

# **Vertrag über die Durchführung von Krankenfahrten nach § 133 Sozialgesetzbuch V für Versicherte der AOK PLUS in Thüringen**

- Rahmenvertrag -

---

zwischen der

**AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen**

vertreten durch den Vorstand,

dieser hier vertreten durch

Herrn Mike Stolle

Bereichsleiter Vertragsmanagement Fahrkosten/Rettungsdienst

(nachstehend „AOK PLUS“ genannt)

und dem

**Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes (LTV) e. V.,**

als Arbeitgeber- und Wirtschaftsfachverband,

vertreten durch das Präsidium, dieses hier vertreten durch Herrn Martin Kammer, Hauptgeschäftsführer

(nachstehend „Fachverband“ genannt)

Anlagen:

- |           |  |
|-----------|--|
| Anlage 1  | Ergänzende Regelung zur Vergütungsvereinbarung   |
| Anlage 1a | Vergütungsvereinbarung Taxi und Mietwagen  |
| Anlage 2  | Zusatzvergütungsvereinbarung für die Beförderung mobilitätseingeschränkter Versicherter im Rollstuhl (nicht umsetzbar) |
| Anlage 3  | Datenaustauschverfahren  |
| Anlage 4  | Beitrittserklärung   |

## **Präambel**

Die Vertragspartner schließen im Nachfolgenden einen Vertrag über die Durchführung von Krankenfahrten für Versicherte der AOK PLUS. 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.

## **§ 1**

### **Gegenstand und Anwendungsbereich des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V regelt die Leistungserbringung von sitzenden Krankenfahrten für die Versicherten der AOK PLUS in Thüringen gemäß § 60 SGB V sowie deren Abrechnung und Vergütung.
- (2) Er steht allen Taxi- und Mietwagenunternehmern mit Betriebssitz in Thüringen offen, die eine gültige Genehmigungsurkunde nach § 17 Personenbeförderungsgesetz besitzen, zum Verkehr nach §§ 47 und/oder 49 Abs. 4 Personenbeförderungsgesetz in der jeweils gültigen Fassung zugelassen sind und den Vertrag schriftlich anerkennen (Anlage 4).

Nicht unter den Vertrag fallen Transporte im Rahmen des Rettungsdienstes, der die bedarfsgerechte und flächendeckende Notfallrettung, den Krankentransport betreuungsbedürftiger Kranker (insb. liegend) und die Sofortreaktion durch die bodengebundene Rettung, die Luftrettung und die Berg- und Wasserrettung beinhaltet.

- (3) Der Vertrag und die entsprechenden Anlagen zur Vergütung werden vom Fachverband, im Namen der Taxiunternehmen, den zuständigen Straßenverkehrsbehörden zur Genehmigung oder Kenntnisnahme gemäß § 51 Personenbeförderungsgesetz vorgelegt.
- (4) Die Vertragspartner streben pro Jahr eine Mindestfahrtenanzahl von 600.000 an.

## **§ 2**

### **Vertragspartner und Leistungserbringer**

- (1) Vertragspartner dieses Vertrages sind, aufgrund der Mandatierung durch die Thüringer Taxi- und Mietwagenunternehmer, der Fachverband und die AOK PLUS.
- (2) Durch Anerkennung des Vertrages erlangt das jeweilige Taxi- und/oder Mietwagenunternehmen statusbegründenden Charakter, d. h. er tritt gegenüber der AOK PLUS als Leistungserbringer hinsichtlich der Erfüllung des konkreten Beförderungsvertrages mit allen nachfolgenden Rechten und Pflichten auf (nachfolgend Leistungserbringer genannt).

