BKS - Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V.

Der Präsident

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 211 – Notfallversorgung, Medizinischer Dienst, Gebührenordnungen
Rochusstraße 1
53123 Bonn

per Mail an: 211@bmg.bund.de

Berlin, 04.12.2025

Verbändebeteiligung
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zur Reform der Notfallversorgung, die wir wie folgt abgeben möchten.

1. **§60 des Entwurfs: Chance zu klarer Abgrenzung zwischen Krankenfahrten und Krankentransport endlich nutzen**
   Wir halten es für bedauerlich, dass im Leistungsrecht (§ 60 des Entwurfs) zwischen Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten differenziert wird und in § 60 Abs.3 und Abs. 4 Definitionen von Krankentransport und Krankenfahrten aufgestellt werden, jedoch auf die Problematik sogenannter Liegend-Krankenfahrten im Gesetzentwurf nicht eingegangen wird.

   Da in der Rechtsprechung schon vor l7 Jahren darauf hingewiesen worden ist, dass sich im Bereich des Transports hilfsbedürftiger Personen ein diffuser "grauer Markt" entwickelt hat, in dem die Grenzen zwischen einfachem und qualifiziertem Krankentransport nicht beachtet werden (OVG NRW, Urteil vom 29.4.2008, Az.: 13 A 2457105, Abs. 34, - zitiert nach Juris), würde sich aus unserer Sicht eine Klarstellung im Rahmen der Notfallreform anbieten.

   Bestätigt wurde bereits damals, dass die Gesetzeslage von den verordnenden Ärzten nicht strikt beachtet wird (oVG NRW, Urteil vom 29.04.2008, Az: 13 A 2457/05, Abs. 36, - zitiert nach Juris). Nach unserer Wahrnehmung hat sich die Problematik in den letzten Jahren noch verstärkt.

   §60 Abs. 3 SGB V sollte daher zur deutlicheren Klarstellung genutzt werden.

2. **§60 des Entwurfs: Krankenkassen konsequent zum Einzug des Eigenanteils verpflichten**
   Eine Betrachtung von § 60 Abs. 6 SGB V zeigt, dass der Einzug des Eigenanteils auch im qualifizierten Krankentransport weiterhin beim Leistungserbringer liegen kann. Allerdings soll es offensichtlich zukünftig auch im Bereich der Krankenfahrten möglich sein, dass die Krankenkasse den Eigenanteil bei den Versicherten einzieht. Während der Einzug der Eigenanteile in der Notfallrettung schon lange konsequent durch die Krankenkassen erfolgt.

BKS – Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

Der Bereich „Eigenanteil“ macht den genehmigten Unternehmern für Krankenfahrten nach PBefG und Krankentransporten nach Landesrettungsdienstgesetzes massive Probleme. Die Zahlungsausfälle sind massiv und stellt die Unternehmer vor Herausforderungen.

Dabei müssen derart hohe Zahlungsausfallquoten in den Entgeltverhandlungen berücksichtigt werden und führen schließlich zu erhöhten Kosten im Gesundheitssystem (bei den Kostenträgern). **Die Krankenkassen sind daher grundsätzlich, unabhängig von der Beförderungsart, zum Einzug des Eigenanteils bei ihren Versicherten zu verpflichten.**

Die Krankenkassen sind mit deutlich geringerem Aufwand in der Lage, die Eigenanteile jeweils von ihren eigenen Versicherten einzuziehen. So ist den Unternehmern zum Zeitpunkt der Leistungserbringung der Befreiungsstatus des beförderten Patienten meist unklar und lässt sich, insbesondere im Krankentransport, oft nicht aufklären. Das Erheben des Eigenanteils in Bar von Patienten im Krankentransport ist allein deswegen in den meisten Fällen unmöglich, weil Patientinnen und Patienten kein Bargeld bei sich tragen, über gesetzliche Betreuer verfügen (die das Geld verwalten) und meist nicht in der Lage sind, diese Angelegenheiten zu klären.

