

**Rahmenvertrag  
über die Durchführung und Vergütung von Krankenfahrten im Rahmen des  
Personenbeförderungsgesetzes**

Zwischen

dem Verband des Württembergischen Verkehrsgewerbes e. V., Stuttgart,

dem Verband des Verkehrsgewerbes Baden e. V., Freiburg,

dem TVD – Baden-Württemberg Landesverband des Taxi- und  
Mietwagengewerbes e. V., Karlsruhe,

– einerseits –

und

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Stuttgart,

nachfolgend vertragsschließende Krankenkassen genannt

– andererseits –

wird folgender

**R a h m e n v e r t r a g**

für die Leistungserbringung gemäß § 60 und § 133 des SGB V über die Durchführung und Vergütung von Krankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes geschlossen:

**§ 1  
Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt

- für die vertragsschließenden Krankenkassen,
- für Mitglieder des Verkehrsverbandes, die Krankenfahrten mit Fahrzeugen des nach dem Personenbeförderungsgesetz konzessionierten Taxen- und Mietwagenverkehrs durchführen, sofern der Betriebssitz in Baden-Württemberg liegt und die Voraussetzungen zur Leistungsberechtigung nach § 3 dieses Vertrages erfüllt werden,
- für rechtsfähige örtliche Vereinigungen der Taxen- und Mietwagenunternehmen (z. B. Taxizentralen),

- für Nichtmitglieder der Verkehrsverbände, die Krankenfahrten mit Fahrzeugen des nach dem Personenbeförderungsgesetz konzessionierten Taxen- und Mietwagenverkehrs durchführen, sofern der Betriebssitz in Baden-Württemberg liegt und die Voraussetzungen zur Leistungsberechtigung nach § 3 dieses Vertrages erfüllt werden.

## **§ 2**

### **Gegenstand dieses Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt die Durchführung und die Vergütung von Krankenfahrten, in welchem die Patienten sitzend und ohne die Notwendigkeit einer besonderen Einrichtung des Fahrzeugs transportiert werden, die aufgrund des § 60 SGB V für Versicherte von Krankenkassen durch Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen erbacht werden. Dieser Vertrag inkludiert nicht den Transport von nicht umsetzbaren Rollstuhlpatienten („BTW- oder Rollstuhltransport“).
2. Sonstige Rahmenverträge zwischen den vertragsschließenden Parteien bleiben unberührt und sind weiterhin in ihrem jeweiligen Geltungsbereich gültig.
3. Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten unter Abzug der Zuzahlung in den in § 60 SGB V und den jeweils gültigen Krankentransportrichtlinien genannten Fällen.

## **§ 3**

### **Verfahren zur Leistungsberechtigung**

1. Die Leistungsberechtigung zur Durchführung von Krankenfahrten nach diesem Vertrag erfolgt schriftlich durch
  - die zuständige AOK-Bezirksdirektion der AOK Baden-Württemberg
  - die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Stuttgart.

Maßgebend hierfür ist der Betriebssitz des Unternehmens.

2. Zur Durchführung dieser Leistungsberechtigung sind als Unterlagen vorzulegen:
  - eine Kopie des Konzessionsauszuges (Genehmigungsurkunden für alle Fahrzeuge, welche dem Vertrag unterliegen),
  - ein unterzeichneter Verpflichtungsschein in zweifacher Ausführung (s. Anlage 1) sowie
  - das/die Institutionskennzeichen nach § 9.
3. Die in Absatz 1 genannten Stellen bestätigen die Leistungsberechtigung gegenüber dem Antragsteller in schriftlicher Form. Der zuständige Verkehrsverband erhält eine Kopie.
4. Alle beim In-Kraft-Treten dieses Vertrages aufgrund des alten Rahmenvertrages vom 22.03.2016 leistungsberechtigten Unternehmen bleiben zunächst weiterhin leistungsberechtigt, sofern sie den Verpflichtungsschein nach Anlage 1 zu diesem Vertrag bis zum 31.05.2017 unterzeichnet an die vertragsschließenden Kranken-

kassen übersenden. Die vertragsschließenden Krankenkassen sind jedoch berechtigt, prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen nach § 3 vorliegen.

5. Der durch den Verpflichtungsschein erfolgte Beitritt jedes einzelnen Leistungserbringers zu diesem Vertrag kann halbjährlich (30.06. und 31.12) mit einer Frist von drei Monaten schriftlich widerrufen werden.