### **§ 3 Leistungsberechtigung**

- (1) Die Durchführung von Krankenfahrten mit Direktabrechnung durch Leistungserbringer gegenüber der AOK PLUS setzt die Vorlage der entsprechenden Genehmigungsurkunde nach § 1 Abs. 2 voraus. Der Fahrer muss im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung gemäß § 48 Fahrerlaubnisverordnung sein.
- (2) Die Leistungsberechtigung gilt nur für das in der Genehmigungsurkunde genannte Unternehmen, für die darin bezeichneten Fahrzeuge und für den in der Genehmigungsurkunde genannten Betriebssitz. Sie ist nicht übertragbar.
- (3) Für die Durchführung von behindertengerechten Krankenfahrten für nicht gehfähige Versicherte (mit Rollstuhl und/oder Trageleistung) müssen die genutzten Fahrzeuge über die besonderen Einrichtungen verfügen, die diese Krankenfahrten erfordern. Die Durchführung von Krankenfahrten für nicht umsetzbare Versicherte im Rollstuhl ist nur zulässig, wenn die eingesetzten Fahrzeuge über einen oder mehrere Rollstuhlstellplätze mit Rollstuhl-Rückhaltesystem und Rollstuhlnutzer-Rückhaltesystem sowie Auffahrampen/Hebepattformen verfügen.

Die Fahrzeuge müssen den Anforderungen der DIN 75078 – 1/-2 entsprechen.

§ 35 a Absatz 4 a in Verbindung mit Absatz 4 b ist gemäß § 72 StVZO ab dem 1. September 2016 für alle Fahrzeuge anzuwenden, bei denen ein Einbau, Umbau oder eine Nachrüstung mit Rollstuhlstellplätzen, Rollstuhl-Rückhaltesystemen oder Rollstuhlnutzer-Rückhaltesystemen erfolgte. Für Einbauten, Umbauten oder Nachrüstungen vor diesem Datum gilt die DIN 75078-2:2015-04.

Nachweise zur vorschriftsmäßigen Ausstattung der Fahrzeuge werden der AOK PLUS vom Leistungserbringer zur Prüfung vorgelegt (z. B. Eintrag in der Zulassungsbescheinigung Teil I bzw. Bestätigung der Prüforganisation). Das eingesetzte Personal ist im Umgang mit dem Versicherten unterwiesen und mit den besonderen Einrichtungen in den Fahrzeugen vertraut. Es sollen nur Rollstühle verladen, gesichert und befördert werden, die entsprechend DIN 75078 – 2 mit Kraftknotenpunkten ausgestattet sind.

- (4) Die Leistungsberechtigung endet automatisch bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 und/oder 3. Erfolgt eine Verlängerung der Genehmigung bzw. Vorlage des Nachweises nach Abs. 3. wird mit dem Tag des Nachweises bei der

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen  
Team Vertragsgestaltung FK/RD  
98523 Suhl

die Leistungsberechtigung fortgesetzt. Der Nachweis obliegt dem Leistungserbringer.

### **§ 4 Durchführung und Wirtschaftlichkeit von Krankenfahrten**

- (1) Voraussetzung für die Durchführung einer Krankenfahrt ist erfüllt, wenn
  - a. ein Vertragsarzt auf dem aktuell gültigen Vordruck „Verordnung einer Krankenbeförderung“ (Muster 4) die Krankenfahrt mit Taxi oder Mietwagen aus zwingenden medizinischen Gründen bescheinigt.

