

Rahmenvereinbarung nach § 133 SGB V über die Vergütung von Fahrkosten bei Krankenfahrten als Sitzendfahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz in Baden-Württemberg

Zwischen

den 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),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Ba-
den-Württemberg,

**dem BKK Landesverband Süd, vertreten durch die
IKK classic,**

der IKK classic,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München,

**der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung e.V.
(DGUV), Landesverband Südwest, Heidelberg**

- nachstehend „Krankenkassen“ genannt -

und dem

Verband des Württembergischen Verkehrsgewerbes e.V.

Hedelfinger Straße 25
70327 Stuttgart

Verband des Verkehrsgewerbes Baden e.V.

Weißerlenstraße 9
79108 Freiburg

TVD-Baden-Württemberg Landesverband des Taxi- und Mietwagengewerbes e.V.

Rheinstraße 56a
76185 Karlsruhe

- nachstehend „Verkehrsverbände“ genannt -

den Verkehrsverbänden vom 20.02.2013 (In-Kraft-getreten am
01.05.2013) sowie zwischen den Krankenkassen und dem
TVD Baden-Württemberg vom 17.04.2013 (In-Kraft-getreten
am 01.05.2013) ersetzt - geschlossen:

§ 1 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für die Krankenkassen einerseits sowie
die

- a) Mitglieder der Verkehrsverbände mit Betriebssitz in Baden-
Württemberg, die die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen
und der Vereinbarung nach § 4 beigetreten sind,
und
- b) Nichtmitglieder der Verkehrsverbände mit Betriebssitz in
Baden-Württemberg, die die Voraussetzungen nach § 3 er-
füllen und der Vereinbarung nach § 4 beigetreten sind
als Leistungserbringer andererseits.

§ 2 Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung

- (1) ¹Diese Rahmenvereinbarung regelt die Vergütung von
Fahrkosten bei Krankenfahrten als Sitzendfahrten durch
die Krankenkassen an die in § 1 genannten Leistungser-
bringer.²Krankenfahrten nach Satz 1 sind Fahrten
gemäß § 60 SGB V für Versicherte, die
 - a) bei den vertragsschließenden Kostenträgern ver-
sichert sind und
 - b) sitzend und ohne die Notwendigkeit einer besonde-
ren Einrichtung durchgeführt werden.
- (2) Für die in Absatz 1 genannten Fahrten übernehmen die
Krankenkassen die Fahrkosten unter Abzug der Zu-
zahlung in den in § 60 SGB V und der jeweils gültigen
Krankentransport-Richtlinie (KrTPR) genannten Fällen.
- (3) Kein Gegenstand dieser Vereinbarung sind
 - a) Krankenfahrten als Rollstuhlfahrten, Tragestuhl-
fahrten und Liegendfahrten sowie
 - b) Krankenfahrten mit Mietwagen in Stadt- und Land-
kreisen, in denen tarifbezogene Regelungen, insbe-
sondere Mindestbeförderungsentgelte, nach § 51a
Personenbeförderungsgesetz (PBefG) festgelegt sindDiese Krankenfahrten können mit den Krankenkassen
nach dieser Rahmenvereinbarung nicht abgerechnet
werden.

wird folgende Rahmenvereinbarung – welche die bestehende
Rahmenvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und

