

# Vertrag

zwischen

dem Transportunternehmen

«Firma»  
«Vorname» «Name»  
«StraßeNr»  
«PLZ» «Ort»

IK: «IK»  
(im folgenden Beförderer genannt)

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**  
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankenfahrten mit Mietwagen für die Versicherten der Ersatzkassen nach § 60 SGB V. Er gilt für Beförderer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach § 17 des Personen-Beförderungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung sind. Jede Veränderung zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) ist der Landesvertretung unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.
2. Gilt dieser Vertrag für einen Verband, sind die Mitglieder des Verbandes in der Anlage 2 unter Angabe des Institutionskennzeichens aufzulisten. Der Verband verpflichtet sich, Aktualisierungsbedarf der Anlage 2 durch Hinzukommen oder Wegfall von Beförderern und Veränderungen zur Gültigkeit der Genehmigungsurkunde(n) der vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich unter Angabe des Institutionskennzeichens des Beförderers mitzuteilen. Abrechnungen von Beförderern, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind, werden von den Ersatzkassen abgewiesen.

## **§ 2 Leistungserbringung**

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

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

## **§ 3 Wirtschaftlichkeit**

1. Die Beförderung hat zweckmäßig und wirtschaftlich nach § 12 Abs. 1 SGB V zu erfolgen. Der Beförderer ist verpflichtet, die Fahrt auf der kürzesten Fahrtstrecke durchzuführen. Gegenüber den Ersatzkassen kann nur die kürzeste auf der Verordnung eingetragene Verbindung abgerechnet werden.
2. Verstöße gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit gelten als Vertragsverstöße und berechtigen zur sofortigen, fristlosen Vertragskündigung.

3. Weitere Vertragsverstöße können mit einer Vertragsstrafe oder Vertragskündigung geahndet werden, hierzu zählen z. B.:

- Erhöhung des Fahrpreises um den Eigenanteil
- 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.

#### **§ 4 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. 12 SGB V i. V. m. Anlage 2 der Richtlinien festgelegt hat,
- b) Fahrten von/zu einer stationären Behandlung bei einer Wegstrecke von mehr als 50 Besetzkilometern,
- c) Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder §115b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt oder diese nicht ausführbar ist bei einer Wegstrecke von mehr als 50 Besetzkilometern,
- d) Verlegungsfahrten.

2. Für Krankenfahrten nach Abs. 1. ist in der Regel vor Durchführung der Fahrt eine Genehmigung bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse einzuholen. Die Genehmigung ist grundsätzlich schriftlich und unter Vorlage der ärztlichen Verordnung zu beantragen.

3. Ein Anspruch auf Vergütung einer Krankenfahrt nach Abs. 1 besteht erst, wenn bei der Abrechnung die ärztliche Verordnung und die schriftliche Genehmigung jeweils im Original vorliegt.

#### **§ 5 Vergütung**

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt abhängig von dem verordneten und genehmigten Transportmittel nach den in diesem Vertrag vereinbarten Preisen (Anlage I, II bzw. III).

2. Gemäß § 60 Abs.2 Satz 1 SGB V zieht der Beförderer die jeweils gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je einfacher Fahrt und je Versicherten direkt vom Versicherten ein und setzt diese vom Rechnungsbetrag ab. Die Zuzahlung ist entsprechend § 61 Satz 4 SGB V vom Beförderer zu quittieren. Für Mehrkosten gilt § 3 Abs.4 dieses Rahmenvertrages.

## **§ 6 Datenschutz**

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

## **§ 7 Verwendung des Institutionskennzeichens**

1. Jeder Beförderer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jeden einzelnen Betrieb ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

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

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

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

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

## **§ 8 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 vdek, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen Vertragspartner zunächst eine Erprobungsphase 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/Beförderer kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat.

Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Vertragspartner/Beförderer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. 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.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

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

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

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

Die Abrechnung enthält folgende Angaben:

- IK des Vertragspartners/Beförderers
- Einzelaufstellung der Fahrgäste
- Positionsnummer(n) der erbrachten Beförderungsleistungen laut Entgeltvereinbarung (Anlage I, II und III) 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/Beförderer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die von den Versicherten an den Vertragspartner/Beförderer insgesamt gezahlten Eigenanteile sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

8. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Preisliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Preisliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Preisliste aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

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

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Vertragspartners/Beförderers - 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/Beförderers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Vertragspartners/Beförderers 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.

