

VERTRAG

gemäß § 133 SGB V

über Krankenförderung mit behinderungsgerechten Fahrzeugen
(insbesondere von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern, Transporten im Tragestuhl bzw.
nichtqualifizierten Liegendtransporten)

zwischen

Leistungserbringer

IK: xxx

LEGS: xxx

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

und

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)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

(im Folgenden vdek-Landesvertretung Bayern genannt)

Inhalt

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Verordnung und Genehmigung	3
§ 3 Leistungserbringung	4
§ 4 Auftragsvergabe	5
§ 5 Vergütung	5
§ 6 Zuzahlung des Versicherten	6
§ 7 Verwendung des Institutionskennzeichens	6
§ 8 Abrechnungsregelung	7
§ 9 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren	12
§ 10 Datenschutz und Schweigepflicht	12
§ 11 Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot	13
§ 12 Vertragsverstöße	13
§ 13 Inkrafttreten und sonstige Bestimmungen	14
§ 14 Salvatorische Klausel	15
Anlage 1	16
Anlage 2	17

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankenfahrten mit behinderungsgerechten Fahrzeugen (insbesondere von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern, Transporte im Tragestuhl bzw. nichtqualifizierten Liegendtransporten) für die Versicherten der Ersatzkassen nach § 60 SGB V. Er gilt für Beförderer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach dem Personen-Beförderungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung sind.

§ 2 Verordnung und Genehmigung

1. Krankenfahrten können sowohl von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als auch von Vertragszahnärzten verordnet werden; im Folgenden ärztlich verordnete Krankenfahrten genannt.
2. In § 60 SGB V i. V. m. der Krankentransport-Richtlinie wird zwischen genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Krankenfahrten unterschieden. Ob eine ärztlich verordnete Krankenfahrt der vorherigen Genehmigung der Ersatzkasse bedarf, ergibt sich aus der Kennzeichnung der Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) unter „1. Grund der Beförderung“.

A – Genehmigungsfreie Krankenfahrten

Voraussetzung für die Durchführung einer genehmigungsfreien Krankenfahrt ist eine als solche gekennzeichnete vollständig ausgefüllte und gültige ärztliche Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4).

B – Genehmigungspflichtige Krankenfahrten

Genehmigungspflichtige Krankenfahrten können nur auf Grundlage einer schriftlich erteilten Genehmigung der Ersatzkasse durchgeführt werden. In diesen Fällen verbleibt die ärztliche Verordnung (Muster 4) bei der Ersatzkasse.

3. 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.
4. Die ärztliche Verordnung bzw. die Genehmigung der Ersatzkasse ist nicht übertragbar. Sie gilt jeweils nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.

5. Ist ein anderes Beförderungsmittel erforderlich, ist eine erneute Verordnung einer Krankenförderung einzuholen. Wenn es sich um eine genehmigungspflichtige Fahrt nach 2 B handelt, ist eine erneute schriftliche Genehmigung der Ersatzkasse erforderlich.

§ 3 Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer muss die Fahrt so planen, dass der Versicherte rechtzeitig zur Behandlung eintrifft. Über Verspätungen informiert der Leistungserbringer den Versicherten rechtzeitig.
2. Sofern sich aus der ärztlichen Verordnung bzw. dem Genehmigungsschreiben der Ersatzkasse 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. 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 Ersatzkasse 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. der Vertretungsperson ausreichend.
4. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten mit den Vorschriften entsprechenden, technisch einwandfreien und sauberen Beförderungsmitteln durch entsprechend qualifizierte Fahrer befördert werden.
5. Mehrkosten für Leistungen, die durch persönliche Wünsche des zu befördernden Versicherten oder einer Begleitperson entstehen, werden von den Ersatzkassen nicht vergütet.
6. Die Beförderer sind verpflichtet, nach Möglichkeit Sammelfahrten zu organisieren, sofern dadurch die Qualität der Beförderung nicht eingeschränkt wird.