Damit müssen die Leistungserbringer zwangsweise Rechnungen an die Patienten adressieren, die meist nicht gezahlt werden. Die Folge sind hohe Zahlungsausfälle. Rechnungen erreichen den Patienten nicht, der zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung in ein Pflegeheim verzogen ist. Rechnungen werden nicht an gesetzliche Betreuer übergeben oder der Patient ist zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bereits verstorben. Diese Prozesse können bei den Krankenkassen deutlich schnelle und effizienter gestaltet werden.

Insgesamt stellen wir infrage, ob der Einzug von Eigenanteilen von Versicherten überhaupt die durch diesen Prozess entstehenden Verwaltungskosten abdecken kann. Es ist fraglich, ob dieser Mechanismus überhaupt eine Fahrt vermeidet oder Geld im Gesundheitssystem einspart.

3. **§133 des Entwurfs: Klarstellung zu Leistungserbringern und Bekenntnis zu privaten Anbietern notwendig**
   § 133 Abs. 2 S. 1 SGB V gibt vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Verträge mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen über die Vergütung der einzelnen Leistungen schließen. Der Verweis auf diese Vorschrift in § 133 Abs. 5 Satz S. 1 SGB V hat zur Folge, dass diese Regelung auch für qualifizierte Krankentransporte gilt. Wir gehen davon aus, dass Inhaber von zum qualifizierten Krankentransport oder zur Notfallrettung berechtigender Genehmigungen als Leistungserbringer anzusehen sind, die nach Landesrecht beauftragt sind, halten es allerdings aufgrund der speziellen Bedeutung von „Beauftragung“ im Kontext rettungsdienstlicher Leistungen für sinnvoll, dies klarzustellen bzw. eine weitere Formulierung zu wählen. Dies gilt insbesondere, da der Gesetzentwurf in § 133 Abs. 1 SGB V mit „Leistungserbringer, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind“ eine scheinbar weitere Formulierung als in Absatz 2 S. 1 („mit den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen“) verwendet. Auch in Abs. 2 S. 1 wäre die weitere Genehmigungsinhaber eindeutig einzubeziehende Formulierung zu wählen und wie folgt zu formulieren:

   „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden, den nach Landesrecht zuständigen Trägern oder den nach Landesrecht für die Erbringung entsprechender Leistungen vorgesehenen Unternehmen und Organisationen Verträge über die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30…….“

BKS – Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

Durch die entsprechende Anwendung von § 133 Abs. 2 S. 1 SGB V wird klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Vertrags-schlüsse gemeinsam und einheitlich handeln. Damit sind Einzelverträge nicht mehr möglich und das Machtgefälle in den Verhandlungen verschiebt sich weiter zu Gunsten der Krankenkassen, was aber wahrscheinlich aufgrund der gleichzeitigen Etablierung eines Schiedsmechanismus hinnehmbar ist.

4. **§133 des Entwurfs: Einseitige Stärkung der Kostenträger korrigieren**
   133 Abs. 2 S. 2 SGB V stellt klar, dass die der Kalkulation der Vergütung zugrunde liegenden Daten vor Vertragsschluss elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorliegen müssen.

   Damit normiert die Norm zu Lasten der Leistungserbringer eine Pflicht zur vollständigen Datenübermittlung. Auch wenn die Klarstellung, dass die Festlegung der Vergütung zukünftig auf einer Kalkulation beruhen muss, zu begrüßen ist, ist die Aufnahme einer einseitigen Verpflichtung und das Fehlen sonstiger Regelungen zum Ablauf der Vertragsverhandlungen und zum Wesen der Vergütung nicht sachgerecht. **Eine Klarstellung, dass die Leistungen leistungsgerecht vergütet werden müssen, fehlt bislang völlig.**

   Gleichwohl sieht das SGB V solche Regelungen in anderen, verwandten Regelungsbereichen vor. Dies dürften insbesondere daran liegen, das der Gesetzgeber den hohen Stellenwertes der Mitarbeitenden bei Dienstleistungsunternehmen und der daraus resultierenden Personalkostenanteile von 50 - 70% der Gesamtkosten erkannt hat.