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

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

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

Hat der Vertragspartner/Beförderer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss der Vertragspartner/Beförderer 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.

## § 9 Vertragsdauer

1. Dieser Vertrag tritt am **1.5.2014** in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.6.2015 schriftlich gekündigt werden.
2. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsliste nicht berührt. Für die Kündigung der Vergütungsliste gilt die dort geregelte Frist.

## § 10 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.

Dresden, den.....

Ort, Datum .....

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

\_\_\_\_\_  
Beförderer

# Anlage I

zum Vertrag zwischen dem vdek und  
«Firma», «Vorname» «Name»  
«StraßeNr», «PLZ» «Ort»

## Entgeltvereinbarung für Krankenfahrten mit Mietwagen

Schlüssel Leistungserbringergruppe: 46 13 186

### Vergütung für Mietwagenbetriebe

Bezeichnung der Leistung	Entgelt je Besetzt-km
Einzelfahrt bis 20 km	1,30 €/Besetztkilometer
Einzelfahrt über 20 Km	1,25 €/Besetztkilometer

### Positionsnummernverzeichnis

Siehe Anhang zur Anlage 1

Diese Vergütungsvereinbarung tritt am **1.5.2014** in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.6.2015 schriftlich gekündigt werden.

### Erläuterungen

- 1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Transporteur die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- 2) Gemäß § 60 Abs.2 Satz 1 SGB V zieht der Beförderer die jeweils gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je einfacher Fahrt und je Versicherten direkt vom Versicherten ein und setzt diese vom Rechnungsbetrag ab. Die Zuzahlung ist entsprechend § 61 Satz 4 SGB V vom Beförderer zu quittieren. Für Mehrkosten gilt § 3 Abs. 4 dieses Rahmenvertrages.
- 3) Bei Sammelfahrten ist folgende Regelung anzuwenden:

Werden mehrere Personen transportiert, so sind diese Kosten anteilig der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten in Rechnung zu stellen. Die entsprechend gefahrenen Kilometer sind durch die Anzahl der Fahrgäste zu teilen. Die daraus ermittelte anteilige Fahrstrecke ist mit o. g. Vergütung zu multiplizieren.



# Anhang zur Anlage 1

## Positionsnummernverzeichnis für Mietwagen

Positionsnummern				Erläuterung/Bezeichnung der GPos	Preis je Einheit	Einheit
1. Stelle	2. Stelle	3. + 4. Stelle	5. + 6. Stelle			
6	1	30	01	Krankenhausbehandlung, voll- oder teilstationär	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	02	Krankenhausbehandlung, vor- oder nachstationär	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	03	Verlegung	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	04	Verlegung mit Genehmigung der Kasse	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	05	ambulante Behandlung im Krankenhaus	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	10	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	20	genehmigte Fahrt zur ambulanten Behandlung	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	30	genehmigte Serienfahrt zur ambulanten Behandlung	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	31	genehmigte Serienfahrt zur Bestrahlung	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	32	genehmigte Serienfahrt zur Chemotherapie	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	30	33	Sonstige genehmigte Serienfahrt	1,30 €	je Besetzt-km für Fahrten bis 20 km
6	1	31	01	Krankenhausbehandlung, voll- oder teilstationär	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	02	Krankenhausbehandlung, vor- oder nachstationär	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	03	Verlegung	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	04	Verlegung mit Genehmigung der Kasse	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	05	ambulante Behandlung im Krankenhaus	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	10	ambulante Operation gem. § 115 b SGB V	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	20	genehmigte Fahrt zur ambulanten Behandlung	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	30	genehmigte Serienfahrt zur ambulanten Behandlung	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	31	genehmigte Serienfahrt zur Bestrahlung	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	32	genehmigte Serienfahrt zur Chemotherapie	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km
6	1	31	33	Sonstige genehmigte Serienfahrt	1,25 €	je Besetzt-km für Fahrten über 20 km