

BKS - Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V.



Der Vizepräsident

BKS e.V. | Hedemannstr. 13 | 10969 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Geschäftszeichen PA 14-54

Per Mail an: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

07.09.2026

Verbändebeteiligung

Drucksache 21-6808 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank das Sie uns noch einmal Gelegenheit geben unsere Sichtweise darzustellen. Mit Schreiben vom 25.04.2025 und 04.12.2025 haben wir zu den gesetzlichen Anforderungen bzgl. einer Reform der Notfallversorgung ausführlich Stellung genommen. Die Schreiben sind als Anlage beigelegt.

Mit unserer heutigen Stellungnahme möchten wir uns auf einige für uns wesentliche Punkte beschränken.

Zu § 30 Medizinische Notfallrettung

Die Einführung des §§ 30 in das SGB V ist alternativlos. Es wäre sinnvoll den §§ mit einer zusätzlichen Klausel zu versehen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Krankentransport nach § 60 möglich sein muss.

Zu § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte

Es ist zu begrüßen das der Gesetzgeber im Abs. 2 endlich eine Differenzierung von Beförderungen nach dem PBefG und den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen einführt. Im Abs. 3 Nr. 6 ist nicht zweifelsfrei formuliert, ob das nur die Hinfahrt oder auch die Rückfahrt umfasst. Das muss klarer formuliert werden.

Zu Abs. 4; Dieser Absatz muss ersatzlos gestrichen werden. Es heißt in der aktuellen Krankentransportrichtlinie in § 4: „Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.“ Wieso bei der Verordnung einer Beförderungsleistung die ärztliche Sorgfaltspflicht durch einen Mitarbeiter der Krankenkasse überprüft werden muss, ist aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar. In den letzten Jahren konnte nicht beobachtet werden, das durch das Genehmigungsverfahren in signifikanter Weise verordnete Krankentransporte eingespart oder verhindert wurden. Die Zahlen des statistischen Bundesamtes sind da eindeutig.



In allen unseren Mitgliedsbetrieben werden die Verwaltungskosten, in neudeutsch Bürokratiekosten, durch das Genehmigungsverfahren deutlich erhöht. Das Genehmigungsverfahren ist für betroffene Patienten nicht barrierefrei und ist damit ein Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention, die die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert hat.

Zudem ist das Genehmigungsverfahren in der Praxis oft nicht gesetzestreu anwendbar, dass die Krankenkassen oft ihre zuständigen Stellen am frühen Nachmittag schließen, am Wochenende und an Feiertagen gar nicht zu erreichen sind. D.h. der Patient kann nicht vor dem Fahrtantritt die Frage der Genehmigung klären. Problematisch sind auch die Bearbeitungszeiten der Krankenkassen. Diese reichen von wenigen Minuten bis zu mehreren Wochen.

Bisher kann von allen privaten Leistungserbringern nur festgestellt werden, dass das Genehmigungsverfahren für ambulante Krankentransporte eine Bürokratiemonster ist. Im Übrigen werden von beantragten Genehmigungen für ambulante Krankentransporte, die durch genehmigte Betriebe nach den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen fast ausnahmslos genehmigt. Unter diesem Aspekt sind die dabei entstehenden Bürokratiekosten und ihr Sinn zu überdenken. Zudem hat das BSG im Verfahren B1 KR 7/24 R der bisherigen Rechtsauffassung der gesetzlichen Krankenkassen eine klare Absage erteilt.

Zu Abs. 6 Ist so inhaltlich zu erweitern, dass er Sinngemäß für alle Transporte gilt, die nach einem Abfrage System nach § 133a Absatz 2 Satz 1 die Notwendigkeit feststellen, dass der Einsatz eines Krankenwagen notwendig ist.

Zu § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Abs.2 Aus unserer Sicht bleibt völlig unklar, wie eine auskömmliche Finanzierung ausgestaltet sein muss, damit Sie den Anforderungen des § 71 Abs. 1-3 entspricht. Das reine zugrunde legen von Steigerungen der Arbeitsentgelte entspricht nicht dem tatsächlichen Erfordernissen. Gerade im aktuellen Tagesgeschehen wird deutlich das eine Anknüpfung an die Sachkostenentwicklung zwingend notwendig ist.

Abs. 5 Verträge werden verhandelt und nicht einseitig bestimmt. Wir sind sogar für Bundesweit einheitliche Verträge, aber nur wenn diese mit den Leistungserbringern auch bzgl. der Vertragstexte verhandelt werden.