- b. auf der ärztlichen Verordnung die AOK PLUS als Kostenträger benannt und ein Leistungsanspruch auf Übernahme der Beförderung nach § 60 SGB V gegeben ist. Es gilt die Krankentransportrichtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 12 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die AOK PLUS wirkt auf Ärzte und Krankenhäuser ein und erteilt Hinweise für das ordnungsgemäße Ausfüllen des Musters 4. Wenn die Krankenkasse trotz nicht ordnungsgemäß ausgefüllter Verordnung eine Genehmigung erteilt, ist diese gültig.
- (2) Die Krankenfahrten werden vom behandelnden Arzt mit dem entsprechenden Formular 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 muss der Versicherte 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 des Versicherten in das Fahrzeug und endet beim Verlassen des Fahrzeuges.
- (7) Bei der Berechnung der Kilometer gilt vom Beginn der Krankenfahrt (Einsteigen des Versicherten) bis zum Fahrziel als ökonomisch kürzeste Wegstrecke eine Mischung aus kürzester und schnellster Strecke gemäß öffentlich zugänglichen Routenplanern, wobei verkehrsübliche Straßen wie Bundesautobahnen, Bundes-, Landes- oder Kreisstraßen zwischen Abhol- und Zielort benutzt werden. Am Abhol- und Zielort sind auch verkehrsberuhigte Strecken zu benutzen. Bei festgestellten Abweichungen erfolgt die klärende Kontaktaufnahme mit dem Beförderer. Abweichungen hiervon (z. B. Umleitungen) müssen in der Abrechnung begründet werden.
- (8) Bei Fahrten, die mit einer Rückfahrt verbunden sind, besteht am Zielort grundsätzlich Wartepflicht, wenn die Kosten der Wartezeit geringer sind als die Kosten einer zweiten Fahrt. Die Wartezeit kann maximal bis zur Höhe der Vergütung einer zweiten Fahrt berechnet werden. Die Behandlungs- bzw. Aufenthaltszeit ist stets von der medizinischen Einrichtung zu bestätigen. Sofern bei einer Gemeinschaftsfahrt eine behandlungsbedingte Wartezeit für einen Versicherten eintritt, ist die Rückfahrt auch als Gemeinschaftsfahrt durchzuführen. Die vom Arzt bestätigte Wartezeit kann zusätzlich abgerechnet werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die wirtschaftlichste Durchführung der Krankenfahrt.
- (9) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Krankenfahrten sach- und fachgerecht auszuführen.

## **§ 5**

### **Kostenübernahmekriterien**

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 S. 1 Nr. 1 SGB V (Krankenhausaufnahmen und -entlassungen, Aufnahmen und

Entlassungen bei Rehabilitationsmaßnahmen, 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 Krankentransport-Richtlinie vom 22. Januar 2004 in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere in folgenden Ausnahmefällen:
- Fahrten im Zusammenhang mit der Dialysebehandlung
  - Fahrten im Zusammenhang mit der onkologischen Strahlentherapie
  - Fahrten im Zusammenhang mit der parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie

Es gelten die Krankentransportrichtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 12 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Für die unter § 8 Abs. 2 und Abs. 4 Krankentransport-Richtlinie aufgeführten Ausnahmefälle ist grundsätzlich eine vorherige Genehmigung der AOK PLUS erforderlich. In den Fällen des § 8 Abs. 3 Satz 1 und 2 Krankentransport-Richtlinie gilt in Verbindung mit § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V die Genehmigung als erteilt (Genehmigungsfiktion).

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.

### **§ 5a**

#### **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 der Versicherte einen Leistungsanspruch nach § 60 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX hat und vor der Leistungserbringung die Kostenübernahme mit seiner Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 4 Krankentransport-Richtlinie geklärt hat. Für die Fahrten zur medizinischen Rehabilitation ist keine Verordnung auszustellen. Der Versicherte erhält 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 des Versicherten. Übliches Gepäck bei Fahrten zur Rehabilitation für die stationären Aufenthalte wird kostenlos mitgenommen.

## **§ 6 Zuzahlung und Mehrkosten**

- (3) Die gesetzliche Zuzahlung beträgt zehn Prozent des Fahrpreises je Fahrt; mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als den Preis der Fahrt.
- (4) Die Zuzahlung wird vom Unternehmer direkt beim Versicherten erhoben; der Versicherte erhält grundsätzlich auf Wunsch eine Quittung über die Zuzahlung.
- (5) Hin- und Rückfahrt sind jeweils eine Fahrt, unabhängig davon, ob am Behandlungsort gewartet wird und die Fahrt als Rundfahrt abgerechnet wird. Das bedeutet, der Versicherte hat die Zuzahlung sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt, unter Berücksichtigung einer möglichen Wartezeit, zu leisten.
- (6) Bei der Beförderung mehrerer Versicherter wird die Zuzahlung von jedem Versicherten fällig. Die Zuzahlung berechnet sich nach dem anteiligen Fahrpreis für jeden Versicherten. Die Summe der Zuzahlungen darf nicht den Gesamtpreis der Fahrt übersteigen.
- (7) Bei Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 73 SGB IX im Sinne von § 5a dieses Vertrages sind keine Zuzahlungen zu leisten.
- (8) Von der Zuzahlung sind ansonsten nur die Versicherten befreit, die im Besitz eines gültigen Befreiungsausweises sind.