#### **§ 4 Leistungsberechtigung**

1. Nach Prüfung der in § 3 genannten Antragsunterlagen erhalten Unternehmen, welche die Voraussetzungen erfüllen, die Leistungsberechtigung.
2. Die Leistungsberechtigung gilt nur für die in der Genehmigungsurkunde genannten Konzessionsnehmer, für die darin bezeichneten Fahrzeuge und für den in der Genehmigungsurkunde genannten Betriebssitz (§ 17 PBefG). Ggf. von der Genehmigungsbehörde vorgesehene Erweiterungen beim Betriebssitz-/bereiche sind zu berücksichtigen. Sie ist nicht übertragbar. Bestehen Konzessionen für mehrere Betriebssitze, sind diese in ihrer Gesamtheit vorzulegen. Die Informationspflicht des Unternehmers gegenüber den Krankenkassen besteht auch bei Erlangen/Wegfall von Betriebssitzen.
3. Die Leistungsberechtigung entfällt, sobald eine der in § 3 genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt wird. Das Vorgehen bei Vertragsverstößen regelt § 12.
4. Bei Entzug/Rückgabe oder Änderung der Konzession sind die vertragsschließenden Krankenkassen unverzüglich durch den Unternehmer schriftlich zu informieren.

#### **§ 5 Ärztliche Bescheinigung**

Krankenbeförderungen werden nur als Leistungen der Krankenversicherung durchgeführt und vergütet, wenn die Notwendigkeit einer Beförderung mit einem Taxi oder Mietwagen nach ärztlicher Beurteilung besteht, hierüber eine ärztliche Verordnung (Muster 4) nach dem jeweils gültigen Muster und soweit nach den Krankentransportrichtlinien erforderlich eine Genehmigung der Krankenkasse für die Fahrt (nach Grundlage der Krankentransportrichtlinien) vorliegt. Die Verordnung darf nur vom Arzt ergänzt oder geändert werden.

#### **§ 6 Durchführung der Krankenfahrten**

1. Die Unternehmer sind verpflichtet, die Krankenfahrten nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zeit-, sach- und verkehrsgerecht durchzuführen. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Gemeinschaftsfahrten.
2. Dem Versicherten ist gegebenenfalls beim Ein- und Aussteigen die notwendige sachgemäße Hilfe zu leisten und sein Gepäck zu verstauen.

3. Dem Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Unternehmern am Ort frei. Ein Anspruch auf Kostenübernahme besteht jedoch nur nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V.
4. Bedürfen Fahrten nach der einschlägigen Krankentransportrichtlinie der Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse, hat sich der Unternehmer die Genehmigung durch den Versicherten vor Fahrtantritt vorlegen zu lassen.

## **§ 7 Vergütungsregelung**

1. Für die nach diesem Vertrag durchgeführten Krankenfahrten erhalten die Unternehmen Beförderungsentgelte gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 dieses Vertrages.
2. Eine Krankenfahrt kann zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkassen durchgeführt werden, wenn die Voraussetzungen nach § 60 SGB V i. V. mit den Krankentransportrichtlinien und § 2 dieses Vertrages erfüllt sind.
3. Fahrten als Folge eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit i. S. der gesetzlichen Unfallversicherung können nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden.
4. Der Entfernungsberechnung werden die über die kürzeste, verkehrsübliche Strecke zurückgelegten Kilometer zugrunde gelegt. Bei Autobahnstrecken gilt grundsätzlich: Die Gesamtzahl der Kilometer gegenüber Bundes-, Landes- und Kreisstraßen darf nicht mehr als 10 % überschritten werden. Abweichungen (Umleitungen u. ä.) sind bei der Rechnungslegung zu begründen.
5. Das Unternehmen hat die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung (§ 61 SGB V) vom Versicherten einzubehalten. Berechnungsgrundlage hierfür ist der mit der Kasse vereinbarte Fahrpreis (bei Abrechnung nach Sondervereinbarung rabattiert). Bei einer Befreiung der Zuzahlungspflicht durch den Versicherten i. S. des § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat sich der Unternehmer in geeigneter Form (Aufzeichnung des Aktenzeichens oder Datums des Befreiungsbescheides) vom Vorliegen der Befreiung zu überzeugen. Weitere Zuzahlungen dürfen nicht gefordert oder angenommen werden. Mehrkosten, die durch persönliche Wünsche des Patienten oder einer Begleitperson oder Serviceleistungen des Transportunternehmens entstehen, gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen.
6. Für die Abrechnung von Gemeinschaftsfahrten gelten die besonderen Vergütungsregelungen der Anlage 2.

