

**Vertrag über die Durchführung von Krankenfahrten nach
§ 133 Sozialgesetzbuch (SGB) V für Versicherte der AOK PLUS
im Freistaat Sachsen
Rahmenvertrag**

zwischen der

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Sternplatz 7, 01067 Dresden

vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch

Herrn Mike Stolle

(nachstehend „AOK PLUS“ genannt)

und dem

Landesverband Sächsischer Taxi- und Mietwagenunternehmen (LVS) e.V.

vertreten durch den Vorstand,

dieser hier vertreten durch

Herrn Jan Kepper

Vorstandsvorsitzender

(nachstehend „Fachverband“ genannt)

Anlagen:

- Anlage 1 Vergütungsvereinbarung für Krankenfahrten mittels Taxi
- Anlage 2 Vergütungsvereinbarung für Krankenfahrten mittels Mietwagen
- Anlage 3 Zusatzvereinbarung zur Vergütung behindertengerechter Krankenfahrten für nicht gehfähige Versicherte mittels Taxi/Mietwagen
- Anlage 4 Datenaustausch Abrechnungsregelungen
- Anlage 5 Datenaustausch Allgemeiner Überblick
- Anlage 6 Datenaustausch Rückantwort des Leistungserbringers
- Anlage 7 Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag

Präambel

Die Vertragspartner schließen im Nachfolgenden einen Vertrag über die Durchführung von Krankenfahrten für Versicherte der AOK PLUS im Freistaat Sachsen. Ein solcher Vertrag kann nach Überzeugung der Vertragsparteien nur dann einen dauerhaften Erfolg mit sich bringen, wenn die Beteiligten kooperativ zusammenarbeiten und im Wege beständiger Kommunikation dafür Sorge tragen, dass eine permanente Optimierung der Abläufe gesichert ist. Die Vertragspartner sind bestrebt, die hier getroffenen Vereinbarungen bei Bedarf auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen. Sie werden vertrauensvoll zusammenarbeiten. Das gemeinsame Ziel ist die flächendeckende Versorgung mit der Leistung „Krankenfahrt“.

§ 1

Vertragspartner und Leistungserbringer

- (1) Vertragspartner dieses Vertrages sind der Fachverband, aufgrund der Mandatierung durch die Sächsischen Taxi- und Mietwagenunternehmen und die AOK PLUS.
- (2) Durch Abgabe der Beitrittserklärung (Anlage 7 dieses Vertrages) erlangt das jeweilige Taxi- und/oder Mietwagenunternehmen (nachstehend „Leistungserbringer“ genannt) statusbegründenden Charakter, d. h., es tritt gegenüber der AOK PLUS als Leistungserbringer hinsichtlich der Erfüllung des konkreten Beförderungsvertrages mit allen nachfolgenden Rechten und Pflichten auf.

§ 2

Gegenstand und Anwendungsbereich des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages sind die Durchführung von Krankenfahrten sowie Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die für die Versicherten der AOK PLUS im Freistaat Sachsen im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig werden.

Für die Beförderung nicht umsetzbarer Rollstuhlpatienten bzw. unter Einbezug erforderlicher Trageleistungen in behindertengerecht ausgestatteten Taxibus und/oder Mietwagen gilt neben den vertraglichen Regelungen dieses Vertrages die Zusatzvereinbarung (Anlage 3 dieses Vertrages).

Dieser Vertrag regelt die Art und Weise der Durchführung sowie die Rechnungslegung und Vergütung der genannten Fahrten auf Grundlage von § 60 SGB V sowie bei Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf Grundlage des § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX mit Taxi und Mietwagen und für Leistungserbringer mit einem angemeldeten Betriebssitz im Freistaat Sachsen.

Er steht allen Leistungserbringern mit Betriebssitz im Freistaat Sachsen offen, die eine gültige Genehmigungsurkunde für den Verkehr nach §§ 47 und/oder 49 Personenbeförderungsgesetz (PBefG) in der jeweils gültigen Fassung besitzen und diesem Vertrag schriftlich beitreten.