Hat der Versicherte im Kalenderjahr Zuzahlungen bis zu seiner persönlichen Belastungsgrenze (§ 62 Abs. 1 SGB V) geleistet, ist er für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreit. In diesen Fällen werden, sofern der Versicherte durch Vorlage eines entsprechenden Ausweises oder einer Bescheinigung der AOK PLUS dies nachweisen kann, die im § 5 genannten Krankenfahrten ohne den Abzug einer Zuzahlung übernommen.

**Hinweis:** Wird der Versicherte während des Leistungszeitraumes von Zuzahlungen befreit und legt er den Befreiungsausweis dem Leistungserbringer vor, so ist für den gesamten Abrechnungszeitraum keine Zuzahlung zu leisten.

- (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 vom Versicherten nicht verlangt werden.

Mehrkosten, die durch persönliche Wünsche der zu befördernden Versicherten entstehen, gehen zu deren Lasten. Der Leistungserbringer muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass Mehrkosten nicht von der AOK PLUS übernommen werden dürfen.

## **§ 7 Qualitätskriterien**

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten mit verkehrssicheren Fahrzeugen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr (BOKraft) u. a.) und in die Vertragsregeln eingewiesenem Fahrpersonal befördert werden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen. Ei-

ne Haftung der AOK PLUS für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist hierdurch ausgeschlossen.

- (2) Der Beförderer verpflichtet sich nach Auftragsannahme, in der Regel, innerhalb einer zumutbaren Zeit beim Versicherten zur Beförderung einzutreffen.
- (3) Zur Beförderung sind den Witterungsbedingungen entsprechende saubere, gelüftete und beheizbare Nichtraucherfahrzeuge einzusetzen. Freundlichkeit und persönliche Zuverlässigkeit sowie ein gepflegtes Erscheinungsbild des Fahrpersonals sollte vom Leistungserbringer gewährleistet werden. Jedes Fahrzeug, das zur Durchführung der Krankenfahrten eingesetzt wird, muss über Kommunikationseinrichtungen jederzeit erreichbar sein. Dem Fahrpersonal ist das Rauchen im Fahrzeug nicht gestattet.
- (4) Bei Bedarf kann der Versicherte von/zum Fahrzeug begleitet werden.
- (5) Das Fahrpersonal ist zu unterweisen, dass bei Erkennen der Notwendigkeit einer medizinisch-fachlichen Betreuung des Patienten, die Krankenfahrt nicht anzutreten oder abubrechen und sofort die zuständige Regionalleitstelle zu verständigen ist bzw, den Versicherten an diese zu verweisen.
- (6) Bei der Beförderung von Kindern ist zu garantieren, dass das Kind in einem altersgerechten Kindersitz gemäß Sicherungspflicht für die Personenbeförderung nach § 21 ff. StVO in der jeweils gültigen Fassung, transportiert wird.
- (7) Alle vereinbarten Termine sind grundsätzlich verbindlich, bei unvorhergesehener Verhinderung ist eine vertragsgerechte Ersatzleistung zu gewährleisten.