§ 4 Auftragsvergabe

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

§ 5 Vergütung

1. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten (§§ 2, 12, 69 und 70 SGB V).
2. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt abhängig von der Art der Beförderung gemäß den in den Anhängen zu diesem Vertrag vereinbarten Preisen. Es dürfen ausschließlich Besetzt-km berechnet werden. 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. 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.
4. 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 Krankenförderung transportierten Versicherten ist weder ein gesondertes Entgelt zu erheben noch eine seitens der Krankenkassen gesondert ausgestellte Genehmigung erforderlich.

§ 6 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, 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.
5. Es gilt § 43c SGB V (Zahlungsweg).

§ 7 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jeden einzelnen Betrieb ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
3. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der ARGE IK und der vdek-Landesvertretung Bayern unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

4. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der vdek–Landesvertretung Bayern bei Abschluss des Vertrages mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
5. 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 unbekannten IK.
6. Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der ARGE IK 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 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
- Besetzkilometer :(einfache Wegstrecke)
- Bruttobetrag je Fahrgast und Tag
- ggf. abgesetzter Eigenanteil je Fahrt.
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

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 Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

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

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 Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Die entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlung sind nicht von den Ersatzkassen zu verantworten.

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

7. Der Leistungserbringer übermittelt folgende Angaben:

- IK des Leistungserbringers (§ 7),
- 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.

9. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 6-stelligen Positionsnummern zu verwenden.

10. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkassen. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

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

Nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen müssen Beanstandungen 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 Ersatzkasse 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 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 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse gem. § 303 SGB V nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen weisen die Ersatzkassen zurück.

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

13. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber unter Vorlage der legitimierenden Urkunde zu informieren. Der vdek-Landesvertretung 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 oder Forderungsübertragung, 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 Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein oder E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

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 der vdek-Landesvertretung 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 Monates, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Tag der Leistungserbringung bzw. Genehmigung, per Sammelabrechnung mit den von der Ersatzkasse 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 Ersatzkasse benannten Daten- und Belegannahmestellen eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die Ersatzkasse von ihrer Zahlungsverpflichtung.

§ 9 **Regelungen zu IT-gestützten Verfahren**

Sofern sich ein, mehrere oder alle Leistungserbringer oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Ersatzkassen 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).

§ 10 **Datenschutz und Schweigepflicht**

1. Der Leistungserbringer ist gesetzlich verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 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 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.

§ 11

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.

§ 12

Vertragsverstöße

Jegliche Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen stellen Vertragsverstöße nach dieser Vereinbarung dar.

1. Bei Vertragsverstößen können die Ersatzkassen nach Anhörung des Leistungserbringers unter Beteiligung des *Leistungserbringers/Taxiverbandes Bayern* über geeignete Maßnahmen befinden. Die Bekanntgabe des Anhörungstermins erfolgt durch den vdek; für den Fall der unentschuldigten Nichtteilnahme des Leistungserbringers und/ oder des Verbandes gelten diese als angehört.

Als Verstöße gegen diesen Vertrag gelten insbesondere:

- Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen
- Erhöhung des Fahrpreises um den Eigenanteil
- eigenmächtige Veränderung von Verordnungen oder Genehmigung (Ausnahme: Stammdaten des Versicherten, z. B. bei Wechsel der Krankenkasse oder Änderung des Namens)
- Zusammenarbeit mit Dritten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Leistungserbringers durch den Versicherten durch den Unternehmer beeinflusst wird (z.B. Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen)
- Sonstige Abrechnungsmanipulationen
- Gegenüber den Ersatzkassen abgerechnete fremdgenutzte Fahrtunterbrechungen
- Verstoß gegen die Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes
- Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip (§ 6 Abs.2)

Bei Vertragsverstößen der vorgenannten Art kann die Ersatzkasse vom LE eine Vertragsstrafe von bis zu 500,00 € geltend machen. Darüber hinaus ist der Ausschluss des Leistungserbringers vom Vertrag möglich.

2. Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen. Des Weiteren finden die Ausführungen des § 197 a Abs. 4 SGB V uneingeschränkt Anwendung (z.B. Strafanzeige).