- (2) Nicht unter diesen Vertrag fallen Beförderungen gemäß Sächsischem Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG). Dies beinhaltet Einsätze der Notfallrettung sowie qualifizierte Krankentransporte mittels Krankentransport- oder Rettungswagen. Ebenso ausgeschlossen ist die Beförderung im Liegen.

- (3) Der Vertrag und die entsprechenden Anlagen zur Vergütung werden vom Fachverband, im Namen der Taxiunternehmen, den zuständigen Genehmigungsbehörden zur Genehmigung oder Kenntnisnahme gemäß § 51 PBefG vorgelegt.
- (4) Die Vertragspartner streben pro Jahr eine Mindestfahrtenanzahl von 1.025.000 an.

§ 3 Leistungsberechtigung

- (1) Die Durchführung von Krankenfahrten durch die Leistungserbringer mit Abrechnung gegenüber der AOK PLUS setzt die Vorlage einer entsprechenden Genehmigungsurkunde nach § 2 Abs. 1 dieses Vertrages voraus.
- (2) Die Leistungsberechtigung gilt nur für den in der Genehmigungsurkunde genannten Leistungserbringer, für die darin bezeichneten Fahrzeuge und für den in der Genehmigungsurkunde genannten Betriebsitz. Sie ist nicht übertragbar.
- (3) Der Leistungserbringer hat der AOK PLUS die Kopie der für sein Unternehmen gültigen Genehmigungsurkunde/n, erstmals mit dem Beitritt zum Rahmenvertrag (sofern diese nicht bereits aktuell vorliegend) sowie fortlaufend bei Änderungen und Neuausstellungen, zu übersenden.
- (4) Für die Durchführung von behindertengerechten Krankenfahrten für nicht gehfähige Versicherte (mit Rollstuhl und/oder Erbringung einer Trageleistung) müssen die genutzten Fahrzeuge gemäß PBefG zugelassen sein und über die besonderen Einrichtungen verfügen, die diese Krankenfahrten erfordern. Die zur Erbringung von Trageleistungen eingesetzten Hilfsmittel sind behinderten- und DIN-gerecht. Die regelmäßige Wartung wird vom jeweiligen Leistungserbringer zugesichert.
- (5) Nachweise zur vorschriftsmäßigen Ausstattung der für behindertengerechte Krankenfahrten eingesetzten Fahrzeuge werden der AOK PLUS vom Leistungserbringer mit Beitritt zum Rahmenvertrag (sofern diese nicht bereits aktuell vorliegend) bzw. bei Änderungen im Fahrzeugbestand zur Prüfung vorgelegt (z. B. Eintrag in der Zulassungsbescheinigung Teil I bzw. Bestätigung der Prüforganisation).
- (6) Das vom Leistungserbringer eingesetzte Personal ist im Umgang mit den Versicherten unterwiesen und mit den besonderen Einrichtungen der Fahrzeuge vertraut.
- (7) Das Fahrpersonal des Leistungserbringers muss im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung gemäß § 48 Fahrerlaubnisverordnung sein.
- (8) Die Leistungsberechtigung endet automatisch bei Wegfall der Voraussetzungen nach Absatz 1 und/oder 4 dieses Paragraphen. Die Nachweise einer Verlängerung/Änderung der Genehmigungsurkunde und/oder Änderungen im Fahrzeugbestand zur Erbringung behindertengerechter Krankenfahrten sind umgehend bei der AOK PLUS einzureichen. Die Erbringung der Nachweise obliegt dem Leistungserbringer.

§ 4 Durchführung von Krankenfahrten

- (1) Die Notwendigkeit der Durchführung einer Krankenfahrt nach § 60 SGB V besteht, wenn:
- a) ein Verordner gemäß § 1 der aktuellen Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) auf dem vorgeschriebenen Verordnungsvordruck bescheinigt hat, dass die Krankenfahrt in einem Taxi oder Mietwagen aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist,
 - b) auf der ärztlichen Bescheinigung die AOK PLUS als Kostenträger benannt und ein Leistungsanspruch auf Übernahme der Transportkosten nach § 60 SGB V gegeben ist.

