

Unternehmerleitfaden für die Abrechnung von Krankenfahrten



**Verband des privaten gewerblichen
Straßenpersonenverkehr Nordrhein-
Westfalen VSPV e.V.**



Stand: 10.12.2025



Kapitel 1: Grundlagen der Krankenfahrten

1.1 Was sind Krankenfahrten?

Krankenfahrten sind Fahrten von Versicherten zu medizinischen Behandlungen, bei denen keine medizinische Betreuung oder Versorgung während der Fahrt erforderlich ist. Sie werden in der Regel mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Taxis oder Mietwagen durchgeführt. Im Gegensatz dazu erfordern Krankentransporte spezielle Fahrzeuge mit medizinischer Ausstattung und Betreuungspersonal.

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Die rechtliche Basis für die Krankenfahrten bildet das **Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**. Gemäß **§ 60 SGB V** können die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Krankenfahrten übernehmen, wenn diese im Zusammenhang mit einer notwendigen medizinischen Behandlung stehen.

Zusätzlich regelt die **Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** die konkreten Voraussetzungen für die Verordnung und Abrechnung von Krankenfahrten.

Ein weiteres zentrales Regelwerk sind die **Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Sonstigen Leistungserbringern sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V)**. Diese Richtlinien standardisieren das Abrechnungsverfahren und legen fest, wie Leistungen dokumentiert und abgerechnet werden müssen.



1.3 Richtlinien und Anforderungen

Die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) legt fest, unter welchen Bedingungen eine Krankenfahrt zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann. Dabei sind unter anderem folgende Punkte entscheidend:

- Die Fahrt muss im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Behandlung stehen.
- In der Regel dürfen nur Fahrten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungseinrichtung erstattet werden.
- Für bestimmte Patientengruppen ist eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich, insbesondere bei regelmäßigen Fahrten (z. B. Dialyse oder Strahlentherapie).
- Fahrten mit dem Taxi oder Mietwagen sind nur erstattungsfähig, wenn die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder privater Fahrzeuge aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar ist.

1.4 Vertrags- und Rahmenbedingungen für Leistungserbringer

Taxi- und Mietwagenunternehmen, die Krankenfahrten auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen anbieten möchten, benötigen in der Regel eine vertragliche Vereinbarung mit der jeweiligen Krankenkasse oder einer Abrechnungsstelle. Diese Verträge basieren auf den gesetzlichen Regelungen sowie den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Einige wesentliche Punkte dieser Verträge sind:

- **Verweise auf Gesetze und Richtlinien:** Die Verträge enthalten oft Verweise auf gesetzliche Vorgaben und die Krankentransport-Richtlinie. Daher sind Leistungserbringer verpflichtet, sich über die geltenden Regelungen regelmäßig zu informieren.



- **Dokumentationspflichten:** Fahrten müssen sorgfältig dokumentiert und mit einer gültigen Verordnung des behandelnden Arztes oder der Klinik nachgewiesen werden.
- **Vergütung und Abrechnung:** Die Abrechnung erfolgt nach den vereinbarten Tarifen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuzahlungsregelungen der Patienten.

1.5 Zusammenspiel von Vertrag, Gesetz und Richtlinien

Da die Verträge der Leistungserbringer mit den Krankenkassen sich auf gesetzliche Vorgaben und Richtlinien beziehen, ergibt sich ein komplexes Regelwerk, das nur in der Gesamtschau verständlich wird. Einige wesentliche Punkte ergeben sich erst aus der Kombination von:

1. **Gesetzlichen Regelungen** (z. B. SGB V, § 60),
2. **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** (z. B. KT-RL),
3. **Individuellen Verträgen mit den Krankenkassen.**

Leistungserbringer sollten daher nicht nur die vertraglichen Vereinbarungen genau kennen, sondern sich auch regelmäßig über Änderungen in den gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien informieren, um abrechnungsfähige Krankenfahrten korrekt durchzuführen und Erstattungsprobleme zu vermeiden.



