

# Vertrag

Zwischen dem Leistungserbringer

«Firma» «Vorname» «Name»

«StraßeNr»

0«PLZ» «Ort»

IK: «IK»

**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 die Leiterin der  
**Landesvertretung Sachsen**

(im Folgenden vdek-Landesvertretung Sachsen genannt)

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von Krankenfahrten für die Versicherten der Ersatzkassen nach § 60 SGB V i. V. m. § 7 Krankentransport-Richtlinie. Er gilt für Leistungserbringer, die im Besitz einer gültigen Genehmigungsurkunde nach dem Personen-Beförderungsgesetz in der jeweils gültigen Fassung sind.

## **§ 2 Leistungserbringung**

Krankenfahrten können sowohl von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als auch von Vertragszahnärzten verordnet werden; im Folgenden ärztlich verordnete Krankenfahrten genannt. 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 (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.

1. Zur Durchführung von Krankenfahrten verpflichtet sich der Leistungserbringer, grundsätzlich innerhalb von 30 Minuten beim Versicherten einzutreffen. Über Verspätungen informiert der Leistungserbringer den Versicherten innerhalb der genannten Zeit. Bei vereinbarten Terminen sind Verspätungen vor dem Termin bekanntzugeben.

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. Die ärztliche Verordnung bzw. die Genehmigung der Ersatzkasse ist nicht übertragbar. Sie gilt jeweils nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
4. 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. 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. Für die ordnungsgemäße Abrechnung ist bei Serienfahrten für jede Abrechnung eine Unterschrift des Versicherten ausreichend.
5. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten mit den Vorschriften entsprechenden, technisch einwandfreien und sauberen Beförderungsmitteln durch entsprechend qualifizierte Fahrer befördert werden.

### **§ 3**

#### **Vertragsverstöße**

1. Bei Vertragsverstößen können die Ersatzkassen nach Anhörung des Leistungserbringers unter Beteiligung des Leistungserbringers über geeignete Maßnahmen befinden. Die Bekanntgabe des Anhörungstermins erfolgt durch den vdek; für den Fall der unentschuldigten Nichtteilnahme des Leistungserbringers 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

Die zuvor genannten Vertragsverstöße werden mit 500,00 € je Fall geahndet. 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).

#### **§ 4 Genehmigung**

1. Eine Genehmigung der zuständigen Kasse muss vorliegen für:
  - a) Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V i.V. m. Anlage 2 der Richtlinie festgelegt hat,
  - b) Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung,
  - c) Verlegungsfahrten.

Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung gemäß § 60 Abs. 1 SGB V als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „B1“ oder „H“,
- eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
- eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12.

2. Für Krankenfahrten und nichtqualifizierte Krankentransporte gemäß Abs. 1 ist 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/ eines nichtqualifizierten Krankentransportes gemäß Abs. 1 besteht erst, wenn bei der Abrechnung gemäß § 8 Abrechnungsregelung für genehmigungsfreie Fahrten die ärztliche Verordnung und für genehmigungspflichtige Fahrten die schriftliche Bewilligung/Genehmigung der leistungspflichtigen Ersatzkasse im Original vorliegt.

## **§ 5 Vergütung**

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt abhängig von der Art der Beförderung gemäß den in den Anlagen 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.

2. 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.
3. 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.
4. Mit der vereinbarten Vergütung sind sämtliche Leistungen, die mit der Krankenbeförderung in Zusammenhang stehen, abgegolten. Zusätzliche Entgelte – mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 61 Abs. 1 SGB V – dürfen vom Versicherten nicht verlangt werden. Dies schließt die Beförderung von Begleitpersonen mit ein. Für Begleitpersonen der im Rahmen der Krankenbeförderung transportierten Versicherten ist weder ein gesondertes Entgelt zu erheben noch eine seitens der Krankenkassen gesondert ausgestellte Genehmigung erforderlich.

## § 6 Datenschutz und Schweigepflicht

1. Der Leistungserbringer ist gesetzlich verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend 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 Betriebs-geheimnisse, 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 der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

## **§ 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 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 XY 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 XY 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 unbekanntem 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 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.

Der Abrechnung einer genehmigungsfreien Krankenfahrt ist die ärztliche Verordnung im Original und der Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Krankenfahrt die Genehmigung der Krankenkasse im Original beizufügen.

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).

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 werden den betroffenen Leistungserbringern von den Ersatzkassen 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. (Keine Lieferung von Echt-(ESOL 0.xxx) oder Testdaten (TSOL 0.xxx))

2. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Postfach, 10926 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 von den einzelnen Leistungserbringern zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen bzw. den von ihnen benannten Stellen 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 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 der Einrichtung keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden von der Einrichtung 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 je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. 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.
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. 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 Belegzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

6. Der Leistungserbringer übermittelt folgende Angaben:

- IK des Leistungserbringers (§ 8),
- 6-stellige Positionsnummer sowie Faktor der Fahrt(en),
- Rechnungs- und Belegnummer,
- 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 von den Versicherten an den Leistungserbringer insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

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

8. 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.

9. 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 der Einrichtung verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Einrichtung 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.

10. 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.
11. 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 Bearbei-

tung durch die zuständige Ersatzkasse gem. § 303 SGB V nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen weisen die Ersatzkassen zurück.

12. Überträgt eine Einrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber 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, 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 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.

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 vdek-Landesvertretung vorzulegen.
14. Der Anspruch auf Vergütung erbrachter Leistungen nach diesem Vertrag verjährt mit Ablauf von zwei Jahren nach Leistungserbringung.

**§ 9**  
**Vertragsdauer**

Dieser Vertrag tritt am 01.01.2024 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2024 gekündigt werden.

**§ 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 01.01.2024

---

Verband der Ersatzkassen e.V.  
Die Leiter/in der Landesvertretung Sachsen

---

Leistungserbringer