Es gilt die KT-RL gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Die Krankenfahrten werden vom behandelnden Arzt mit dem vorgeschriebenen Verordnungsvordruck verordnet. Veränderungen durch Dritte sind unzulässig. Die Vorderseite der Verordnung darf nur vom Arzt geändert oder ergänzt werden.
- (3) Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung nach § 5 Buchstabe c, ausgenommen Satz 3, müssen die Versicherten dem Leistungserbringer vor Antritt der Fahrt die Genehmigung der AOK PLUS vorlegen.
- (4) Soweit es im Einzelfall möglich ist, sind mehrere Personen unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften des PBefG vorrangig gleichzeitig zu befördern.
- (5) Sowohl die Hin- als auch die Rückfahrt gelten jeweils als eine Fahrt.
- (6) Die Krankenfahrt beginnt bei Aufnahme der Versicherten in das Fahrzeug und endet beim Verlassen des Fahrzeuges.
- (7) Bei Krankenfahrten, die durch diesen Rahmenvertrag geregelt und vergütet werden, erfolgt die Berechnung nach tatsächlich besetzt gefahrenen Kilometern. Dabei ist die kürzeste, verkehrsübliche Strecke zugrunde zu legen. Eine Autobahnstrecke gilt grundsätzlich als kürzeste, verkehrsübliche Strecke, wenn die Gesamtzahl der Kilometer gegenüber Bundes-, Landes- und Kreisstraßen um nicht mehr als 10 % überschritten wird. Abweichungen (Umleitungen, u. ä.) sind bei der Rechnungslegung zu begründen. Die Ermittlung der kürzesten verkehrsüblichen Fahrstrecke ist mittels Routenplaner vorzunehmen. Begründete Abweichungen im Einzelfall werden berücksichtigt.
- (8) Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die wirtschaftlichste Durchführung der Krankenfahrt.
- (9) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ärztlich verordneten Krankenfahrten sach- und fachgerecht auszuführen.

- (10) Es besteht Einigkeit darüber, dass – sofern auf der Verordnung als Ziel ein Arzt oder ein Krankenhaus nicht genau bezeichnet ist – die Versicherten zum nächstgelegenen Facharzt oder Fachkrankenhaus usw. befördert werden. Verlangen die Versicherten jedoch Abweichendes, ist für diese Fahrt die entsprechende Genehmigung der AOK PLUS durch die Versicherten einzuholen. Ohne die entsprechende Genehmigung und bei Fahrten der Versicherten auf deren ausdrücklichen Wunsch (Wunschfahrten), hat der Leistungserbringer das Beförderungsentgelt direkt mit seinem Fahrgast oder dem Auftraggeber abzurechnen.
- (11) Dem Leistungserbringer ist es untersagt, Ärzte hinsichtlich ihrer Verordnungsweise sowie Versicherte oder andere Personen dahingehend zu beeinflussen, von Ärzten die Ausstellung bestimmter Verordnungen zu fordern. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel einer Ausweitung der Inanspruchnahme von Leistungen im Sinne dieses Vertrages ist nicht zulässig.
- (12) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit einer Krankenfahrt keine Geldleistungen, geldwerte Vorteile bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (13) Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen, sind dem Fachverband sowie dem Leistungserbringer nicht gestattet.