§ 3

Voraussetzungen der Leistungserbringer

- (1) Voraussetzungen für die Vergütung von Krankenfahrten nach dieser Rahmenvereinbarung sind
 - a) eine Genehmigung für den Gelegenheitsverkehr mit Taxen und/oder Mietwagen nach dem PBefG,
 - b) ein Institutionskennzeichen als Abrechnungsgrundlage und
 - c) ein wirksamer Beitritt zur dieser Rahmenvereinbarung nach § 4, der nicht gekündigt und/oder widerrufen wurde.
- (2) ¹Diese Rahmenvereinbarung gilt ausschließlich für die in der Genehmigungsurkunde genannten Unternehmer, für die darin bezeichneten Fahrzeuge und den in der Genehmigungsurkunde genannten Betriebssitz (§ 17 PBefG). ²Die von der Genehmigungsbehörde vorgesehene Erweiterung des Betriebssitzes ist zu berücksichtigen. ³Sie ist nicht übertragbar. ⁴Bestehen Genehmigungsurkunden für mehrere Betriebssitze, sind diese in ihrer Gesamtheit vorzulegen.
- (3) ¹Bei einem Widerruf, einer Rückgabe oder einer Änderung der Genehmigung nach dem PBefG sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Krankenkassen hierüber unverzüglich schriftlich zu informieren. ²Eine entsprechende Informationspflicht gilt auch bei Erlangen und Wegfall von Betriebssitzen.
- (4) ¹Bei einem Ablauf der Geltungsdauer der Genehmigung oder einem Widerruf der Genehmigung ist die Grundlage für einen Beitritt sowie eine Vergütung nach dieser Rahmenvereinbarung nicht mehr gegeben. ²Der Beitritt von Leistungserbringern zu dieser Vereinbarung endet in diesem Fall automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Leistungserbringer dürfen ab diesem Zeitpunkt keine Abrechnung mehr nach dieser Vereinbarung durchführen.

§ 4

Beitritt

- (1) ¹Leistungserbringer, die die Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 a) und b) erfüllen, können dieser Rahmenvereinbarung beitreten. ²Um der Rahmenvereinbarung beizutreten, haben die Leistungserbringer den Krankenkassen folgende Unterlagen vorzulegen:
 - a) Ein vom Leistungserbringer unterzeichneter Verpflichtungsschein (Anlage 1) in zweifacher Ausfertigung
 - b) Kopie der Genehmigungsurkunde/n nach dem PBefG
 - c) Institutionskennzeichen.
- (2) Der Beitritt wird durch Beitrittsbestätigung der Krankenkassen wirksam.
- (3) Mit dem Beitritt zur Rahmenvereinbarung erkennen die Leistungserbringer alle Rechte und Pflichten aus dieser Vereinbarung an.
- (4) ¹Der Rahmenvereinbarung können auch rechtsfähige

örtliche Vereinigungen der Taxen- und Mietwagenunternehmen (z. B. Taxizentralen) beitreten. ²Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende Vollmacht durch die Mitgliedsunternehmen. ³Die Mitgliedsunternehmen müssen die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen. ⁴Die Vollmachts-erklärungen sowie die gültigen Genehmigungsurkunden der Mitgliedsunternehmen nach dem PBefG sind den Beitrittsunterlagen der Vereinigung beizufügen. ⁵Die Vereinigung hat durch Vereinbarung mit ihren Mitgliedsunternehmen sicherzustellen, dass diese die Pflichten der Leistungserbringer aus dieser Vereinbarung erfüllen. ⁶Anstelle der Mitgliedsunternehmen ist die Vereinigung zur Information der Krankenkassen nach § 3 Absatz 3 verpflichtet.

