag
über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB i. V. m. § 133 SGB V
in der Stadtgemeinde Bremen

zwischen

dem Transportunternehmen (Taxi-/Mietwagenunternehmen)

Name:

Adresse:

IK:

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

und

der AOK Bremen/Bremerhaven,

dem BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
zugleich für die Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Hamburg

der IKK gesund plus in Bremen und Bremerhaven,
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

den nachfolgend benannten 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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

(im Folgenden Krankenkassen/-verbände genannt)

**§ 1
Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankenfahrten nach § 60 SGB V i. V. m. § 7 und § 8 Krankentransport-Richtlinie. Hiervon ausgenommen sind Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 60 Abs. 5 Satz 1 SGB V i. V. m. § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX. Bei Sitzend-Krankenfahrten handelt es sich um die Beförderung gehfähiger Patienten, welche sitzend befördert werden.
2. Dieser Vertrag gilt für Leistungserbringer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach § 17 des Personen-Beförderungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung sind. Der Nachweis über das Vorliegen einer gültigen Genehmigungsurkunde ist Voraussetzung für den Vertragsabschluss und die fortlaufende Leistungserbringung (s. § 14 Abs. 3). Jede Veränderung zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) ist den Krankenkassenverbänden unaufgefordert und unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
3. Gilt dieser Vertrag für einen Verband, Taxigenossenschaft oder ähnliche Zusammenschlüsse mehrerer Unternehmer (im Folgenden Verband genannt), sind die Mitglieder des Taxi-Verbandes, die diese Vereinbarung anerkannt haben, in der Anlage 1 unter Angabe der Institutionskennzeichen aufzulisten. Der Verband versichert die umfassende Bevollmächtigung durch die genannten Mitgliedsunternehmen zum Abschluss des vorliegenden Vertrages einschließlich aller sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten und weist dies auf Verlangen der Krankenkassen/-verbände nach. Sofern Taxi-Zentralen als Mitglieder des Verbandes mehrere einzelne Unternehmer vertreten, sind diese einzelnen Unternehmer ebenfalls in der Liste aufzuführen. Zu diesem Zweck ist die Liste maschinenlesbar (Excel) zu fertigen und mit folgenden Informationen zum jeweiligen Mitgliedsunternehmen zu versehen: Name des Unternehmens, Name des Betriebsinhabers, Betriebssitz, Institutionskennzeichen (IK), Zeitpunkt der Erklärung der Vertragsteilnahme und ggf. deren Beendigung. Ansonsten gilt, dass jede Veränderung in der Mitgliedschaft im Verband mit Wirkung auf diesen Vertrag, den Krankenkassen/-verbänden nach Bekanntwerden unaufgefordert und unverzüglich schriftlich unter Angabe des Institutionskennzeichens des Leistungserbringers mitzuteilen ist. Abrechnungen von Leistungserbringern, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind, können von den Krankenkassen abgewiesen werden.
4. Der Verband verpflichtet sich, die ihm angeschlossenen Mitgliedsbetriebe über den Inhalt dieses Vertrages sowie die Konsequenzen aus Akzeptanz und Ablehnung desselben in geeigneter Weise zu informieren.

**§ 2
Beteiligte Krankenkassen**

Dieser Vertrag gilt für die von Krankenkassenverbänden vertretenen Krankenkassen.

§3
Leistungsberechtigung

Die Leistungsberechtigung ist erfüllt, wenn

1. eine Gewerbeanmeldung vorgelegt wird, aus der die angemeldete Tätigkeit „Durchführung von Krankenfahrten“ hervorgeht,
2. das zuständige Straßenverkehrsamt eine gültige Genehmigungsurkunde nach den Bestimmungen des Personenbeförderungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung ausgestellt hat (gemäß § 1 Abs. 1),
3. der Fahrer die erforderliche Eignung und Zuverlässigkeit zur Beförderung von Personen besitzt.

Die Leistungsberechtigung endet mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn eine der Voraussetzungen nach den Nr. 1 bis 3 entfällt. Dies gilt im Falle der Ziff. 2 dann nicht, wenn der Leistungserbringer innerhalb von 14 Tagen nach Ablauf der Geltungsdauer der Genehmigungsurkunde eine Kopie der nach den Bestimmungen des Personenbeförderungsgesetzes wiedererteilten Genehmigungsurkunde bei den Krankenkassen/-verbänden einreicht. Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Der Vertrag ist nicht übertragbar.