§ 5

Grundsätze für die Durchführung von Krankenfahrten

- (1) Die AOK PLUS übernimmt die Fahrkosten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 Satz 1 SGB V bei
 - a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V), sofern die AOK PLUS Kostenträger der Maßnahme ist.
 - b) einer Behandlung nach § 115 a SGB V (vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) oder § 115 b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus und bei einem niedergelassenen Arzt), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.
 - c) Fahrten zur ambulanten Behandlung gemäß § 8 der aktuell gültigen KT-RL. Für die unter § 8 Abs. 2 und Abs. 4 KT-RL aufgeführten Ausnahmefälle ist grundsätzlich eine vorherige Genehmigung der AOK PLUS erforderlich. In den Fällen des § 8 Abs. 3 Satz 1 und 2 KT-RL gilt in Verbindung mit § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V die Genehmigung als erteilt (Genehmigungsfiktion). Eine Genehmigung ist in jedem Fall bei Fahrten außerhalb des Geltungsbereichs der AOK PLUS erforderlich.

Für eine zeitnahe Entscheidung zum Zahlungsanspruch von Krankenfahrten zur Dialyse sollte sich der Leistungserbringer vor Beginn der ersten Fahrdienstleistung mit der AOK PLUS in Verbindung setzen.

- (2) Werden die Kosten von der AOK PLUS nicht übernommen, sind die Fahrkosten von den Versicherten selbst zu tragen. Auf die Genehmigungsnotwendigkeit und die Kostentragungsverpflichtung sind die Versicherten vor Fahrtantritt hinzuweisen.
- (3) Bei der Ausführung der Krankenfahrten ist die verkehrsüblich kürzeste fahrbare Strecke zugrunde zu legen. Konnte aus besonderen Gründen nicht die kürzeste fahrbare Strecke benutzt werden, ist der Grund hierfür anzugeben. Um eine einwandfreie Nachprüfung der Rechnung zu ermöglichen, ist die gefahrene Strecke genau zu bezeichnen.

§ 6

Besonderheiten bei der Durchführung von Krankenfahrten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 73 SGB IX

- (1) Krankenfahrten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürfen nur dann zu Lasten der AOK PLUS durchgeführt werden, wenn die Versicherten einen Leistungsanspruch nach § 60 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX haben und vor der Leistungserbringung die Kostenübernahme mit der AOK PLUS gemäß § 2 Abs. 4 KT-RL geklärt haben. Für die Fahrten zur medizinischen Rehabilitation ist keine Verordnung auszustellen. Die Versicherten erhalten stattdessen mit der Zusage der AOK PLUS über die Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Information über das medizinisch notwendige Verkehrsmittel.
- (2) Zu den Leistungen der Krankenfahrt im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehört das Abholen und Bringen vom und zum Wohnsitz/gewöhnlichen Aufenthaltsort der Versicherten. Übliches Gepäck bei Fahrten zur Rehabilitation für die stationären Aufenthalte wird kostenlos mitgenommen.

§ 7

Zuzahlung

- (1) Die Versicherten haben zu jeder Krankenfahrt (Fahrt) im Sinne des § 5 dieses Vertrages eine Zuzahlung in Höhe von 10 von Hundert des Fahrpreises für die Fahrt, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR zu leisten. Die Zuzahlung darf allerdings nicht mehr als der Fahrpreis selbst betragen. Beträgt der Fahrpreis weniger als bzw. gleich 5,00 EUR, erübrigt sich eine Rechnungslegung an die AOK PLUS. Die Versicherten erhalten eine Quittung über die tatsächlichen Kosten.
- (2) Hin- und Rückfahrt sind getrennte Fahrten, unabhängig davon, ob am Behandlungs-ort gewartet wird. Das bedeutet, die Versicherten haben die Zuzahlung sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt zu leisten.
- (3) Die Zuzahlung ist von den Versicherten direkt an den Leistungserbringer zu leisten. Den Versicherten ist vom Leistungserbringer eine Quittung über die geleistete Zuzahlung auszustellen.
- (4) Bei genehmigten Fahrten zur ambulanten onkologischen Strahlen- und onkologischen Chemotherapie als Serienbehandlung ist eine Zuzahlung von den Versicherten für jede Fahrt, in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages, zu entrichten.