§ 5

Beendigung des Beitritts

- (1) ¹Leistungserbringer, die der Vereinbarung nach § 4 beigetreten sind, können ihren Beitritt durch Kündigung beenden.
- (2) Eine Kündigung nach Absatz 1 ist jährlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres, erstmalig zum 31.12.2025, möglich.
- (3) Abweichend von Absatz 2 haben die Leistungserbringer ein Sonderkündigungsrecht, wenn eine neue Preisvereinbarung (Anlage 4) in Kraft tritt. Das Sonderkündigungsrecht kann innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten einer neuen Preisvereinbarung mit einer Kündigungsfrist von drei Wochen ausgeübt werden.
- (4) Der Beitritt zu dieser Rahmenvereinbarung endet für Leistungserbringer, die
 - a) über eine Genehmigung für den Gelegenheitsverkehr mit Mietwagen nach dem PBefG verfügen und
 - b) ihren Betriebssitz in einem Stadt- oder Landkreis haben, in denen nach Inkrafttreten dieser Rahmenvereinbarung tarifbezogene Regelungen, insbesondere Mindestbeförderungsentgelte, nach § 51a PBefG eingeführt werden und
 - c) soweit sie Krankenfahrten als Mietwagenfahrten abrechnenautomatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (5) ¹Der Beitritt von Leistungserbringern zu dieser Rahmenvereinbarung endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn Leistungserbringer dauerhaft keine Abrechnung nach dieser Rahmenvereinbarung durchführen. ²Satz 1 ist dann der Fall, wenn Leistungserbringer innerhalb von drei Jahren ab dem Zeitpunkt der letzten Abrechnung keine weiteren Abrechnungen nach dieser Rahmenvereinbarung durchgeführt haben. Haben Leistungserbringer seit ihrem Beitritt keine Abrechnung nach dieser Rahmenvereinbarung durchgeführt, gilt abweichend von dem in Satz 2 genannten Zeitpunkt der Zeitpunkt des Beitritts. Endet der Beitritt nach Satz 1, ist jederzeit wieder ein erneuter Beitritt nach § 4 möglich.

- (6) ¹Die Kündigung hat in Schriftform zu erfolgen.

§ 6

Voraussetzung für eine Vergütung

- (1) ¹Voraussetzung für eine Vergütung nach dieser Rahmenvereinbarung ist die Notwendigkeit einer Krankenfahrt nach § 3 KrTPR. ²Die Notwendigkeit muss durch den in § 1 KrTPR genannten Personskreis (z. B. Arzt, Zahnarzt) nach § 2 KrTPR verordnet werden. ³Die Verordnung muss auf dem Formular „Verordnung einer Krankbeförderung“ (Muster 4) ausgestellt werden.
- (2) ¹Für jede Krankenfahrt ist eine gesonderte Verordnung erforderlich. ²Ausgenommen sind Krankenfahrten für Versicherte, die mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist (Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie und Heilmittelerbringung). ³In diesem Fall ist eine Verordnung, die den betreffenden Zeitraum umfasst, ausreichend. ⁴§ 8 Absatz 2 Satz 2 KrTPR gilt entsprechend.
- (3) Die Vorderseite der Verordnung darf nur vom Aussteller ergänzt, geändert oder unterzeichnet werden.
- (4) Bei genehmigungspflichtigen Krankenfahrten muss neben der Verordnung eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegen. ²Diese haben sich die Leistungserbringer vor Fahrtbeginn von den Versicherten vorlegen zu lassen.

§ 7

Durchführung von Krankenfahrten

- (1) ¹Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Krankenfahrten nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) durchzuführen.
- (2) ²Können mehrere Versicherte gleichzeitig befördert werden, sind Sammelfahrten durchzuführen. ³Die Leistungserbringer prüfen die Möglichkeit von Sammelfahrten.
- (3) ¹Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten. ²Hierzu zählen insbesondere die Bestimmungen der EU-DSGVO, des SGB X und des BDSG. ³Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Mitarbeiter entsprechend zu informieren und die Einhaltung sicherzustellen.
- (4) ¹Die Krankenfahrt umfasst auch die Mitnahme von
- Begleitpersonen der Versicherten,
 - von Blindenführhunden,
 - von Gehhilfen,
 - von Rollstühlen, soweit diese zusammengeklappt werden können sowie
 - von Gepäckstücken, sofern diese die übliche Größe und den üblichen Umfang nicht übersteigen.
- ²Die in Satz 1 genannten Leistungen sind mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

- (5) Die Leistungserbringer unterstützen die Versicherten beim Ein- und Aussteigen sowie beim Verstauen des Gepäcks.

- (6) ¹Den Versicherten steht die Wahl unter den Leistungserbringern am Ort frei. ²Ein Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten besteht jedoch nur nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

- (7) Die Leistungserbringer haben bei der Durchführung der Krankenfahrten alle gesetzlichen Bestimmungen zu beachten und alle Maßnahmen für eine sichere Beförderung der Versicherten zu treffen.