## **§ 8**

### **Vertragsverstöße und Fehlverhalten**

- (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 sind möglichst im gegenseitigen Einvernehmen zwischen Leistungserbringer und der AOK PLUS zu regeln.
- (2) Verstöße eines Leistungserbringers gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit oder gegen die vertraglichen Vereinbarungen gelten als Vertragsverstöße und berechtigen nach Anhörung zu Maßnahmen, wie die Festsetzung einer angemessenen Vertragsstrafe bis hin zum fristlosen Ausschluss als Leistungserbringer aus diesem Vertrag.
- (3) Der Fachverband wird zur Klärung und Vermittlung einbezogen.
- (4) Beispielhafte Verstöße sind insbesondere:
  - a. Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen
  - b. Abrechnung von Sammeltransporten als Einzelfahrten
  - c. Nicht vertragsgemäße Abrechnung von Serienfahrten
  - d. Fremdgenutzte Fahrunterbrechungen
  - e. Sonstige Abrechnungsmanipulation
  - f. Zahlungen, Vergütungen oder Provisionen für die Vermittlung von Aufträgen an andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen bzw. medizinischen Einrichtungen
  - g. Vordatierung oder Quittierung (Globalbestätigung) von noch nicht erbrachten Zahlungen/Leistungen

- h. Weitere Forderungen gegenüber dem Versicherten über die gesetzliche Zuzahlung hinaus, soweit die Leistungspflicht der AOK PLUS gegeben ist oder die Erhöhung des Fahrpreises um die Zuzahlung
  - i. Änderungen und Ergänzungen auf der Vorderseite der vertragsärztlichen Verordnung (Urkundenfälschung)
  - j. Schwerwiegender Verstoß gegen den Datenschutz
  - k. Einsatz von Fahrpersonal und Fahrzeugen, die nicht den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen
- (5) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Arzt oder einer ambulanten/stationären Einrichtung dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Vertragspartnern beeinflusst wird, ist ebenfalls unzulässig.
- (6) Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen, sind dem Leistungserbringer und dem Fachverband nicht gestattet.

## **§ 9 Abrechnung**

- (1) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt auf dem Bankweg. Die Zahlungsfrist beträgt vom Eingang der vollständigen Rechnung bis zur Wertstellung bei der AOK PLUS vier Wochen.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt einmal monatlich und nach den Bestimmungen und Richtlinien des § 302 SGB V. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mit der AOK PLUS das Abrechnungsverfahren auf dem Weg des Datenaustausches (DA) durchzuführen. Die Kosten dafür trägt der Leistungserbringer. Bei nicht maschinell verwertbarer Datenübermittlung werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten in Höhe von 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages pauschal von der Rechnung gekürzt. Weitere Einzelheiten zum Datenaustausch sind in der Anlage 3 geregelt.
- (3) Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung der Krankenförderung beizufügen. Vom Patienten ist die Fahrt in der vorgesehenen Art und Weise auf der Rückseite der Verordnung zu quittieren. Die Fahrten zur Dialyse, Bestrahlung und zur Chemotherapie können separat dokumentiert werden. Jede Einzelfahrt ist dabei vom Versicherten, der medizinischen Einrichtung und vom jeweiligen Fahrer zu bestätigen.
- (4) Bei gleichzeitiger Beförderung mehrerer Patienten (unter Beachtung der Vorschriften des PBefG), unabhängig davon, ob sie verschiedenen Kostenträgern angehören, werden die Transportkosten anteilig nach den jeweiligen Patienten aufgeteilt und gesondert in Rechnung gestellt.
- (5) Zur Abrechnung ist die Zuordnung eines Institutionskennzeichens (IK) mit der aktuellen Bankverbindung des Leistungserbringers zwingend erforderlich. Selbst wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsfirma erfolgt, ist das Institutionskennzeichen zum Zwecke der Zuordnung notwendig und anzugeben. Das IK ist vom Leistungserbringer bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE-IK), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Alle Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind unverzüglich der ARGE-IK mitzuteilen. Die unter dem IK gespeicherten Daten, wie die Bankverbindung, sind für die Abrechnung durch die AOK PLUS verbindlich. Andere Kontoverbindungen werden nicht berücksichtigt.
- (6) Die AOK PLUS ist berechtigt Rechnungen zurückzuweisen, wenn diese nicht den Bestimmungen des Vertrages entsprechen. Unvollständig zugesandte Rechnungen

werden nicht bearbeitet. Diese Rechnungen werden dem Unternehmen innerhalb der in § 9 Absatz 1 genannten Frist zurückgegeben.