- (5) Bei Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 73 SGB IX im Sinne von § 6 dieses Vertrages sind keine Zuzahlungen zu leisten.
- (6) Bei einer Beförderung von mehreren Versicherten gleichzeitig wird die Zuzahlung grundsätzlich von jeder(m) Versicherten fällig.
- (7) Haben die Versicherten im Kalenderjahr Zuzahlungen bis zu ihrer persönlichen Belastungsgrenze (§ 62 Abs. 1 SGB V) geleistet, können sie für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreit werden. In diesen Fällen werden, sofern die Versicherten durch Vorlage eines entsprechenden Ausweises oder einer Bescheinigung der AOK PLUS dies nachweisen, die im § 5 dieses Vertrages genannten Fahrten ohne den Abzug einer Zuzahlung übernommen.

Hinweis: Werden die Versicherten während des Leistungszeitraumes von Zuzahlungen befreit und legen den Befreiungsausweis dem Leistungserbringer vor, so ist für den gesamten Abrechnungszeitraum keine Zuzahlung zu leisten.

- (8) Bei der Beförderung von mehreren Versicherten darf die Summe der Zuzahlung und/oder des Abrechnungsbetrages gegenüber der AOK PLUS den Gesamtpreis der Fahrt nicht übersteigen.
- (9) Krankenfahrten, die zu Lasten der AOK PLUS ausgeführt werden, sind direkt mit der AOK PLUS abzurechnen. Zahlungen oder Zuzahlungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus – ausgenommen Wunschfahrten – dürfen von den Versicherten nicht verlangt werden.

§ 8 Qualitätskriterien

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen und dies auf Anforderung nachzuweisen. Eine Haftung der AOK PLUS für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist hierdurch ausgeschlossen.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Krankenfahrten mit verkehrssicheren Fahrzeugen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (unter anderem Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr (BOKraft)) erfolgen. Dem Fahrpersonal des Leistungserbringers sind die für die Durchführung der Krankenfahrten relevanten Vertragsregeln bekannt.
- (3) Zur Beförderung sind saubere, den Witterungsbedingungen entsprechende klimatisierte Nichtraucherfahrzeuge einzusetzen. Freundlichkeit und persönliche Zuverlässigkeit sowie ein gepflegtes Erscheinungsbild des Fahrpersonals werden vom Leistungserbringer gewährleistet. Jedes Fahrzeug, das zur Durchführung der Krankenfahrten eingesetzt wird, muss über Kommunikationseinrichtungen jederzeit erreichbar sein. Das Rauchen während der Fahrt ist nicht gestattet.
- (4) Die Krankenfahrten sind zeitlich so anzutreten, dass die Behandlung termingerecht durchgeführt werden kann. Alle vereinbarten Termine sind grundsätzlich verbindlich. Bei unvorhergesehener Verhinderung ist eine vertragsgerechte Ersatzleistung zu gewährleisten.

- (5) Bei Bedarf sind die Versicherten der AOK PLUS vom/zum Fahrzeug zu begleiten.
- (6) Die Beförderung von Kindern ist in einem altersgerechten Kindersitz zu garantieren.
- (7) Der Leistungserbringer sowie sein Fahrpersonal verpflichten sich, dass bei Erkennen der Notwendigkeit einer medizinisch-fachlichen Betreuung der Versicherten, die Krankenfahrt nicht durchzuführen bzw. diese abzubrechen und sofort die zuständige Integrierte Regionalleitstelle zu verständigen ist oder die Versicherten an diese zu verweisen.

§ 9

Vergütung von Krankenfahrten und Ausschlussfrist

- (1) Für die Vergütung von Krankenfahrten auf Grundlage dieses Vertrages gelten die Vergütungsvereinbarungen (Anlage 1 und 2 dieses Vertrages) und die Zusatzvereinbarung (Anlage 3 dieses Vertrages).
- (2) Der Vergütungsanspruch erlischt, sofern die Abrechnung nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS eingeht.
- (3) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des Umsatzsteuergesetzes (UStG).