- (8) ¹Die Leistungserbringer führen die Krankenfahrten grundsätzlich selbst mit den in der Genehmigungsurkunde bezeichneten Fahrzeugen aus. ²Die Weitergabe und/oder Weitervermittlung von Krankenfahrten an Dritte (Subunternehmer) ist nach dieser Vereinbarung grundsätzlich nicht zulässig.

§ 8

Vergütung

- (1) ¹Die Höhe der Vergütung für Krankenfahrten, die die Leistungserbringer nach dieser Vereinbarung durchführen, sowie die Vergütungsgrundsätze sind in der Anlage 2 (Preisvereinbarung) festgelegt. ²Die Preisvereinbarung ist Bestandteil dieser Rahmenvereinbarung. ³Sie ist gesondert kündbar. ⁴Der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer besteht immer nur gegenüber derjenigen Krankenkasse, bei der die beförderte Person versichert ist.
- (2) Krankenfahrten können zu Lasten der Krankenkassen nur durchgeführt und abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen nach § 60 SGB V in Verbindung mit der KrTPR und dieser Rahmenvereinbarung erfüllt sind.
- (3) ¹Die Leistungserbringer haben die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung nach § 61 SGB V von den Versicherten einzuhalten. ²Berechnungsgrundlage hierfür ist der Gesamtbetrag. ³Sind Versicherte von der Zuzahlung nach § 62 Absatz 1 Satz 1 SGB V befreit, haben sich die Leistungserbringer in geeigneter Form vom Vorliegen der Befreiung zu überzeugen (z. B. Befreiungsausweis).
- (4) ¹Weitere Zuzahlungen dürfen nicht gefordert oder angenommen werden. ²Mehrkosten, die durch persönliche Wünsche von Versicherten oder Begleitpersonen entstehen oder eine Serviceleistung des Leistungserbringers darstellen, gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen, sofern diese nicht ausdrücklich vereinbart sind.

§ 9

Abrechnung

- (1) ¹Zur Abrechnung verwenden die Krankenkassen ausschließlich diejenigen Angaben und Bankdaten, die bei der Sammel- und Verteilungsstelle der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) unter dem jeweiligen Institutionenkennzeichen (IK) der Leistungserbringer gespeichert

sind. ²Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen.

³Änderungen, die die Leistungserbringer den Krankenkassen mitteilen, können bei der Abrechnung nicht berücksichtigt werden.

- (2) Die Abrechnung der Leistungserbringer erfolgt bis zum fünfzehnten (15.) des jeweiligen Folgemonats.
- (3) Erfolgt der Rechnungseingang von den Leistungserbringern nicht zeitnah (d.h. mehr als drei Monate nach der durchgeführten Krankenfahrt/nach der letzten Krankenfahrt einer Serie/nach der letzten Krankenfahrt eines Monats bei Dialyse), so ist jede Krankenkasse berechtigt, zehn Prozent (10%) des Rechnungsbetrages zu kürzen.
- (4) ¹Die Abrechnung erfolgt nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern in der jeweils aktuellen Fassung. ²Demnach hat die Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu erfolgen. ³Erfolgt abweichend von Satz 2 die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus runden, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, sind die Krankenkassen nach § 303 Absatz 3 berechtigt, die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungsürzung in Höhe von fünf Prozent (5%) des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.
- (5) In der aktuellen Fassung der in Absatz 4 genannten Richtlinie hat die Abrechnung folgende Bestandteile zu umfassen:
 - a) Abrechnungsdaten
 - b) Urbelege im Original
 - e) Genehmigung der zuständigen Krankenkassen im Original (bei genehmigungspflichtigen Krankenfahrten)
 - f) Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, ggf. zusätzlich Sammelrechnung),
 - g) Begleitzettel für Urbelege
- (6) ¹Die Abrechnung hat mindestens alle Abrechnungsdaten aufzuweisen, die in § 5 der Richtlinie nach Absatz 4 in Verbindung mit der Technischen Anlage 1 vorgesehen und als Muss-Feld („M“) gekennzeichnet sind. ²Hierzu gehören vor allem die festgelegten Basis-Segmente nach Nr. 5.5.3.1 und die Segmente für den Leistungserbringer-Sammelgruppenschlüssel E (Krankentransportleistungen) nach Nr. 5.5.3. ³Demnach muss die Abrechnung insbesondere folgende Angaben umfassen:
 - a) Schlüsselnummer dieser Vereinbarung (AC/TK) / Leistungserbringergruppe, siehe Deckblatt.
 - b) Institutionenkennzeichen
 - c) Daten des/der Versicherten, Krankenversichertennummer
 - d) Angaben zur Krankenfahrt
 - Datum der Krankenfahrt
 - Abholort (PLZ, Ort, Straße und Hausnummer)