   So findet sich beispielsweise in §§ 111 Abs. 5 S. 3 SGB V, 111c Abs. 3 S. 3 SGB V, 38 Abs. 2 S. 1 SGB IX und 82c Abs. 1 SGB XI jeweils eine Passage, die wie folgt lautet:

   „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

   Insoweit verweisen wir auch auf unser Schreiben aus Juli 2025.

5. **§133 / §71 SGB V: Die Grundlohnsummenbindung ist längst überholt**
   Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber im Anwendungsbereich von §133 SGB V an der Grundlohnsummenbindung festhält, wo doch in anderen Bereichen des Leistungserbringerrechts (vgl. § 111 Abs. 5 S. 2 SGB V) ausdrücklich klargestellt worden ist, dass für dortige Vergütungsvereinbarungen § 71 SGB V nicht gilt.

   Der gesetzlichen Regelung war eine Entschließung des Bundesrates zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation (Bundesrat-Drucksache 540/19 vom 29.11.2019) vorausgegangen, in der der Bundesrat ausdrücklich gefordert hatte, die Grundlohnsummenbindung in § 111 SGB V für stationäre und in § 111c SGB V für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen aufzuheben, um die Vergütungssituation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bedarfsgerecht auszugestalten.

   Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) heißt es auf Seite 35 zu dieser Regelregelung wörtlich:

   „Durch die Regelung wird bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität nach §71 nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation nach Abs. 5 S. I gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung nach § 71 Abs. 3 überschreiten kann. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen in die Lage versetzt werden,

BKS – Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tariferhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.“

Diese Motive, aus denen sich der Gesetzgeber entschieden hat, im Rahmen der stationären und auch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation keine Bindung an § 71 Abs. 1 -3 SGB V mehr vorzusehen, können auch Leistungserbringer, die Leistungen der medizinischen Notfallrettung, qualifizierte Krankentransporte oder Krankenfahrten erbringen, für sich in Anspruch nehmen. Wie die Begründung des Gesetzentwurfes plastisch darstellt, sind die erbrachten Leistungen essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung und das Vertrauen der Menschen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung in diesem Bereich von besonderer Bedeutung.

Gegen eine Grundlohnsummenbindung in diesem Bereich spricht auch, dass in vielen Bereichen der medizinischen Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransports die Vergütung nach landesrechtlichen Vorschriften erfolgte, die keine Grundlohnsummenbindung vorsahen und, soweit Verträge nach § 133 Abs. I SGB V abgeschlossen worden sind, das zweistufige Verfahren nicht galt, sondern die Vergütung in der Regel anhand vereinbarter Vergütungssätze festgelegt wurde, die die Krankenkassen mit vergleichbaren Leistungserbringern, die vergleichbare Leistungen erbringen, vereinbart hatten.

Darüber hinaus berücksichtigt eine Grundlohnsummensteigerung in keiner Weise die tatsächlichen Steigerungen bei Sach- und Infrastrukturkosten. So haben sich die Kosten für die Beschaffung von Rettungs- und Krankentransportwagen in den letzten 3 Jahren fast verdoppelt. Während die Grundlohnsummensteigerung im Mittel der letzten drei Jahre bei ca. 4,5% liegt und damit schon besonders hoch ausfällt.

Eine Anknüpfung an die Grundlohnsummenbindung dürfte somit, selbst wenn sich der Gesetzgeber für eine Ungleichbehandlung zwischen Leistungserbringern nach § 133 SGB V zu Leistungserbringern nach §111 SGB V entscheiden sollte, erst erfolgen, wenn ein Verfahren, das die Festlegung einer leistungsgerechten Vergütung ermöglicht, in allen Bereichen etabliert ist und die Erwartung, dass das bislang vereinbarte Entgelt leistungsgerecht ist, berechtigt ist.