§ 10

Rechnungslegung

- (1) Die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und deren Anlagen sind verbindlich. Einzelheiten zur Abrechnung mittels Datenaustausch regelt die Anlage 4 „Datenaustausch Abrechnungsregelungen“, welche Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich, mit der AOK PLUS das Abrechnungsverfahren auf dem Weg des Datenaustausches durchzuführen. Die Kosten für die Durchführung des Datenaustausches tragen die Leistungserbringer. Des Weiteren müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Datenübertragung/-verschlüsselung) eingehalten werden. Nähere Angaben zum Datenschutz/-austausch regeln die Anlagen 4 und 5 dieses Vertrages „Datenaustausch Abrechnungsregelungen“ und „Datenaustausch Allgemeiner Überblick“.
- (3) Nur der mittels Beitrittserklärung diesem Vertrag beigetretene Leistungserbringer und nicht das für diesen tätige Fahrpersonal kann die vereinbarte Vergütung mit der AOK PLUS abrechnen.
- (4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den zugelassenen Leistungserbringer maßgebliche Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, welches von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE-IK), Alte Heerstraße 111 in 53757 Sankt Augustin vergeben wird. Dies gilt auch bei der Abrechnung über eine Abrechnungsfirma. Die unter dem IK gespeicherten Daten, wie zum Beispiel die Bankverbindung, sind bei der Abrechnung für die AOK PLUS verbindlich. Andere Kontoverbindungen werden nicht berücksichtigt. Weiterhin sind alle Änderungen durch den Leistungserbringer unverzüglich der ARGE-IK mitzuteilen.

- (5) Die Abrechnung erfolgt in Form einer Sammelrechnung. Krankenfahrten mit dem Fahranlass „Dialyse“ sind in separater Sammelrechnung, getrennt von den übrigen Krankenfahrten, abzurechnen.
- (6) Bei gleichzeitiger Beförderung mehrerer Versicherter (unter Beachtung der Vorschriften des PBefG), unabhängig davon, ob sie verschiedenen Kostenträgern angehören, werden die Fahrkosten anteilig pro Versicherten berechnet und der AOK PLUS für ihre Versicherten in Rechnung gestellt.

Genehmigte Serienfahrten sind grundsätzlich nach Ablauf der Maßnahme abzurechnen. Bei längeren Behandlungszyklen kann eine monatliche Abrechnung erfolgen. In jedem Fall ist der Abrechnung der Nachweis über die Durchführung der Krankenfahrten mit den Unterschriften der Versicherten beizufügen.

- (7) Die Abrechnung hat nach den Richtlinien zum Datenaustausch und den Technischen Anlagen zum Datenaustausch zu erfolgen.
- (8) Der Abrechnung sind die folgenden Urbelege beizufügen:
 - a) die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine Krankenfahrt (Verordnung oder Beleg im Zusammenhang mit Rehabilitation) mit der Unterschrift der Versicherten sowie – falls vorhanden – das Genehmigungsschreiben der AOK PLUS,
 - b) Nachweis über den in Rechnung gestellten Betrag mit Unterschrift und Firmenstempel des Leistungserbringers.
- (9) Rechnungskorrekturen sind maximal bis 6 Monate nach Rechnungseingang möglich.