## **§ 8 Rechnungslegung**

1. Die Abrechnung erfolgt für jeden Versicherten grundsätzlich mit Einzelabrechnung zum 15. des folgenden Monats. Neben den Daten auf der Grundlage der Richtlinien der Spitzenverbände nach § 302 SGB V sind folgende rechnungsbe gründende Angaben erforderlich:
  - Abhol- und Zieladresse mit Entfernungsangabe,

- Bei Wegstreckenabrechnung: Rechnungsbetrag der einzelnen Fahrt untergliedert nach Grundpreis, Kilometerpreis, ggfs. Wartezeit; abzüglich Eigenanteil gemäß § 61 SGB V,
- Bei Taxameterabrechnung: Taxameterbetrag abzüglich Rabattierung; abzüglich Eigenanteil gemäß § 61 SGB V,
- Unterschrift des Versicherten auf der Genehmigung der Krankenkasse bzw. auf der Verordnung,
- die Genehmigungsnummer, lebenslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer des Verordners sind anzugeben.

Der Rechnung sind die Genehmigung der Krankenkasse bzw. die vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung der Krankenförderung und weitere für die Abrechnung von der Krankenkasse benötigten Formulare beizufügen. Wird eine Verordnung für mehrere Krankenförderungen ausgestellt (z. B. für Massage, Krankengymnastik, Physiotherapie u. a.), hat der Versicherte dieses nach Anlage 3 zu bestätigen. Diese Bestätigung ist der Rechnung beizufügen.

Für örtliche Vereinigungen (z. B. Taxizentralen) kann hiervon Abweichendes vereinbart werden, sofern sichergestellt ist, dass der Nachweis in anderer Form gegenüber der Krankenkasse geführt wird. Der Antrag hierzu ist dem Verpflichtungsschein (Anlage 1) mit einer ausführlichen Begründung sowie Angabe der Vorgehensweise beizufügen.

Aufgrund der aufgeführten Rechnungsangaben muss ein lückenloser Nachvollzug der einzelnen auf der Rechnung aufgeführten Beträge und des Abrechnungsbetrages möglich sein.

2. Die Vertragspartner verpflichten sich unter Berücksichtigung des § 303 SGB V, die zügige Umsetzung der Richtlinien gemäß § 302 SGB V zu betreiben.
3. Erfolgt der Rechnungseingang vom Leistungserbringer nicht zeitnah (mehr als drei Monate nach erfolgter Fahrt/nach der letzten Fahrt einer Fahrtenserie/nach der letzten Fahrt eines Monats bei Dialyse), so kann die Krankenkasse 10 % des Rechnungsbetrages einbehalten.
4. Die Krankenkassen prüfen und begleichen den ordnungsgemäßen Rechnungsbetrag innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Rechnungen, für die die Krankenkasse nicht zuständig ist, werden dem Unternehmer bzw. der Abrechnungsstelle mit einem entsprechenden Vermerk (soweit möglich unter Angabe des zuständigen Kostenträgers) zurückgegeben.
5. Es gilt das bundeseinheitliche Positionsnummernverzeichnis für Krankentransportleistungen in der jeweils gültigen Version (s. Anlage 5).
6. Die Rechnungen für Krankenfahrten, sind grundsätzlich bei der Krankenkasse einzureichen. Es ist nicht zulässig, anstelle der Abrechnung mit der Krankenkasse, die Fahrkosten dem Versicherten in Rechnung zu stellen, wenn zum Zeitpunkt der Fahrt ein Anspruch auf Abrechnung bei der Krankenkasse nach diesem Vertrag besteht oder erkennbar ist.

## **§ 9**

### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

1. Jeder Beförderer verfügt gemäß § 293 GB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jeden einzelnen Betriebssitz ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), aktuelle Adresse Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
3. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben einschließlich der Bankverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen.

## **§ 10**

### **Datenträgerübertragungsverfahren**

Nach Inkraftsetzen des maschinenlesbaren Abrechnungsverfahrens gemäß §§ 302, 303 SGB V sind bei der Abrechnung die hierfür gültigen Regelungen zu beachten. Sollten sich hierdurch wesentliche Auswirkungen auf die Nachvollziehbarkeit der Rechnungsunterlagen ergeben, so sind die Vertragsparteien verpflichtet, unverzüglich hierüber zu beraten und einen Konsens zu erarbeiten. Bis ein solcher Konsens erzielt wurde, sind zusätzlich weiterhin schriftliche Rechnungen, welche eine Nachvollziehbarkeit gewährleisten, einzureichen.

## **§ 11**

### **Datenschutz und Schweigepflicht**

1. Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten. Personenbezogene Daten sind nur für die Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
2. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheitsbild der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seinen Mitarbeitern die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 bekanntzugeben und deren Beachtung in geeigneter Weise sicherzustellen.