6. **Richtlinienkompetenz für Krankenkassen ist systemfremd**
   Die in **§ 133 Abs. 4 SGB V** vorgesehene Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die sich auf das Verfahren und die Umsetzung der Vertragsgestaltung beziehen soll, halten wir für systemfremd. Das Verfahren der Vertragsgestaltung und auch die Umsetzung der Verträge ist von wesentlicher Bedeutung. **Entsprechende Regelungen dürften daher nicht einseitig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgegeben werden, sondern müssen zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Krankenkassenverbänden ausgehandelt werden.** Vor diesem Hintergrund bietet sich die ansonsten an vielen Stellen des SGB V vorgesehene Regelung in Rahmenempfehlungen an. Sollte es bei der Kompetenz des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bleiben, müsste konkreter beschrieben werden, was genau Inhalt der Richtlinie sein soll und klargestellt werden, dass es keine Kompetenzen gibt, in der Richtlinie Regelungen aufzustellen, die Rechte der Leistungserbringer betreffen.

7. **Gemeinsamer Bundesausschuss nach §92 SGB V**
   In §92 regelt das SGB V die Rahmenbedingungen und Besetzung eines Gemeinsamen Bundesausschusses. Dieser gibt auch die maßgebliche Krankentransportrichtlinie heraus, die genauere Angaben zu Formularen (Muster 4) und Genehmigungsverfahren etc. vorgibt. Diese sind oft theoretisch und berücksichtigen keine Unwägbarkeiten der Patientinnen und Patienten oder der Leistungserbringer. **Wir fordern daher mindestens ein Anhörungsrecht für die Leistungserbringer**, um über einen geregelten Gesetzesrahmen Eingaben beim G-BA zu machen.

BKS – Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

8. **Schiedsregelung muss für Notfallrettung, Krankentransporte und Krankenfahrten gleichermaßen gelten**
   Der nach § 133 Abs. 5 S. 1 SGB V ebenfalls für qualifizierte Krankentransporte maßgebliche § 133 Abs. 3 SGB V regelt, dass, wenn kein Vertrag zustande kommt, eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt bestimmt. Wir unterstützen einen Schiedsmechanismus im Gesetz und möchten unterstreichen, das eine solche Regelung zwingend für alle Bereich der Patientenbeförderung gleichermaßen gelten muss.

   Für ungewöhnlich halten wir die Regelung in **§ 133 Abs. 3 S. 2 SGB V**, wonach die Schiedseinrichtung die Interessen der Versicherten angemessen berücksichtigen muss. Eine solche Regelung gibt es unseres Erachtens in den sonstigen Schiedsregelungen im SGB V nicht.

   Anders als im Bereich der Pflegeversicherung entfaltet die Entscheidung der Schiedseinrichtung keine Bindungswirkung für die Pflegeversicherten, da hier die Entscheidung nur unmittelbaren Einfluss auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen hat und nicht zugleich darüber bestimmt, in welcher Höhe die Versicherten selber Zahlungen an den Leistungserbringer leisten. Dies ist im SGB XI-Bereich Folge des Umstandes, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der Leistungen erbringt.

9. **Es braucht die Zuständigkeit der Landessozialgerichte**
   Die Regelung, dass Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedseinrichtung keine aufschiebende Wirkung haben, ist sinnvoll.

   Wir fordern, wie in anderen Bereichen bereits umgesetzt, die Zuständigkeit der Landessozialgerichte bei Klagen gegen Schiedssprüche. Hierfür wäre eine **Ergänzung von § 29 Abs. 2 SGG** notwendig, der bereits anordnet, dass das Landessozialgericht im ersten Rechtszug unter anderem über Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 75 Absatz 3c SGB V, § 111b Absatz 6 SGB V, § 120 Absatz 4 SGB V, § 132a Absatz 3 SGBV V und § 132l Absatz 4 SGB V, der Schiedsstellen nach § 133 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, der Schiedsstelle nach § 76 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet.