§ 4
Verordnung und Genehmigung

1. Krankenfahrten können sowohl von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als auch von Vertragszahnärzten verordnet werden; im Folgenden ärztlich verordnete Krankenfahrten genannt.
2. Voraussetzung für die Kostenübernahme von Krankenfahrten für Versicherte ist das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 60 SGB V i. V. m. der Krankentransport-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung. Ein Auftrag im Sinne dieser Vereinbarung darf vom Leistungserbringer nur angenommen werden, wenn eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung der Leistung in der jeweiligen gültigen vereinbarten Form vorliegt.
3. Wird eine Krankenförderung durch eine ärztlich geleitete Einrichtung (z. B. Krankenhaus) veranlasst, die nicht berechtigt ist, den vertragsärztlichen Verordnungsvordruck (Muster 4) zu verwenden, kann ein Arzt der Einrichtung die Verordnung auch auf einem Ersatzvordruck vornehmen. Voraussetzung dafür ist, dass dieser mindestens dieselben Angaben enthält, wie der vertragsärztliche Verordnungsvordruck (Muster 4). Über die Anerkennung von Ersatzvordrucken entscheiden die Krankenkassen.
4. Die ärztliche Verordnung bzw. die Genehmigung der Krankenkasse ist nicht übertragbar. Sie gilt jeweils nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

5. Ist ein anderes Beförderungsmittel erforderlich, ist eine erneute Verordnung einer Krankenförderung einzuholen, bei der eine erneute schriftliche Genehmigung der Krankenkasse erforderlich ist.
6. 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 vorliegen.

§ 5 Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer muss die Fahrt so planen, dass der Versicherte rechtzeitig zur Behandlung eintrifft. Über Verspätungen informiert der Leistungserbringer den Versicherten rechtzeitig. Ist kein Zeitpunkt vereinbart, gewährleistet der Leistungserbringer, dass er schnellstmöglich, spätestens jedoch innerhalb von 60 Minuten nach Auftragserteilung beim Versicherten eintrifft.
2. Sofern sich aus der ärztlichen Verordnung bzw. dem Genehmigungsschreiben Krankenkasse nichts anderes ergibt, dürfen Krankenfahrten nur zu einem vom aktuellen Wohn-/Aufenthaltort des Versicherten nächsterreichbaren, geeigneten Behandlungsstätte (z. B. Vertragsarztpraxis) oder von dort zurück durchgeführt werden.
3. Nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse unterliegen insbesondere folgende Fälle:
 - Verlegungen zwischen zwei Krankenhäusern, die nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erfolgen,
 - Fahrten vom Wohnort in Pflegeeinrichtungen
 - Fahrten im Zusammenhang mit Rehabilitationssport
 - Transport von Muttermilch, Blutkonserven und Labormaterial
 - Fahrten zu Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikern und Optikergeschäften.
4. Mehrkosten für Leistungen, die durch persönliche Wünsche des zu befördernden Versicherten oder einer Begleitperson entstehen, werden von den Krankenkassen nicht vergütet.
5. Jede durchgeführte Einzelfahrt ist am Tage der Leistungsabgabe vom Versicherten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschrift entweder auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder dem Genehmigungsschreiben der zuständigen Krankenkasse zu bestätigen. Erfolgt die Bestätigung durch einen Vertreter ist der Ausnahmegrund und der Klurname der Vertretungsperson hinzuzusetzen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig. Sofern ein formloses Beiblatt verwendet wird, sind darauf Name des Versicherten, Daten der Fahrten, Anschrift von Fahrbeginn und Fahrende zu vermerken. Sofern für die Abrechnung von Serienfahrten ein formloses Beiblatt der Behandlungseinrichtung mit den bestätigten Behandlungsterminen verwendet wird, ist eine Unterschrift des Versicherten bzw. eines Bevollmächtigten ausreichend. Die Bestätigung durch Mitarbeiter des Leistungserbringers ist unzulässig und stellt einen Vertragsverstoß dar.

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

6. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten mit den Vorschriften entsprechenden, technisch einwandfreien und sauberen Beförderungsmitteln durch entsprechend qualifizierte Fahrer befördert werden.

**§ 6
Auftragsvergabe**

1. Die Auftragsvergabe erfolgt durch den Versicherten. Betraut jedoch der Versicherte seine jeweilige Krankenkasse mit der Auftragsvergabe, wird diese in seinem Sinne tätig.