- Zielort (PLZ, Ort, Straße und Hausnummer)
- Gefahrene Besetzkilometer, wenn abrechnungstechnisch möglich ist
- Beginn der Krankenfahrt, wenn abrechnungstechnisch möglich ist
- Ende der Krankenfahrt, wenn abrechnungstechnisch möglich ist
- Dauer der Krankenfahrt, wenn abrechnungstechnisch möglich ist.

- e) Hinweise zur Sammelfahrt und Anzahl der Fahrgäste
- f) Einzelpositionen der Abrechnung unter Angabe der Abrechnungspositionsnummern, der abgerechneten Anzahl/Menge und der Einzelbeträge
- g) Art und Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
- h) Gesamtbruttobetrag der Krankenfahrt
- i) Nummer der Genehmigung, welche von den Krankenkassen bei genehmigungspflichtigen Krankenfahrten erteilt wurde
- j) Betriebsstättennummer bzw. lebenslangen Arzt-nummer der Verordner.

²Für die Abrechnung der Einzelpositionen nutzen die Leistungserbringer die im Anhang der Preisvereinbarung genannten Abrechnungspositionsnummern. ³Anhand der Rechnung muss lückenlos nachvollziehbar sein, aus welchen Einzelpositionen sich der Rechnungsbetrag zusammensetzt.

- (7) ¹Als Urbelege haben die Leistungserbringer die vollständig ausgefüllten Verordnungen (siehe § 5) einzureichen. ²In der Genehmigung der Krankenkassen kann eine von Satz 1 abweichende Regelung getroffen werden. ³Liegt eine Verordnung für einen bestimmten Zeitraum bzw. für mehrere Krankenfahrten vor, so ist als Nachweis für die Durchführung der Krankenfahrten zur Behandlung zusätzlich zur Verordnung eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anwesenheitsbescheinigung (Anlage 3) einzureichen.
- (8) ¹Die Krankenkassen prüfen und begleichen die ordnungsgemäße Abrechnung innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen rechnungs- und zahlungsbegründenden Unterlagen. ²Rechnungen, für die die Krankenkassen nicht zuständig sind, werden den Leistungserbringern bzw. den Abrechnungsstellen mit einem entsprechenden Vermerk zurückgegeben.
- (9) ¹Die Rechnungen sind grundsätzlich bei der Krankenkasse einzureichen, bei denen die Versicherte/der Versicherte versichert sind. ²Es ist nicht zulässig die Fahrkosten den Versicherten in Rechnung zu stellen, wenn zum Zeitpunkt der Krankenfahrt ein Anspruch auf Abrechnung mit den Krankenkassen nach dieser Rahmenvereinbarung besteht oder erkennbar ist.
- (10) ¹Sofern Vereinigungen nach § 4 Absatz 4 für Leistungserbringer abrechnen, hat die Vereinigung zu gewährleisten, dass eine Zuordnung der Abrechnung zu dem Leistungserbringer, der die Krankenfahrt durchgeführt hat, sichergestellt ist. ²Sofern sich die Zuordnung nicht direkt aus der

Abrechnung ergibt, hat die Vereinigung die Zuordnung auf Verlangen der Krankenkassen jederzeit mitzuteilen.