Kapitel 2: Genehmigungspflicht und Genehmigungsfreiheit von Fahrten

2.1 Genehmigungspflichtige und genehmigungsfreie Fahrten

Für Krankenfahrten gelten unterschiedliche Genehmigungsregelungen. Grundsätzlich sind Krankenfahrten genehmigungspflichtig, es sei denn, sie fallen unter eine der genehmigungsfreien Ausnahmen, die durch die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) und die vertraglichen Regelungen der Krankenkassen definiert sind.

Genehmigungsfreie Krankenfahrten:

- Fahrten zu voll-/teilstationären Krankenhausbehandlungen
- Fahrten zu vor- und nachstationären Behandlungen
- Fahrten zu ambulanten Behandlungen bei Merkzeichen aG, Bl oder H im Schwerbehindertenausweis
- Fahrten zu ambulanten Behandlungen bei Pflegegrad 4 ,5 oder PG 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung
- Fahrten zu ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V

Genehmigungspflichtige Krankenfahrten:

- Serienfahrten zu Dialysen, Chemotherapien oder Strahlentherapien
- Fahrten zu amb. Behandlungen bei starker Mobilitätsbeeinträchtigung und einer Behandlungsdauer von mind. 6 Monaten
- Fahrten zu amb. Behandlungen mit dem KTW

Eine genaue Aufstellung bietet nebenstehende Übersicht.

Übersicht Kostenübernahme von Fahrtkosten durch die Krankenkasse



<i>Fahrplanlass</i>	<i>Genehmigungspflicht</i>	<i>gesetzl. Zuzahlungspflicht*</i>
stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung	nein	erste/letzte Fahrt der Serienbehandlung
vor-/nachstationäre Behandlung	nein	für jede Fahrt
Fahrten zu stationären Hospizen oder amb. OP nach §115b SGB V	nein	für jede Fahrt
amb. Behandlung bei Merkzeichen aG, B1, H oder PG 4 oder 5, oder PG 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung	nein ----- ja, bei Fahrten mit dem KTW	für jede Fahrt
anderer Grund der Fahrt mit KTW erfordert	ja	für jede Fahrt
hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie und vergleichbare Ausnahmefälle)	ja	für jede Fahrt
vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung wie o. g. bei einer Therapiedauer von mind. 6 Monaten	ja	für jede Fahrt

*der Eigenanteil beträgt 10% der Fahrtkosten, mindestens 5,-€, maximal 10,-€ / einige Krankenkassen handhaben die Zuzahlungspflicht anders, dies entspricht aber nicht der gesetzl. Regelung



2.2 Maßgebliche Kriterien für den Vergütungsanspruch

Für die Vergütung einer Krankenfahrt sind drei Elemente entscheidend:

1. **Die ordnungsgemäße Transportverordnung** durch den behandelnden Arzt
2. **Die erforderliche Genehmigung der Krankenkasse**, falls diese notwendig ist
3. **Die tatsächliche Leistungserbringung** durch den Beförderer

Weitere Prüfpflichten des Unternehmers bestehen nicht. Der Beförderer erbringt eine Sachleistung im Auftrag der Krankenkasse und steht vertraglich mit dieser, nicht jedoch mit dem Patienten, in Beziehung. Ob der Beförderte zur Inanspruchnahme der Leistung berechtigt war, hat für das Vertragsverhältnis und den Vergütungsanspruch keinerlei rechtliche Relevanz **【BSG Urteil vom 13.9.2011 - B 1 KR 23/10 R】** .

2.3 Keine weitergehende Überprüfungspflichten des Beförderers

Der Leistungserbringer muss keine weitergehenden Prüfungen zur Leistungsberechtigung des Beförderten durchführen. Dies wurde durch das Bundessozialgericht klargestellt: Solange eine gültige Verordnung und – sofern erforderlich – eine Genehmigung der Krankenkasse vorliegen, besteht der Vergütungsanspruch des Beförderers **【BSG Urteil v. 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 R】** .