   Der Hinweis darauf, dass der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit er-öffnet ist, ist richtig. Bei Fragen, die in Zusammenhang zu der durch die Krankenkassen zu entrichtenden Vergütung und der sonstigen Ausgestaltung der Verträge stehen, handelt es sich eindeutig um sozialrechtliche Fragestellungen, da sie ausschließlich Bedeutung für das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen haben. Allerdings darf man nicht unberücksichtigt lassen, dass aufgrund der jahrzehntelangen Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte für diese Fragestellungen, sich bei den Verwaltungsgerichten eine besondere Expertise entwickelt hat. Denkbar wäre eine Regelung, wonach durch Landesrecht bestimmt werden kann, dass die Sozialgerichtsbarkeit in Angelegenheiten im Anwendungsbereich von § 133 SGB V durch besondere Spruchkörper der Verwaltungsgerichte und der Oberverwaltungsgerichte ausgeübt wird. Entsprechende Regelungen wurden im Siebten Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (7. SGGÄndG) vom 09.12.2004 BGBL 2004 I, 3302) im Hinblick auf Angelegenheiten der Sozialhilfe getroffen, da sich seinerzeit die Situation ähnlich darstellte.

10. **Redaktionelle Überarbeitung/Prüfung**
    §133 Abs. 5 S. I regelt, dass die Absätze 1-5 entsprechend für Krankentransporte nach § 60 gelten. Hier dürfte ein redaktioneller Fehler vorliegen und tatsächlich die Absätze 1-4 gemeint sein.

    Ebenfalls ein redaktionelles Versehen dürfte **§133 Abs. 3 S. 3** enthalten, der darauf verweist, dass Abs. 3 entsprechend gilt.

    Dass im Hinblick auf Krankentransporte und Krankenfahrten auf **§133 Abs. 2 S. 3 SGB V** verwiesen wird, wonach Kosten nicht berücksichtigt werden dürfen, die durch öffentliche Aufgaben bedingt

BKS – Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

werden, die über den Leistungsanspruch nach § 30 SGB V hinausgehen. lässt sich auf den ersten Blick nicht nachvollziehen, da die Regelung für diese Leistungen nicht von Bedeutung sein dürfte.

Das Gleiche gilt für den Verweis auf **Satz 4** (Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 S. 1) und auch für die Verweise auf **Satz 5 bis 7.**

Unklar ist, welcher Zweck mit **§ 133 Abs. 5 S. 2 SGB V** verfolgt wird. Die Vorschrift lautet:

Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.

Dass die Krankenkassen auch die Verträge im Bereich der Krankenfahrten gemeinsam und einheitlich abschließen, macht schon der Verweis in § 133 Abs. 5 auf§ § 133 Abs. 2 S. I SGB V deutlich. Krankenfahrten sind Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz, so dass unklar ist, welchen Sinn der Verweis machen soll.

Auch die Begründung auf Seite 78 des Entwurfs

Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz (beispielsweise Beförderungen mit Taxen) können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.

schafft keine Klarheit. Vielmehr sorgt die Vorschrift für Unklarheiten, da man sie dahingehend verstehen könnte, dass die Pflicht zum Abschluss von Verträgen in Abs. 2 S. I (,,schließen..."), die Folge des vom Bundessozialgericht angenommenen Kontrahierungszwangs, in Richtung einer bloßen Möglichkeit („können“) relativiert wird.

Insgesamt bietet es sich aus unserer Sicht an, die Vorschrift (§133) neu zu konzipieren und genauer zu trennen, welche Vorschriften für Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und Krankenfahrten gelten. Dabei sollten Anlehnungen an andere, bereits aktuellere und bestehende, Vorschriften aus dem Leistungserbringerrecht die Vorgaben an die Verhandlungen erweitern. Der Verweis auf die Grundlohnsummenbindung muss entfallen.