§ 10 Abrechnungsstellen

- (1) Die Leistungserbringer sind für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, insbesondere der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, durch die Abrechnungsstelle verantwortlich. Sie verpflichten die Abrechnungsstelle entsprechend durch Vereinbarung. Die Vereinbarung ist den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen.
- (2) Die Zahlungen der Krankenkassen an die Abrechnungsstelle erfolgen auf das in der Rechnung der Abrechnungsstelle angegebene Bankkonto.
- (3) Die Zahlung der Krankenkassen an die Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und der Abrechnungsstelle mit einem Rechtsmangel behaftet sind.
- (4) Ablehnungen und Teilablehnungen von Rechnungen sowie die Rückgabe von Abrechnungsunterlagen erfolgen gegenüber der Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (5) Für Schäden der Krankenkassen, die die Abrechnungsstelle zu vertreten hat, haften die Abrechnungsstellen und die Leistungserbringer gesamtschuldnerisch.
- (6) Die Krankenkassen dürfen den Abrechnungsstellen sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft zur Abrechnung erteilen.

§ 11 Pflicht der Verkehrsverbände

Die Verkehrsverbände informieren die Mitglieder nach § 1 a) über diese Rahmenvereinbarung einschließlich aller Anlagen sowie alle nachfolgenden Preisvereinbarungen.

§ 12 Pflichten der Krankenkassen

- (1) Die Krankenkassen bekennen sich zu diesem Rahmenvertrag einschließlich der Preisvereinbarung in ihrer jeweils gültigen Fassung und verpflichten sich, auf eine Vergabe von Krankenfahrten in Form von Ausschreibungen o.dgl. mit dem Ziel der Unterbietung von Preisen zu verzichten.
- (2) Durch den wirksamen Beitritt eines Leistungserbringers gem. § 4, werden bestehende Einzelvereinbarungen zwischen dem beigetretenen Leistungserbringer und einer vertragschließenden Krankenkasse mit sofortiger Wirkung beendet.

Einer Kündigung der Einzelvereinbarung bedarf es hierzu ausdrücklich nicht.

§ 13 Vertragsverstöße

- (1) ¹Diese Rahmenvereinbarung kann von jeder Vertragspartei aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. ²Ebenso kann der Beitritt zu dieser Rahmenvereinbarung von einer Krankenkasse oder einem Leistungserbringer aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. ²Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn der kündigenden Vertragspartei unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung der Vereinbarung bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.
- (2) ¹Ein wichtiger Grund nach Absatz 1 liegt insbesondere vor, wenn
 - a) nicht oder teilweise nicht erbrachte Leistungen abgerechnet werden,
 - b) Sammelfahrten als Einzelfahrten abgerechnet werden,
 - c) der Fahrpreis um die Zuzahlung der Versicherten erhöht wird,
 - d) eine fremd genutzte Fahrtunterbrechung vorliegt,
 - e) sonstige Abrechnungsmanipulationen vorliegen,
 - f) Vergütung oder Provisionen für die Zuweisung oder Vermittlung von Aufträgen gezahlt werden,
 - g) Quittungen vordatiert oder Vor-Quittungen (Globalbestätigung von noch nicht erbrachten Leistungen) ausgestellt werden,
 - h) die Leistung nicht durch den abrechnenden Leistungserbringer selbst, sondern durch Subunternehmer durchgeführt werden,
 - i) Leistungserbringer ihrer Informationspflicht nach § 3 Absatz 3 nicht nachkommen,
 - j) Krankenfahrten durchgeführt und abgerechnet werden, obwohl die in § 3 genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen,
 - k) gegen Datenschutzbestimmungen verstoßen wird oder
 - l) die Fahrkosten entgegen § 9 Absatz 9 Satz 2 den Versicherten in Rechnung gestellt werden.