Kapitel 3: Anforderungen an die Transportverordnung

Für die Vergütung einer Krankenfahrt ist, wenn keine Genehmigung vorliegt, eine korrekt ausgefüllte **Transportverordnung (Muster 4)** zwingend erforderlich. Dabei müssen folgende Angaben vollständig und korrekt dokumentiert sein:

1. Angaben zur beförderten Person:

- Name, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- Versichertennummer und Krankenkasse

2. Angaben Hin- und/oder Rückfahrt

3. Grund der Beförderung

- Genehmigungsfreie oder
- Genehmigungspflichtige Fahrt

4. Angaben zur Art und Ausstattung der Beförderung:

- Datum/Zeitraum und ggf. Frequenz der Beförderung
- Zielort der Beförderung
- Beförderungsart und Ausstattung (Taxi, Mietwagen, Krankentransportwagen/Rollstuhl, Tragestuhl, liegend)

5. Unterschrift und Stempel:

- Die Verordnung muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt, abgestempelt und unterschrieben sein.

Eine unvollständige Verordnung kann zur Ablehnung der Kostenübernahme führen. Die Überprüfung, ob eine Verordnung inhaltlich korrekt ist (z.B. Angabe des Pflegegrades), obliegt **nicht** dem Beförderer.

Genaue Erläuterungen zur Verordnung folgen hier:



Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten		
			geb. am
	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1.

Verordnung einer Krankenförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2.

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt 3. Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

4.

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

5.

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

6.

vom/am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

7.

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ Tragestuhl

_____ liegend

RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

8.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

9.

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

10.

nein ja Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

11.

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto																															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
Rechnungsnummer			Zuzahlung																														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Positionsnummer	Anzahl	km	Positionsnummer	Anzahl	km																												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				



Vorderseite der Verordnung

1. Angabe ob eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt oder nicht (kein Anspruch auf Korrektheit/zusätzliche Prüfung empfohlen).
2. Angabe, ob ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vorliegt. Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen und darüber abzurechnen.
3. Angabe Hin- und/oder Rückfahrt

Genehmigungsfreie Fahrten:

4.

1.a)

- voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
- vor- oder nachstationäre Behandlung beim Vertragsarzt oder im Krankenhaus
 - vorstationär = max. 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der vollstationären KH-Behandlung
 - nachstationär = max. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach stationärer KH-Behandlung (bei Transplantation 3 Monate / Verlängerung durch Kostenträger möglich, Genehmigung erforderlich)

1.b)

- amb. Behandlung bei
 - Merkzeichen aG, Bl oder H im Schwerbehindertenausweis
 - PG 4 oder 5, oder PG 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung



1.c)

- anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen oder amb. OP nach § 115b SGB V, Begründung ist anzugeben.

Genehmigungspflichtige Fahrten:

5.

1.d)

- Dialyse / onkol. Chemo oder Strahlentherapie
- vergleichbarer Ausnahmefall = Fahrten mit vorgegebenem Therapieschema und hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bei einer Beeinträchtigung des Versicherten, wo die Beförderung zur Vermeidung von Schaden an dessen Leib und Leben unerlässlich ist.

1.e)

- Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit 1.b) und Behandlungsdauer von mind. 6 Monaten

1.f)

- Fahrten mit dem KTW (wie 1.b), Begründung muss unter 3. (ggf auch unter 4.) angegeben werden

6.

2.

- Behandlungstag (bzw. Beginn- und Enddatum)
- Behandlungsfrequenz (bei mehrmaliger Fahrt)
- geeignete, nächsterreichbare* Behandlungsstätte (*bei weiter entfernten Behandlungsstätten empfiehlt sich der Hinweis ggü. dem Versicherten, sich u.U. bei der KK rückzuversichern)

7.

3.