**§ 7
Vergütung**

1. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten (§§ 2, 12, 69 und 70 SGB V). Verstöße gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit gelten als schwerwiegende Vertragsverstöße (vgl. § 14).
2. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt abhängig von dem verordneten und genehmigten Beförderungsmittel gemäß den in den Anlagen 2a und 2b zu diesem Vertrag vereinbarten Preisen. Es dürfen ausschließlich Besetzt-km berechnet werden. Gegenüber den Krankenkassen kann nur die kürzeste Wegstrecke abgerechnet werden. Die Angabe und Abrechnung der Wegstrecke erfolgen auf 100 m genau. Als Fahrleistung wird die durch einen marktüblichen Routenplaner (z. B. Google Maps, Falk) in der aktuellen Version errechnete wirtschaftliche Wegstrecke zugrunde gelegt. Dazu werden auf der Rechnung jeweils der Abholort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) und der Zielort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) vom Leistungserbringer angegeben. Wenn längere Strecken erforderlich sind, z.B. durch Baustellen, sind diese zu begründen.
3. Zeitlich und Routen bezogen zusammenfallende Krankenfahrten mehrerer Personen werden zu einer Fahrt zusammengefasst und unter Anwendung der Vergütungsregelungen für Sammelfahrten abgerechnet. Die gleichzeitige Beförderung von bis zu drei Personen (Sammelfahrt) ist grundsätzlich zulässig, soweit das Fahrzeug dafür geeignet ist und die Fahrgäste hierdurch weder gefährdet noch in sonstiger Weise unzumutbar beeinträchtigt werden. Für Sammelfahrten sind die dafür vorgesehenen Vergütungspositionen anzuwenden.
4. 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.
5. Bei den vereinbarten Preisen handelt es sich gemäß § 133 Abs. 1 Satz 4 SGB V um Höchstpreise.
6. Mit der vereinbarten Vergütung sind sämtliche Leistungen, die mit der Krankenförderung in Zusammenhang stehen, abgegolten. Zusätzliche Entgelte – mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 61 Abs. 1 SGB V – dürfen vom Versicherten nicht verlangt werden. Für Begleitpersonen, Gepäck und notwendige Hilfsmittel der im Rahmen der

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

Krankenförderung transportierten Versicherten ist weder ein gesondertes Entgelt zu erheben noch eine seitens der Krankenkassen gesondert ausgestellte Genehmigung erforderlich.

7. Den Krankenkassen ist es in Einzelfällen gestattet, für Fernfahrten ab einer Wegstrecke von 50 Besetzkilometern bei Taxi- und Mietwagenunternehmern Preisangebote einzuholen und dem wirtschaftlichsten Angebot den Fahrauftrag zu erteilen.

§ 8 Zuzahlung des Versicherten

1. 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.
2. Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung der oder des Versicherten keine weiteren Zahlungen gefordert werden. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt. Die Vereinbarung einer Zusatzleistung darf nicht zur Bedingung einer Vertragsleistung werden.
3. Krankenfahrten werden nach §§ 2 und 60 SGB V als Sachleistung erbracht. Daher dürfen die Kosten dieser Fahrten mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung gemäß Abs. 1 bzw. schriftlich vereinbarter privater Zusatzleistungen nach Abs. 2, den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden dürfen den Versicherten ebenfalls nicht in Rechnung gestellt werden.
4. Der Abzug der Zuzahlung entfällt, wenn der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer seine Befreiung von der Zuzahlung nachweist.

§ 9 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Leistungserbringer 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 (ARGE IK), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
3. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der ARGE IK unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

4. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den Krankenkassenverbänden bei Abschluss des Vertrages mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
5. Das für die Krankenkassen erteilte IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten IK.
6. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der ARGE IK 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.

§ 10 Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen (im folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt – abrufbar unter www.datenaustausch.de) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.
2. Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
3. Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2 SGB V).
4. Die vollständige ärztliche Verordnung ist zusammen mit der Rechnung bei der Krankenkasse oder deren Abrechnungszentrum einzureichen.

Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter und Leistungszusagen der Krankenkasse im Original bzw. Behandlungsbestätigung der Einrichtung bei Dauergenehmigung durch die Krankenkasse,
- IK des Vertragspartners/Leistungserbringers
- Einzelaufstellung der Fahrgäste
- Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anhang) je Fahrgast, ggf. Anzahl der Leistungen
- Beförderungstag
- Besetztkilometer:(einfache Wegstrecke)

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

- 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).

5. Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal in einer Rechnung. Die maschinell verwertbaren Daten nach Absatz 1 sind an die von den Krankenkassen 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.

6. 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 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 Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

7. Der Leistungserbringer übermittelt folgende Angaben:

- IK des Leistungserbringers (§ 9),
- 6-stellige Positionsnummer sowie Faktor der Fahrt(en),
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.

8. 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.

Übersteigt die gesetzliche Gesamtzuzahlung des Versicherten den gegenüber der Krankenkasse abrechnungsfähigen Betrag, so ist die Differenz zwischen dem abrechnungsfähigen Betrag und der Gesamtzuzahlung vom Gesamtrechnungsbetrag des Leistungserbringers abzuziehen.

9. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

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.

10. 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 Rechnungsteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen. 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).

Nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen müssen Beanstandungen schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers innerhalb von 6 Monaten mit der Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der zuständigen 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. Dies gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i.S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt.

11. Einsprüche gegen Beanstandungen sind vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der Beanstandungen schriftlich geltend zu machen. Sollten Einsprüche in diesem Zeitraum nicht erfolgen, gelten die Beanstandungen als berechtigt.

12. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 21 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.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

(Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Krankenkasse gem. § 303 SGB V nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen weisen die Krankenkassen zurück.

Jede Rechnungslegung nach Ziffer 4 kann unabhängig von der Zahl der enthaltenen Abrechnungsfälle nur einmal die Verzugsfolgen nach § 288 BGB auslösen.

13. Überträgt eine Einrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Den Krankenkassenverbänden 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.

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 der Krankenkasse durch Einschreiben-Rückschein 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.

14. 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 den Krankenkassenverbänden vorzulegen.

15. Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich, bis zum Monatsletzten Werktag des auf den Tag der Leistungserbringung bzw. auf die Genehmigung folgenden Monats, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Tag der Leistungserbringung bzw. Genehmigung, per Sammelabrechnung mit den von der zuständigen Krankenkasse benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen. Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei den von der zuständigen Krankenkasse benannten Daten- und Belegannahmestellen eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die zuständige Krankenkasse von ihrer Zahlungsverpflichtung.

16. 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

(BlnfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist für die Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 11

Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

Sofern sich ein, mehrere oder alle Leistungserbringer oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Krankenkassen/-verbänden darüber verständigen, können in dem jeweiligen Verhältnis einzelne, mehrere oder alle nicht elektronischen Prozesse dieses Vertrages auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die ärztliche Verordnung (Muster 4).

§ 12

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 mit Personenbezug, 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/deren 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.

§ 13

Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot

1. Eine Beeinflussung des verordnenden Arztes oder des Versicherten mit dem Ziel, eine unwirtschaftliche oder über das Maß der zwingend medizinischen Notwendigen hinausgehenden 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. Kooperationen mit Dritten (z. B. Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeheimen), die dazu führen können, dass die freie Wahl des Patienten unter den Anbietern von Krankenfahrten bzw. Krankentransportleistungen eingeschränkt wird, dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkassenverbände eingegangen werden.

§ 14

Vertragsverstöße

1. Vertragsverstöße sind Zuwiderhandlungen gegen die Verpflichtungen aus diesem Vertrag.
2. Bei Verdacht eines Vertragsverstoßes wird der gegenständliche Sachverhalt von den betroffenen Vertragsparteien gemeinsam aufgeklärt. Der Leistungserbringer hat auf Aufforderung der jeweils betroffenen Krankenkassen alle Originalunterlagen, Belege, Bescheinigungen und sonstige Unterlagen oder elektronische gespeicherte Informationen, die für die Aufklärung relevant sind, an die jeweilige Krankenkasse innerhalb von 7 Tagen herauszugeben. Die Einsichtnahme kann auch in den Räumen des

Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen

Leistungserbringers erfolgen. Ergibt sich nach Einsicht der Unterlagen ein Vertragsverstoß, hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen Stellung zu nehmen.

3. Bei schweren Verstößen gegen diese Vereinbarung oder wiederholt festgestellten Vertragsverstößen kann die jeweils betroffene Krankenkasse gegen den Unternehmer nach erfolgter Anhörung gem. Abs. 2 eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 3.000,00 EUR festsetzen oder diese Vereinbarung fristlos kündigen. Schwere Verstöße gegen diese Vereinbarung sind insbesondere:
- strafbares Handeln oder den Versuch hierzu,
 - der Abrechnung nicht oder teilweise nicht erbrachter Leistungen,
 - Verstöße gegen § 13,
 - weitere schwere Verstöße im Sinne von Absatz 6.