§ 13

Inkrafttreten und sonstige Bestimmungen

Dieser Vertrag tritt am **xxx** in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens jedoch zum **xxx** gekündigt werden. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung verlieren vorherig geschlossene Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern gemäß § 133 SGB V über die Durchführung von Krankenförderung mit behinderungsgerechten Fahrzeugen (insbesondere von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern, Transporte im Tragestuhl bzw. nichtqualifizierten Liegendtransporten) im gegenseitigen Einvernehmen ihre Gültigkeit.

Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Preis- bzw. Vergütungsvereinbarung (Anlagen zum Vertrag) nicht berührt. Für die Kündigung der Preis- bzw. Vergütungsvereinbarung gilt die dort geregelte Frist.

§ 14
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.

München, den xxx

Ort, Datum

Verband der Ersatzkassen e.V.
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

Leistungserbringer
xxx

Anlage 1

Rechnung Krankenfahrten

Adresse/Abrechnungsstelle der Krankenkasse: _____

Leistungserbringer: xxx

Genehmigung von: _____

Fahrgast			Angaben zu den Fahrten			Erbrachte Leistung		Abrechnung	
lfd. Nr.	Name	Vorname	Datum	Ausgangsort Zielort	Strecke je Fahrt	Abrechnungs- positions- nummer	Weitere APN	Brutto- Betrag in Euro	Zuzahlung in Euro
Brutto-Summe									
abzüglich Summe der Eigenanteile:									
Netto-Rechnungsbetrag									

Die Krankenfahrten wurden nach den derzeit gültigen vertraglichen Regelungen abgerechnet.

Datum

Unterschrift und Stempel

Anlagen: ____ VO über Krankenförderungen, ____ Kostenzusagen der Krankenkasse

Anlage 2

Vergütungsvereinbarung für Krankenfahrten mit behinderungsgerechten Fahrzeugen (insbesondere von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern, Transporte im Tragestuhl bzw. nichtqualifizierten Liegendtransporten)

Name des Leistungserbringers: xxx

IK: xxx

LEGS: xxx

Positionsnummer	Bezeichnung der Leistung	Gebühr in Euro
740100 (Tragestuhl) 750100 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 760100 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Einzelfahrt, Pauschale je Fahrt bis 10 Besetzt-KM	
743000 (Tragestuhl) 753000 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 763000 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Einzelfahrt, ab dem 11. Besetzt-KM zusätzlich zur Pauschale; pro Besetzt-KM	
740200 (Tragestuhl) 750200 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 760200 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Sammelfahrt – ab 2 Personen – Pauschale je Fahrt und je Person bis 10 BKM	
743100 (Tragestuhl) 753100 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 763100 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Sammelfahrt – ab 2 Personen – ab dem 11. BKM – Je Fahrt und je Person – zusätzlich zur Pauschale – pro BKM	
740130 (Tragestuhl) 750130 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 760130 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Serienfahrt, Pauschale je Fahrt bis 10 Besetzt-KM	
743030 (Tragestuhl) 753030 (nicht umsetzbarer Rollstuhl) 763030 (nicht qualifiz. Liegendtransport)	Serienfahrt, ab dem 11. Besetzt-KM zusätzlich zur Pauschale; pro Besetzt-Km	

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 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 Beförderer zu quittieren. Für Mehrkosten gilt § 2 Abs. 5 dieses Vertrages.
- (3) Bei Sammelfahrten mit Versicherten verschiedener Krankenkassen sind die Kosten anteilmäßig der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung zu stellen. Sammelfahrten bei denen es sich um Serienfahrten handelt werden nach der Regelung der Sammelfahrten vergütet.
- (4) Diese Preisvereinbarung gilt für Fahrten ab dem xxx und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum xxx gekündigt werden.
- (5) Im Falle der Kündigung der Preisvereinbarung gelten die bisherigen Preise bis zum Zustandekommen einer Folgevereinbarung fort.

München, den xxx

Ort, Datum

Verband der Ersatzkassen e.V.
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

Leistungserbringer
xxx