## **§ 12** **Vertragsverstöße/Vertragsausschuss**

1. Je nach Schwere des Vertragsverstoßes kann dieser bis hin zur sofortigen, fristlosen Kündigung des Vertrages durch die Krankenkassen führen.
2. Vertragsverstöße i. S. des Absatzes 1 sind insbesondere:
  - Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
  - Abrechnung von Gemeinschaftsfahrten als Einzelfahrten,
  - Erhöhung des Fahrpreises um den Eigenanteil,
  - fremd genutzte Fahrtunterbrechung,
  - sonstige Abrechnungsmanipulationen,
  - Zahlung von Vergütung oder Provisionen für die Zuweisung oder Vermittlung von Aufträgen,
  - Vordatierung oder Vor-Quittungen (Globalbestätigung von noch nicht erbrachten Leistungen),
  - Durchführung der Leistung durch nicht zugelassene Unternehmen
  - Verstoß gegen Datenschutz und Schweigepflicht.
  - Rechnungen die nicht an die Krankenkasse gestellt worden sind, obwohl erkennbar ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht, sondern als Privatrechnung an den Versicherten.

Die Liste ist nicht abschließend.

3. Schadenersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber dem Leistungserbringer bleiben davon unberührt. Des Weiteren finden die Ausführungen des § 197a Abs. 4 SGB V uneingeschränkte Anwendung.
4. Der zuständige Verkehrsverband wird im Falle eines drohenden Entzuges der Leistungsberechtigung von Seiten der vertragsschließenden Krankenkassen zeitnah informiert.
5. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten grundsätzlicher Bedeutung aus diesem Vertrag, die zwischen den Beteiligten nicht beigelegt werden können, ist ein paritätisch besetzter Vertragsausschuss zu bilden. Er setzt sich aus höchstens 4 stimmberechtigten Vertretern der „Verkehrsverbände“ und den vertragsschließenden Krankenkassen zusammen. Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

## **§ 13** **In-Kraft-Treten/Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft und endet zum 30.04.2019.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, frühzeitig vor Auslaufen der Vergütungsvereinbarung Verhandlungen zum Neuabschluss aufzunehmen.

## **§ 14 Vertragsklausel**

Die Verkehrsverbände verpflichten sich, diesen Rahmenvertrag (inkl. Anlagen) bis 31.05.2017 den unteren Verwaltungsbehörden mit zustimmendem Votum anzuzeigen bzw. zur Genehmigung zuzuleiten sowie alles Notwendige bzgl. § 51 Abs. 2 PBefG zu veranlassen. Sobald eine Genehmigung von der unteren Verwaltungsbehörde vorliegt bzw. eine Anzeige bei der unteren Verwaltungsstelle erfolgt ist, hat der Verkehrsverband die Krankenkassen umgehend hierüber zu informieren.

## **§ 15 Widerrufsrecht**

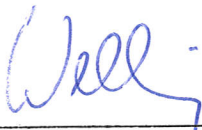
Voraussetzung für die Durchführung von Krankenfahrten sowie deren Direktabrechnung ab dem 01.05.2017 ist nach § 3 Rahmenvereinbarung der unterschriebene Verpflichtungsschein. Aufgrund der Möglichkeit einer nur schwebend wirksamen Anlage des Rahmenvertrages (§ 6 I Anlage 2 Rahmenvertrag) über den 01.05.2017 hinaus wird den Unternehmen dementsprechend ein Widerrufsrecht für den Rahmenvertrag eingeräumt. Die Widerrufsfrist beträgt zwei Wochen und beginnt mit dem Tag der Unterrichtung über die Entscheidung der unteren Verwaltungsbehörde durch den Verkehrsverband, wobei diese zur unmittelbaren Inkenntnissetzung ihrer Mitglieder verpflichtet sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die Absendung der Widerrufserklärung vor Fristablauf. Die Widerrufserklärung bedarf der Textform.

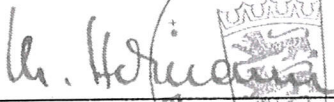
Stuttgart, Freiburg, Karlsruhe den 28.04.2017

\_\_\_\_\_  
Verband des Württembergischen  
Verkehrsgewerbes e. V., Stuttgart

\_\_\_\_\_  
TVD - Baden-Württemberg Landes-  
verband des Taxi- und Mietwagen-  
gewerbes e. V., Karlsruhe

\_\_\_\_\_  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse, Stuttgart

  
Verband des Verkehrsgewerbes  
Baden e.V.  
Weißerlenstraße 9  
79108 Freiburg  
\_\_\_\_\_  
Verband des Verkehrsgewerbes Ba-  
den e. V., Freiburg

  
AOK Baden-Württemberg,  
Stuttgart  