²Die Aufzählung ist nicht abschließend

- (3) Schadensersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern bleiben davon unberührt. Darüber hinaus finden die Ausführungen des § 197a Absatz 4 SGB V uneingeschränkte Anwendung.
- (4) ¹Die Krankenkassen informieren den zuständigen Verkehrsverband, wenn eine Kündigung von Leistungserbringern durch die Krankenkassen beabsichtigt ist. ²Voraussetzung hierfür ist eine Einwilligung der betroffenen Leistungserbringer zur Daten- und Informationsweitergabe. ³Sofern die Leistungserbringer keine Einwilligung erteilen

oder diese verweigern, entfällt die Informationspflicht nach Satz 1.

- (5) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten grundsätzlicher Bedeutung aus dieser Rahmenvereinbarung, die zwischen den Vertragsparteien nicht beigelegt werden können, ist ein paritätisch besetzter Vertragsausschuss zu bilden. Er setzt sich jeweils aus höchstens vier stimmberechtigten Vertretern der Verkehrsverbände und den Krankenkassen zusammen. Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 14

In-Kraft-Treten, Laufzeit und Kündigung

- (1) ¹Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.04.2025 in Kraft und ersetzt bereits bestehende Verträge mit gleichem Vertragsgegenstand. ²Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung, inklusive Anlagen, kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2025, gekündigt werden. Die Kündigung durch einzelne Krankenkassen lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die anderen Krankenkassen unberührt. Für den Fall einer Kündigung durch einzelne Krankenkassen wird den Verkehrsverbänden jeweils das Recht eingeräumt, binnen zwei Wochen nach Kündigungszugang ihrerseits die Rahmenvereinbarung inklusive Anlagen gegenüber den übrigen Krankenkassen zum selben Beendigungszeitpunkt zu erklären.
- (3) ¹Bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung hat die ausgelaufene oder gekündigte Preisvereinbarung übergangsweise weiterhin Gültigkeit, um eine Direktabrechnung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen auch dann zu ermöglichen, wenn sich der Abschluss einer neuen Preisvereinbarung verzögert. ²Sofern die ausgelaufene oder gekündigte Preisvereinbarung nicht innerhalb von einem Monat durch eine neue Preisvereinbarung ersetzt wird, kann diese Rahmenvereinbarung abweichend von Absatz 2 durch jede Vertragspartei mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.
- (4) ¹Diese Rahmenvereinbarung endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn eine Änderung von wesentlichen gesetzlichen Grundlagen für die Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkassen eintritt. Die Gesetzesänderung muss ausschließlich die Vereinbarungsinhalte dieser Rahmenvereinbarung betreffen. ²In diesem Fall verpflichten sich die Vertragspartner, unverzüglich in Verhandlung einzutreten, um die vorübergehende Weitergeltung von Bestandteilen dieser Rahmenvereinbarung sowie eine gesetzeskonforme Vereinbarung und seiner Anlagen zu vereinbaren.
- (5) Die Kündigung hat in Schriftform zu erfolgen.
- (6) Die Vertragsparteien verpflichten sich, frühzeitig vor Auslaufen der Vergütungsvereinbarung Verhandlungen zum Neuabschluss aufzunehmen.

§ 15

Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

- (1) ¹Alle Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen zu dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer rechtlichen Wirksamkeit der Schriftform. ²Satz 1 gilt auch für die Aufhebung dieses Schriftformerfordernisses.
- (2) ¹Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung im Übrigen unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Rahmenvereinbarung nicht zugemutet werden kann. ²In allen anderen Fällen werden die Parteien die unwirksame Bestimmung durch eine Regelung ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Berücksichtigung sonstiger rechtlicher Vorgaben am nächsten kommt. ³Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sich unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlagen:

Anlage 1 Verpflichtungsschein

Anlage 2 Preisvereinbarung