§ 11

Rechnungsbegleichung durch die AOK PLUS

- (1) Die Rechnungen werden nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen fällig. Die AOK PLUS ist berechtigt, Rechnungen zurückzuweisen, wenn diese nicht den Bestimmungen des Vertrages entsprechen. Unvollständig zugesandte Rechnungen werden nicht bearbeitet. Diese Rechnungen werden unverzüglich zurückgegeben, spätestens jedoch in der in Absatz 2 dieses Paragraphen genannten Frist.
- (2) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt auf dem Bankweg. Das Zahlungsziel beträgt vom Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen bis zur Wertstellung bei der AOK PLUS 28 Tage. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Überweisung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so ist der Zahltag der nächstfolgende Werktag.
- (3) Die Abtretung von Forderungen aus diesem Vertrag gegenüber der AOK PLUS an Dritte ist unter Einhaltung der Datenschutzvorschriften nur zum Zwecke der Abrechnung (Abrechnungsfirmen) möglich. Übertragen Leistungserbringer die Abrechnung einem Rechenzentrum (Abrechnungsstelle), so ist die AOK PLUS unverzüglich durch Vorlage der Abtretungsvereinbarung/Inkasso-Vollmacht schriftlich zu informieren. Der AOK PLUS sind der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name des beauftragten Rechenzentrums mitzuteilen. Die Zahlungen der AOK PLUS an diese Stelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der AOK PLUS liegt eine schriftliche Widerrufserklärung des betreffenden Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem Rechenzentrum und dem betreffenden Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 12 Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Vertragspartner und die Leistungserbringer sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes und des Bundesdatenschutzgesetzes, in der jeweils geltenden Fassung jederzeit einzuhalten.
- (2) Die Leistungserbringer haben die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (3) Die Leistungserbringer verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten, wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben (Schweigepflicht). Der Schutz der personenbezogenen Daten ist sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der Schweigepflicht nach den Berufsordnungen und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Leistungserbringer stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen, der im Gesetz vorgesehenen oder im Vertrag genannten Aufgaben und 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) Die Leistungserbringer sind 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 besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (6) Die Vertragspartner und die Leistungserbringer sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über die an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldeten Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 13 Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner gehen vom Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit aus. Sie verpflichten sich, für eine gewissenhafte Einhaltung des Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten, die sich bei der Durchführung und Auslegung dieses Vertrages ergeben, sind möglichst im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Leistungserbringer und der AOK PLUS zu regeln. Die Rechte der Vertragsparteien zur gerichtlichen Geltendmachung von Ansprüchen bleiben hiervon unberührt.

- (2) Verstößt ein Leistungserbringer gegen die Vorgaben dieses Vertrages, behält sich die AOK PLUS das Recht zur Festsetzung einer Vertragsstrafe gegenüber dem Leistungserbringer vor.

Verstöße sind insbesondere:

- a) Erhöhung des Fahrpreises um die Zuzahlung,
 - b) Verletzung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit,
 - c) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - d) Abrechnung von Sammelfahrten als Einzelfahrten,
 - e) nicht vertragsgemäße Abrechnung von Serienfahrten,
 - f) fremdgenutzte Fahrtunterbrechung,
 - g) sonstige Abrechnungsmanipulation,
 - h) Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für die Zuweisung oder Vermittlung von Aufträgen,
 - i) Vordatierung oder Vorquittung (Globalbestätigung) von noch nicht erbrachten Leistungen,
 - j) Änderungen und Ergänzungen auf der Vorderseite der vertragsärztlichen Verordnung (Urkundenfälschung),
 - k) Missachtung der Qualitätskriterien gemäß § 8 dieses Vertrages,
 - l) Gefährdung der Insassen/Versicherten,
 - m) schwerwiegender Verstoß gegen den Datenschutz,
 - n) Einsatz von Fahrpersonal und Fahrzeugen, die nicht den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.
- (3) Der Leistungserbringer hat vor Festsetzung der Vertragsstrafe ein Recht auf Anhörung durch die AOK PLUS. Bei der Anhörung kann der Fachverband vermittelnd einbezogen werden. Die Höhe der Vertragsstrafe wird durch die AOK PLUS unter Berücksichtigung des Verstoßes im Verhältnis zum Gesamtumsatz, welchen der Leistungserbringer auf Grundlage dieses Vertrages erzielt, bestimmt und beträgt maximal bis zu 10.000,00 EUR. Ferner ist die AOK PLUS unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zum fristlosen Ausschluss des Leistungserbringers von der Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt.
- (4) Weitergehende Ansprüche der AOK PLUS, insbesondere Schadenersatzansprüche gegenüber dem Leistungserbringer, bleiben davon unberührt.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag, inklusive dessen Anlagen, tritt zum 1. April 2024 für unbestimmte Zeit in Kraft.
- (2) Maßgeblich für die Anwendung dieses Vertrages ist neben den Voraussetzungen des § 3 dieses Vertrages, der Tag des Zugangs der Beitrittserklärung zu diesem Rahmenvertrag (gemäß Anlage 7 dieses Vertrages) bei der AOK PLUS. Für Leistungserbringer, für die bereits vor dem 1. April 2024 ein Versorgungsvertrag mit der AOK PLUS bestand, gilt dieser Rahmenvertrag ab dem 1. April 2024, sofern noch keine Rechnungslegung für Fahrten ab diesem Zeitpunkt gegenüber der AOK PLUS erfolgte und die Beitrittserklärung zu diesem Rahmenvertrag bis zum 30. Juni 2024 bei der AOK PLUS eingegangen ist. Ebenso ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich.