Nachfolgend fügen wir einen Änderungsvorschlag zum §133 SGB V bei, der unseren vorherigen Ausführungen gerecht wird. Die Fußnoten sollen deutlich machen, an welchen, bereits für andere Leistungsbereiche bestehenden, Vorschriften des SGB V bzw. des SGB XI sich dieser Vorschlag orientiert.

Für einen persönlichen Austausch oder weitere Rückfragen stehen wir sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

BKS Präsidium

BKS – Bundesverband eigenständiger
Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

Der Änderungsvorschlag zum §133 SGB V lautet:

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung und Verträge für Krankentransporte und Krankenfahrten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden, den nach Landesrecht zuständigen Trägern oder den nach Landesrecht für die Erbringung entsprechender Leistungen vorgesehenen Unternehmen und Organisationen Verträge über die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30, Krankentransporte nach § 60 und Krankenfahrten nach § 60. In den Verträgen über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung sind die Vorgaben des Abs. 3 zu berücksichtigen. Den Verträgen über die Vergütung von Krankentransporten und Krankenfahrten sind die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.[1]

(2) Die Vergütungssätze müssen leistungsgerecht sein[2] und dem Erbringer der Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung seines Unternehmerrisikos ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und die ihm auferlegten rechtlichen Vorgaben bei Erbringung der Leistung zu erfüllen.[3] Überschüsse verbleiben beim Erbringer der Leistung; Verluste sind von ihm zu tragen.[4] Für Vereinbarungen nach Abs. I Satz I gilt § 71 nicht.[5] Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.[6] Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.[7] Die Vergütungsvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn des Vergütungszeitraums zu treffen.[8] Der Leistungserbringer hat die der Kalkulation der Vergütung der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten vor Beginn der Verhandlungen elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat der Leistungserbringer auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.[9] Hierzu gehören auch vergütungserhebliche Angaben zum Jahresabschluss, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Leistungserbringers einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung.[10] Dabei sind insbesondere die in der Vergütungsverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Vergütungszeitraum vorzuweisen.[11] Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.[12] Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Vergütungssätzen ist nicht zulässig.[13] Nach Ablauf des

---

[1] § 111Abs.7S.3 SGBV; § lllcAbs.5 S.3 SGBV; § l27Abs.9 S. l0 SGB V; §l32aAbs. I S.6SGBV; § 1321 Abs. I S. 4 SGB V
[2] § 84 Abs 1 S. 4 SGB XI
[3] § 84 Abs. 2 S. 3 SGB XI
[4] § 84 Abs. 2 S. 4 SGB XI
[5] § 111 Abs. 5 S. 2 SGB V
[6] § 111 Abs. 5 S. 3 SGB V
[7] § 111 Abs. 5 S. 4 SGB V
[8] § 85 Abs. 3 S. 1 SGB XI
[9] § 85 Abs. 3 S. 3 SGB XI
[10] § 85 Abs. 3 S. 4 SGB XI
[11] § 85 Abs. 3 S. 5 SGB XI
[12] § 85 Abs. 3 S. 6 SGB XI
[13] § 85 Abs. 6 S. 2 SGB XI

Vergütungszeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Vergütungssätze bis zum Inkrafttreten neuer Vergütungssätze weiter.[14] Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Vergütungssätze zugrunde lagen, sind die Vergütungssätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Vergütungszeitraum neu zu verhandeln.[15] Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Einsatzanzahl oder der Einsatzstruktur sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor.[16]