Zusätzlich zur Vertragsstrafe sind den betroffenen Krankenkassen der tatsächlich entstandene Schaden und der dadurch zusätzlich verursachte Aufwand zu ersetzen. Des Weiteren finden die Ausführungen des § 197 a Abs. 4 SGB V uneingeschränkt Anwendung (z.B. Strafanzeige).

Der Leistungserbringer verzichtet auf die Einrede des Fortsetzungszusammenhanges. Im Falle der Nichtzahlung der Vertragsstrafe besitzen die Krankenkassen das Recht zur sofortigen fristlosen Kündigung dieses Vertrages.

4. Ist der Leistungserbringer nicht in der Lage, die in Abs. 2 genannten Unterlagen oder Informationen innerhalb von 7 Tagen den betroffenen Krankenkassen zur Verfügung zu stellen oder weigert er sich, gilt hiermit der Vertragsverstoß als festgestellt. In diesem Fall ist eine Vertragsstrafe nach Abs. 3 sofort fällig.
5. Bei schwerwiegenden oder mehrmaligen Verstößen gegen diesen Vertrag, besitzen die Krankenkassen das Recht zur sofortigen fristlosen Kündigung des Vertrages.
6. Als schwerwiegende Verstöße gegen diese Vereinbarung gelten insbesondere:
- a) Schädigung von Versicherten infolge Pflichtverletzungen des Leistungserbringers bzw. seiner Mitarbeiter,
 - b) Leistungserbringung durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal,
 - c) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - d) Abrechnung von Sammelfahrten als Einzelfahrten,
 - e) Abrechnung von fremd genutzten Fahrtunterbrechungen,
 - f) Veränderung der Verordnung, durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter,
 - g) Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen oder Zuzahlungen von Versicherten über den gesetzlichen Eigenanteil hinaus; hiervon ausgenommen sind zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer vereinbarte Mehrkosten für Leistungen gemäß § 5 Abs. 3.
 - h) Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder sonstigen Zuwendungen für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen,
 - i) Erhöhung des Fahrpreises um die gesetzliche Zuzahlung,
 - j) Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot,

- k) wiederholte oder schwerwiegende Verstöße gegen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen,
- l) Vordatierung oder Vorquittierung von noch nicht erbrachten Leistungen,
- m) Vornahme von Bestätigungen gemäß § 5 Abs. 4 durch Mitarbeiter des Leistungserbringers.
- n) Personenbeförderung ohne gültige Genehmigungsurkunde gemäß Personenbeförderungsgesetz,
- o) Verwendung von Fahrzeugen, die für die Beförderung von Fahrtragen oder Rollstühlen nicht geeignet und/oder nicht zugelassen sind,
- p) das Mitführen von Tieren,
- q) Sonstige Abrechnungsmanipulationen oder Verstöße gegen den Vertrag, die als Abrechnungsbetrug oder der Versuch hierzu zu werten sind,
- r) Zuwiderhandlungen gegen § 13 dieser Vereinbarung.

§ 15

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.

§ 16

Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am xx.xx.202x in Kraft und ersetzt ab diesem Datum eventuell vorhandene bisherige Verträge.
2. Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum xx.xx.202x, gekündigt werden.
3. Die Vereinbarung über die Höchstpreise gemäß Anlage 2a/2b (Vergütungsanlage) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden.
4. Sofern der Vertrag oder die Anlagen nach anderen Rechtsverordnungen genehmigt oder angezeigt werden muss, ist dies durch den Leistungserbringer sicherzustellen.
5. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
6. Die Kündigung nur eines Krankenkassenverbandes oder einer Krankenkasse berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsparteien.

**Beförderungsvertrag über die Durchführung von Sitzend-Krankenfahrten gem. § 60 SGB
V i. V. m. § 133 SGB V in der Stadtgemeinde Bremen**

Datum: _____

Datum: _____

Name Taxiunternehmen

AOK Bremen/Bremerhaven

Datum: _____

BKK Landesverband Mitte, Landesvertre-
tung Bremen, zugleich für die Knappschaft
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Datum: _____

IKK gesund plus,
handelnd als IKK-Landesverband für das
Land Bremen, zugleich für die SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Datum: _____

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Bremen