- (3) Der Vertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2026, schriftlich gekündigt werden.
- (4) Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist mit eingeschriebenem Brief zuzustellen.
- (5) Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich das Vertragsverhältnis automatisch um ein weiteres Jahr.
- (6) Eine Kündigung des Vertrages sowie der Vergütungsvereinbarungen (Anlage 1 und 2 dieses Vertrages) und der Zusatzvereinbarung (Anlage 3 dieses Vertrages) durch einzelne Leistungserbringer sind nicht zulässig. Die Leistungserbringer können ihren Beitritt zum Rahmenvertrag unter Einhaltung der in Absatz 3 dieses Paragraphen genannten Frist kündigen.
- (7) Die Vertragspartner vereinbaren, bei besonderen Entwicklungen, die auf den Vertrag Einfluss haben, Verhandlungen aufzunehmen. Sollten die Leistungen nach § 60 SGB V durch den Gesetzgeber aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ganz oder teilweise gestrichen werden, kann dieser Vertrag außerordentlich gekündigt werden.
- (8) Die Vertragspartner verpflichten sich im Falle einer Kündigung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 6 Wochen, Verhandlungen aufzunehmen. Der Vertrag wirkt über den Kündigungszeitpunkt nach, bis er durch eine neue Vereinbarung ersetzt wird oder die kündigende Partei schriftlich das Scheitern weiterer Verhandlungen erklärt.
- (9) Die Vergütungsvereinbarungen (Anlage 1 und 2 dieses Vertrages) und die Zusatzvereinbarung (Anlage 3 dieses Vertrages) sind entsprechend der dort enthaltenen Regelungen durch die Vertragspartner gesondert kündbar.
- (10) Die Gültigkeit des Vertrages wird bei Kündigung der Anlagen 1, 2 und/oder 3 dieses Vertrages nicht berührt.
- (11) Die bisher mit den einzelnen Leistungserbringern bestehenden Verträge und/oder Anerkenniserklärungen werden mit Erfüllung der unter § 14 Abs. 2 dieses Vertrages genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt.

§ 15

Schlussbestimmungen (Salvatorische Klausel)

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Vertragsbestimmungen nicht beeinträchtigt. Für diesen Fall vereinbaren die Vertragsparteien, die unwirksame Bestimmung durch eine andere Regelung, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt, zu ersetzen oder den Vertrag entsprechend anzupassen. Gleiches gilt bei Änderung der zugrundeliegenden gesetzlichen Vorschriften oder Richtlinien.
- (2) Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

Chemnitz, den

Ort, Datum

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Herrn Mike Stolle

Vertreter AOK PLUS

AOK PLUS

Dresden, den

Ort, Datum

Landesverband Sächsischer Taxi- und
Mietwagenunternehmen (LVS) e.V.
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Herrn Jan Kepper

Vertreter Landesverband Sächsischer Taxi- und
Mietwagenunternehmen (LVS) e.V.

Vertreter Landesverband Sächsischer Taxi- und Miet-
wagenunternehmen (LVS) e.V.