- Taxi / Mietwagen - immer ohne medizinische Betreuung
 - Rollstuhl / Tragestuhl / liegend zusätzl. möglich
- KTW - immer mit medizinisch-fachlicher Betreuung (verordnungsfähig wenn die Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist / „Art und Ausmaß der Funktionsstörung“ sind (ggf. unter Angabe des ICD-10) anzugeben.)
 - Rollstuhl / Tragestuhl / liegend zusätzl. möglich

- Rollstuhl = nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl
- Tragestuhl = nicht gehfähiger Patient, der sitzend befördert werden kann, aber aufgrund fehlender Barrierefreiheit eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich ist
- liegend = Patient, der ausschließlich liegend befördert werden kann

- RTW – Notfallpatienten, die vor/während der Beförderung neben Erste-Hilfe auch Maßnahmen benötigen, die die vitalen Funktionen aufrechterhalten oder wieder herstellen.
- NAW/NEF - für Notfallpatienten, für die eine notärztliche Versorgung zu erwarten oder erforderlich ist
- andere - z.B. RTH, wenn eine schnellere Beförderung als die bodengebundene erforderlich ist



8.

4.

- Begründung/sonst. u. a.:
 - Begründung von d) vergl. Ausnahmefall
 - Ortsangabe, wenn Wohnanschrift von der Beförderung abweicht
 - Gewicht bei Schwertransport
 - erweiterte Begründung 1.f)

Rückseite der Verordnung

9.

- Datum der durchgef. Fahrt und Adresse (offiziell reicht der Praxisname nicht aus)
- Unterschrift des Versicherten
- reichen die Unterschriftenfelder nicht aus, kann ein formloses Beiblatt angehängt werden

10.

- Angaben zum gültigen Befreiungsausweis
- Datum und Stempel/Unterschrift des Transporteurs

11.

- Abrechnungsdaten zwingend anzugeben sind:
 - IK des Transporteurs
 - Belegnummer
 - Rechnungsnummer

Grundsätzliche Anmerkungen

- Alle genannten Regelungen betreffen Fahrkosten zu Lasten der **gesetzlichen** Krankenkassen.



Ist der Anlass der Fahrt ein Arbeitsunfall und die Berufsgenossenschaft der Kostenträger, werden die Regelungen überwiegend analog von BGs angewandt.

- Verordnungen sind vor der Beförderung auszustellen.
 - außer bei nicht planbaren Krankenbeförderungen (wenn der Versicherte sofort zu einer unplanmäßigen ärztl. Behandlung muss)

Achtung: in einigen Rahmenverträgen ist dieses jedoch ausgeschlossen

- Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe
- Fahrten zu Leistungen der Pflegekasse (z. B. Fahrten von der Wohnung ins Pflegeheim oder zwischen Pflegeheimen) werden nicht von der Krankenkasse übernommen
- Die gesetzl. Zuzahlung ist (außer bei teilstationären Behandlungen, hier nur EA für erste und letzte Fahrt) für jede Fahrt zu leisten. Einige Krankenkassen handhaben dies anders, es entspricht aber grundsätzlich nicht der gesetzlichen Regelung und sollte immer schriftlich in der Genehmigung festgehalten sein.
- Grundsätzlich ist dem Beförderer nur eine grobe Plausibilitätsprüfung zuzumuten.
Bspw. ist es unplausibel, wenn in einer Verordnung das Kreuz sowohl bei genehmigungsfreien als auch -pflichtigen Fahrten gesetzt ist, jedoch nicht durch den Beförderer zu überprüfen ob



der nächste Behandlungsort verordnet ist, oder ob die Fahrt medizinisch erforderlich ist usw.

- Eine einzelne Verordnung für unterschiedliche Behandlungsstätten ist nicht zulässig und führt in der Regel zur Ablehnung der Kostenübernahme.