Zu § 133 b Fachgremium medizinische Notfallrettung

Zu Abs. 1 Es erschließt sich aus fachlicher Sicht nicht, warum das Gremium nicht auch fachliche Empfehlungen für den Krankentransport erstellen soll. Zumal die Bundesländer den Krankentransport und die Notfallrettung als organisatorische Einheit sehen. Aus Sicht der Patienten wäre es sogar Sinnvoll dieses auf die Beförderung von Rollstuhlfahrern auszuweiten.

Zu Abs.2 Die vorgelegte Regelung ist in der jetzige Form abzulehnen. Das Gremium hat nach der vorgelegten Fassung 41 Mitglieder. Von den Leistungserbringern in der Notfallrettung sollen 4 vertreten sein. Der Entwurf legt nicht fest, wie diese ausgewählt werden. Auf



Leistungserbringerseite gibt es insgesamt 6 Verbände (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst, die Feuerwehren und den BKS-Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz). Wenn alle in dem Gremium vertreten sind, hätte das Gremium 43 statt 41 Mitglieder. Diese Veränderung würde die Arbeitsfähigkeit nicht verändern.

Zu Abs. 4 Die Aufzählung müsste an die Erfordernisse an unsere Abregung zum Absatz 1 angepasst werden.

Zu § 133 c Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Warum im § 133 c der Krankentransport mit seinen ca. 5.000.000 Einsätzen im Jahr keine Rolle spielt ist nicht erkennbar. Gerade unter dem Aspekt, dass die Leitstellen Transportaufträge vermitteln sollen, macht es keinen Sinn das der Krankentransport nicht mitgedacht wird. Hier werden wichtige Ressourcen bei Katastrophen zwecks einer gesteigerten Resilienz einfach ausgeblendet.

Zu § 92 Gemeinsamer Bundesausschuss

Damit die Regelungen aus § 30, 60 und 133ff auch in der Krankentransport-Richtlinie des GBA fachlich korrekt umgesetzt werden ist es zwingend notwendig, dass die Leistungserbringer mindestens ein Anhörungsrecht bei der Beratung der Richtlinie erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Udo Pokowietz
Vizepräsident

Kontakt: +4915164923757
u.pokowietz@bks-rettungsdienst.de

Anlage: Anpassung des § 133 SGB V vom 25.04.2025
Verbändebeteiligung – Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung vom 04.12.2025



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 17 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 2457105, 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.



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 dem 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…….“



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 Vertragsschlüsse 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, dass der Gesetzgeber den hohen Stellenwert 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 Regelung 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. 1 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,



Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen 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. 1 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.

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.

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, dass 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 eröffnet 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 Obergerichtsgerichte 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. 1 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 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. 1 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. 1 („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

Florian Reinhold



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 sein² 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. 1 Satz 1 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 § 111 Abs. 7 S. 3 SGBV; § 111 Abs. 5 S. 3 SGBV; § 127 Abs. 9 S. 10 SGB V; § 132a Abs. 1 S. 6 SGBV; § 1321 Abs. 1 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. 1 SGB V; § 132a Abs. 1 S. 4 SGB V; § 132l Abs. 2 S. 1 SGB V.



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 Monaten²¹ 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



Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Berlin, 25.04.2025

Anpassung des §133 SGB V

Einleitung

Das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung regelt im achten Abschnitt des vierten Kapitels die Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern. In den §§ 132 bis 134a SGB V finden sich Regelungen zu Versorgungen mit Haushaltshilfe, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, ambulante Palliativversorgung, außerklinische Intensivpflege usw.

Der ebenfalls in diesem Abschnitt befindliche §133 SGB V enthält Regelungen zu Krankentransportleistungen.

Dabei erfasst der Begriff "Krankentransportleistungen" sowohl die Patientenbeförderungen nach Personenbeförderungsgesetz (PBefG), als auch die Beförderungen mit medizinisch-fachlicher Betreuung in Krankentransportwagen. Letzterer Bereich ist dabei zusätzlich durch differenzierte Regelungen in den Landesrettungsdienstgesetzen erfasst. Dies erklärt auch, warum der §133 als einzige Norm in diesem Bereich einen landesrechtlichen Regelungsvorbehalt beinhaltet und daher kaum Klarheit für die Leistungserbringer in diesem Bereich schafft.