- (7) Die Abtretung von Forderungen aus diesem Vertrag gegenüber der AOK PLUS an Dritte ist nur zum Zwecke der Abrechnung (Abrechnungsfirmen) möglich. Die Abtretung ist der AOK PLUS schriftlich, unter Angabe des Beginns und des Namens der beauftragten Abrechnungsstelle, anzuzeigen. Die Zahlungen der AOK PLUS an den Abrechner erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung, wenn die abrechnende Stelle Originalbelege einreicht, es sei denn, der AOK PLUS liegt eine schriftliche Widerrufserklärung des Leistungserbringers und die gleichlautende Zustimmung der Abrechnungsstelle vor (§ 409 Abs. 2 BGB). Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der beauftragten Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (8) Rechnungskorrekturen sind maximal bis 6 Monate nach Rechnungseingang möglich.

## **§ 10**

### **Vergütung von Krankenfahrten und Ausschlussfrist**

- (1) Die Vergütung von Krankenfahrten nach § 5 dieses Vertrages für die Durchführung mit Taxi oder Mietwagen wird in den Anlagen 1 und 1a des Vertrages geregelt.
- (2) Die Vergütung von Zuschlägen für Krankenfahrten von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern nach § 5 dieses Vertrages wird in der Anlage 2 des Vertrages geregelt.
- (3) Die Vertragspartner streben eine flächendeckende Realisierung des Vertrages an. Bei Versorgungsengpässen sind regionale Sondervereinbarungen möglich.
- (4) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Leistungserbringer die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (5) Der Vergütungsanspruch erlischt 12 Monate nach dem Tag der Leistungserbringung.

## **§ 11**

### **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.

## **§ 12**

### **Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages und der Vergütungsvereinbarungen**

- (1) Dieser Vertrag gilt ab 01.02.2022 - vorbehaltlich der Genehmigung durch die Genehmigungsbehörden - für unbestimmte Zeit. Maßgeblich für die Anwendung dieses Vertrages ist der Tag der Leistungserbringung.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres frühestens zum 31.12.2022 schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist mit eingeschriebenem Brief zuzustellen.
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, 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.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich im Falle einer Kündigung unverzüglich neue 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.
- (5) Die Vergütungsvereinbarungen (Anlagen 1, 1a und 2) können jeweils unabhängig von der Kündigungsfrist nach § 12 Abs. 2 mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, Anlage 1a frühestens zum 31.12.2022, gekündigt werden. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien fristgemäß kündigt.
- (6) Die Vertragspartner verpflichten sich im Falle einer Kündigung (einer) der Vergütungsvereinbarung(en) innerhalb von 4 Wochen Verhandlungen aufzunehmen.

Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der bestehenden Vergütungsvereinbarung nicht zustande, gilt diese vorerst weiter.

(7) Die Gültigkeit des Vertrages wird bei Kündigung einer der Anlagen nicht berührt.

### **§ 13 Schlussbestimmungen**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Vertragsbestimmungen nicht beeinträchtigt.

Die Vertragsparteien sind in diesem Fall einander verpflichtet, anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung eine solche zu vereinbaren, die dem (wirtschaftlichen) Zweck der zu ersetzenden Bestimmung möglichst nahekommt bzw. den Vertrag entsprechend anzupassen. Gleiches gilt bei Änderung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften einschließlich der auf deren Grundlage erlassenen Richtlinien.

Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung oder Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

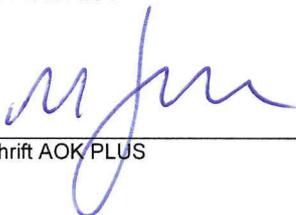
Chemnitz, den 03.01.2021

Ort, Datum

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

Vertreter AOK PLUS

Unterschrift AOK PLUS



Erfurt, den 03.01.2021

Ort, Datum

Landesverband Thüringen des Ver-  
kehrsgewerbes (LTV) e. V., vertreten  
durch das Präsidium, dieses hier vertre-  
ten durch den Hauptgeschäftsführer  
Herrn Martin Kammer

Vertreter Vertragspartner

Unterschrift Vertragspartner