(3) Hinsichtlich der Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 einhergehende öffentliche Aufgabe bedingt sind. Die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 sind bei Vertragsschluss zu berücksichtigen. Bei den Verträgen sind die besonderen Anforderungen des Notfallmanagements für Leitstellen, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, angemessen zu berücksichtigen. Für die Aufgaben zu Koordinierung und Vernetzung nach § 133g schließen die Vertragsparteien nach Satz 1 gesonderte Verträge; die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen handeln hierbei gemeinsam und einheitlich. Die entstehenden Kosten nach diesen Verträgen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf alle Entgelte für die Leistungen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 30 Absatz 1 Nummer 1 des Landes, für die die Leitstelle nach § 133g zuständig ist, umgelegt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben gemeinsame Rahmenempfehlungen über das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung zu vereinbaren.[17]

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 1, soweit diese sich auf Krankentransporte und Krankenfahrten beziehen, zugrunde zu legen.[18] In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
2. Grundsätze zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke nach § 302 jeweils zu übermittelnden Daten,
3. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und
4. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.[19]

Kommt eine Rahmenempfehlung ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemeinsam gebildete Schiedsstelle

---

[14] § 85 Abs. 6 S. 3 SGB XI
[15] § 85 Abs. 7 S. 1 SGB XI
[16] § 85 Abs. 7 S.2 SGB XI
[17] § 111 Abs. 7 S. 1 SGB V; § 111c Abs. 5 S. 1 SGB V; § 127 Abs. 9 S. 1 SGB V; §132a Abs. 1 S. 1 SGB V; § 132l Abs. 1 S. 1 SGB V.
[18] § 111 Abs. 7 S. 3 SGB V; § 111c Abs. 5 S. 3 SGB V; § 127 Abs. 9 S. 10 SGB V; §132a Abs. 1 S. 6 SGB V; § 132l Abs. 1 S. 4 SGB V.
[19] § 111 Abs. 7 S. 1 SGB V; § 111c Abs. 5 S. 1 SGB V; § 127 Abs. 9 S. 1SGB V; §132a Abs. 1 S. 4 SGB V; § 132l Abs. 2 S. 1 SGB V.

BKS – Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste u. Katastrophenschutz e.V.
Präsident: Florian Reinhold
Vizepräs.: Udo Pokowietz, Sebastian Sommerfeld
Hedemannstr. 13
10969 Berlin

Tel: 05528 – 20 192 20
Fax: 05528 – 20 192 49
E-Mail: kontakt@bks-rettungsdienst.de
Web: www.bks-rettungsdienst.de

Vereinsregister: VR 22226 B
Amtsgericht Bln. -Charlottenburg
Bankverbindung
Skatbank
IBAN: DE06 8306 5408 0005 2691 72
BIC: GENODEF1SLR

anrufen, die innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt festsetzt. Sie besteht aus sechs Vertretern der Krankenkassen und sechs Vertretern der Leistungserbringer sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied werden zwei Stellvertreter bestellt. Die beiden unparteiischen Mitglieder haben je drei Stimmen. Jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Die gemeinsame Schiedsstelle trifft ihre Entscheidung mit der einfachen Mehrheit der Stimmen ihrer Mitglieder. Ergibt sich keine Mehrheit, geben die Stimmen des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Rahmenempfehlungspartner sollen sich über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 Satz 1 bis 3 und 7 sowie Absatz 10 Satz 1 gilt entsprechend.[20]

(5) Kommt kein Vertrag nach Absatz 1 zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung innerhalb von drei Monaten[21] *nach ihrer Anrufung den Vertragsinhalt. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedseinrichtung haben keine aufschiebende Wirkung. Der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist eröffnet.*

(6) Abweichend von den Absätzen 2 bis 6 können die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60 bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] auch nach § 133 in der Fassung des Gesetzes vom […] [Datum und Fundstelle der letzten Volltextveröffentlichung des Stammgesetzes (Erlass oder Neubekanntmachung) angeben!] abgerechnet werden. Werden insoweit die Entgelte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Kosten.

[20] vorherigen Sätze analog § 132l Abs. 4 S. 2 -10 SGB V

[21] § 132l Abs. 6 S. 2 SGB V