Zudem hat der Gesetzgeber bisher verkannt, dass §133 im Wesentlichen Regelungen für Krankentransportleistungen schaffen soll, die auf Basis des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG) und damit auf Grundlage eines Bundesgesetzes erfolgen. 75% der jährlich insgesamt ca. 54 Millionen Krankentransporte werden durch Taxen und Mietwagen geleistet, die nach PBefG zugelassen sind. Für ¼ der Beförderungen ist der aufgeführte landesrechtliche Vorbehalt daher nicht existent und die bestehenden Regelungen im §133 zu gering.

Änderungsbedarfe

1. Ergänzung einer Regelung, wonach die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf.

Aufgrund des hohen Stellenwertes der Mitarbeitenden bei Dienstleistungsunternehmen und der daraus resultierenden Personalkostenanteile von 50 - 70% der Gesamtkosten enthalten diverse gesetzliche Vorschriften mit unserem Vorschlag unter Ziffer 1 vergleichbare Regelungen.

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.“

2. Ergänzung einer Schiedsregelung für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien.

„Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Vertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder die von der Schiedsperson festgelegten einzelnen Bestimmungen des Vertrages gilt oder gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

3. Austausch des Verweises auf §127 Absatz 9 und Schaffung einer eigenständigen und umfassenden Formulierung, die den Vertragspartnern aufgibt gemeinsame Rahmenempfehlungen zu bestimmten Punkten zu erarbeiten (z.B. entsprechend 132a Abs. 1 bis 3 SGB V).

Begründungen

Insgesamt nimmt §133 SGB V als einzige Norm in diesem Kapitel Bezug auf Normen für Leistungserbringer im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Während es bei Krankentransportleistungen um eine Dienstleistung geht, sind Hilfsmittelanbieter im Kern Anbieter von Produkten. In der Folge nimmt §133 Bezug auf Regelungen, die für Leistungserbringer mit völlig anderen Kostenstrukturen geschaffen wurden. So liegt der Anteil an Personalkosten an den Gesamtkosten bei Produzenten in der Regel zwischen 20-30%. Bei Leistungserbringern im Bereich der Krankentransportleistungen betragen die Personalkosten 50-70%.

Zu 1.:

Die genannten Regelungen gehen auf die Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts zurück, der – erstmals für den Bereich der stationären Pflege im SGB XI im Jahr 2009 – grundsätzlich anerkannt hat, dass die Zahlung von Tariflöhnen immer und ohne Einschränkungen als wirtschaftliche Betriebsführung anzusehen ist. In zwei Parallelentscheidungen vom 29.1.2009 heißt es wörtlich:

„Schließlich genügen auch die Einhaltung einer Tarifbindung und ein deswegen höhere Personalkostenaufwand stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung; dies ergibt sich nunmehr als ausdrückliche Folge der Regelung des § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB XI [...], galt aber – als Rechtfertigung für eine höhere Vergütungsforderung – entsprechend schon zuvor, wenn die Tarifbindung einen höheren Personalkostenaufwand der Einrichtung bedingte (BSG, Urt. v. 29.1.2009, B 3 P 7/08 R – juris Rn. 36; B 3 P 9/07 –, juris Rn. 44).“

Den Kostenträgern ist es damit verwehrt, Vergütungssätze durchzusetzen, die es dem Leistungserbringer nicht erlauben, seine tarifgebundenen Personalkosten zu refinanzieren. Das Bundessozialgericht hob ausdrücklich hervor, dass es keiner gesetzlichen Regelung bedürfe, damit der auf die Einhaltung einer Tarifbindung zurückgehende höhere Personalkostenaufwand dem Grundsatz



der Wirtschaftlichkeit entspreche. Denn nach seiner Ansicht habe dies „entsprechend“ schon vor Inkrafttreten der (klarstellenden) Regelung in § 72 SGB XI gegolten.

Diese Rechtsprechung ist in einer ganzen Reihe von bundessozialgerichtlichen Entscheidungen bestätigt und wörtlich übernommen worden. In einer späteren Entscheidung fasste der zuständige Senat pointiert die praktischen Hintergründe dieses allgemeinen Rechtsgrundsatzes zusammen:

„Hintergrund dieser Entscheidungen war das unverkennbare Bestreben des Gesetzgebers, eine Vergütungsspirale nach unten zu Lasten der Pflegequalität und auf Kosten einer unter das ortsübliche Maß abgesunkenen Arbeitsvergütung zu vermeiden [...] Tarifvertragsfestsetzungen kommt deshalb bei der Bemessung der Pflegevergütung per se hohes Gewicht zu [...]