Kapitel 4: Abrechnungsmodalitäten, Datenaustausch und Kennzeichnung der Urbelege

4.1 Abrechnungsmodalitäten

Die Abrechnung von Krankenfahrten erfolgt gemäß den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen. Die wesentlichen Elemente der Abrechnung sind:

- **Abrechnungszeitraum:** Die Abrechnung erfolgt in festgelegten Zeitintervallen, die vertraglich geregelt sind (z. B. monatlich oder quartalsweise).
- **Einreichungsform:** Die Abrechnung kann in digitaler Form über elektronische Abrechnungssysteme oder in Papierform erfolgen, sofern dies vertraglich zulässig ist.
- **Vergütungsstruktur:** Die Vergütung richtet sich nach den vertraglich vereinbarten Tarifen für die jeweilige Beförderungsart (z. B. Einzelfahrten, Serienfahrten).
- **Eigenanteil der Versicherten:** Der gesetzlich vorgeschriebene Eigenanteil (10 % der Fahrtkosten, mindestens 5 €, maximal 10 € pro Fahrt) muss vom Versicherten geleistet werden, sofern keine Befreiung vorliegt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, diesen Betrag direkt vom Versicherten einzuziehen, da die Krankenkassen den Eigenanteil nicht übernehmen oder verrechnen. § 43c Abs. 1 Satz 2 SGB V, der die Abwicklung von Zuzahlungen durch Krankenkassen bei anderen Leistungen vorsieht, findet auf Krankenfahrten keine Anwendung, da diese als Sachleistung erbracht werden und die finanzielle Abwicklung vertraglich beim Leistungserbringer verbleibt.



4.2 Elektronischer Datenaustausch

Gemäß § 302 SGB V ist die Abrechnung der Krankenfahrten grundsätzlich über den elektronischen Datenaustausch abzuwickeln. Dies erfolgt über standardisierte Verfahren, die eine schnelle und sichere Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen ermöglichen.

- **Technische Anforderungen:**
 - Nutzung eines zertifizierten Abrechnungsprogramms
 - Einhaltung der Vorgaben der technischen Anlage nach § 302 SGB V
 - Übertragung über gesicherte Kommunikationswege
- **Dateninhalte:**
 - Versichertenstammdaten
 - Verwaltungsdaten (Muster 4)
 - Beförderungsdaten (Datum, Strecke, Beförderungsmittel)
 - Abrechnungsbeträge inkl. Eigenanteil
- **Prüfung und Korrektur:**
 - Automatische Plausibilitätsprüfung der Abrechnungsdaten
 - Möglichkeit zur Korrektur fehlerhafter Abrechnungen vor der endgültigen Übermittlung
 - Rückmeldung der Krankenkassen mit Prüfprotokollen



4.3 Kennzeichnung der Urbelege

Für eine einwandfreie Abrechnung müssen die Urbelege korrekt gekennzeichnet und geordnet werden. Die Urbelege dienen als Nachweis der Leistungserbringung und müssen bestimmte Anforderungen erfüllen:

- **Kennzeichnung der Urbelege:**
 - Auf jedem Urbeleg ist die entsprechende **Rechnungsnummer** auf der Vorderseite oben rechts aufzutragen, es sei denn, der Urbeleg sieht ein entsprechendes Feld vor.
 - Die **Belegnummer** der Verordnung muss mit der Abrechnungsnummer in den digitalen Abrechnungsdaten übereinstimmen.
- **Sortierung der Urbelege:**
 - Urbelege sind in der Reihenfolge der innerhalb einer Rechnung (Gesamtrechnung) verwendeten Belegnummern anzuliefern.
 - Begleitzettel für die Urbelege gemäß den vertraglichen Vorgaben sind beizufügen.

Die Einhaltung dieser Abrechnungsmodalitäten gewährleistet eine reibungslose Abwicklung der Erstattungen und minimiert das Risiko von Rückforderungen oder Abrechnungsbeanstandungen durch die Krankenkassen.









Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehr
Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.
Benninghofer Str. 152
44269 Dortmund

V.i.S.d.P.: Sascha Waltemate, Geschäftsführer

Erstellt durch: Daniela Füchtenschnieder

Telefon: 0231 528 227

E-Mail: info@vspv-nrw.de