Der Sinn dessen besteht vor allem darin, den in der Pflege tätigen Arbeitnehmern einen ihren Leistungen und ihrem Einsatz für Kranke und mit Menschen angemessenes Arbeitsentgelt zu gewährleisten und zu verhindern, dass der „Preiskampf“ zwischen den verschiedenen Trägern von Pflegediensten und Pflegeheim letztlich zu einer nicht vertretbaren Absenkung der Entgelte der Pflegekräfte und der Qualität der Leistungen führt, sodass sich das Entgelt war auf Dauer dem geltenden Mindestlohniveau nähert [...] (BSG, Urteil vom 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R –, juris Rn. 16).“

Dass es sich bei dem Grundsatz, dass einer wirtschaftlichen Betriebsführung nicht die Wahrung der Tarifbindung durch den Leistungserbringer entgegensteht, um einen allgemeinen in der Rechtsprechung anerkannten Grundsatz handelt, ist vom Bundessozialgericht auch mehrfach für den Bereich des SGB V bestätigt worden (BSG, Urteil vom 23.6.2016, Az.: B 3 KR 26/15 R, Abs. 44, - zitiert nach Juris BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az.: B 3 KR 17/10 R, Abs. 40, - zitiert nach Juris; BSG, Urteil vom 16.5.2013, Az.: B 3 P 2/12 R, Abs. 16, - zitiert nach Juris).

Der Grundsatz ist auf die Zahlung von Entgelten, die sich an tarifliche Regelungen anlehnen, zu übertragen (BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az.: B 3 KR 26/15 R, Abs. 45, – zitiert nach Juris).

Mittlerweile finden sich entsprechende Regelungen auch an mehreren Stellen in dem die Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern regelnden 8. Abschnitt des SGB V, in dem auch § 133 SGB V verortet ist. Wir verweisen auf § 132 Abs. 1 S. 2, auf § 132a Abs. 4 S. 7 und auf § 132l Abs. 5 S. 2 SGB V.

-> §132 - Haushaltshilfe: Regelung eingeführt mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021, BGBl. 2021 Teil I Nr. 44, Seite 2754, in Kraft getreten zum 20.07.2021

-> §132a - häusliche Krankenpflege: Regelung eingeführt mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018, BGBl. 2018 Teil I Nr. 45, in Kraft getreten zum 01.01.2019

-> §132l - außerklinische Intensivpflege: Enthält Regelung mit Einführung der Norm durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23.10.2020, BGBl. 2020 Teil I Nr. 48, in Kraft getreten zum 29.10.2020

Zu 2.:

Die Regelung eines solchen Verfahrens ist im vorliegenden Bereich noch dringender erforderlich, da die gesetzlich angeordnete Beförderungspflicht auch dann greift, wenn die Entrichtung des Entgelts nicht gesichert ist. In vielen anderen Leistungserbringerbereichen, die eine solche Regelung bereits beinhalten, ist eine Pflicht zur Leistungserbringung erst dann gegeben ist, wenn Klarheit über die Höhe des Entgelts herrscht.

Der Bundesgesetzgeber hat sowohl im SGB XI, aber auch an einer Vielzahl von Stellen im SGB V jeweils Schiedsstellen- bzw. Schiedspersonenregelungen eingeführt, wie dessen Betrachtung belegt



(vgl. bspw. § 75 Abs. 3b SGB V, § 111 Abs. 5 SGB V, § 120 Abs. 4 SGB V, § 127 Abs. 1a SGB V, § 129 Abs. 5e SGB V, § 130b Abs. 4 SGB V, § 132 Abs. 1 SGB V, § 132a Abs. 4 SGB V, § 132b Abs. 2 SGB V, § 132d Abs. 2 SGB V, § 132e Abs. 1 SGB V, § 132i SGB V, § 132l Abs. 6 SGB V, § 134a Abs. 3 SGB V, § 75 Abs. 4 SGB XI, § 78a Abs. 1 SGB XI, § 85 Abs. 5 SGB XI).

Zu 3.:

Das SGB V sieht an verschiedenen Stellen Rahmenempfehlungen vor. Diese sollen den vertragsschließenden Parteien Orientierung bieten und als bloße Empfehlungen nur Verbindlichkeit erhalten, soweit ihr Inhalt in den Rahmenverträgen umgesetzt wird (BSG, Urteil vom 16.03.2017, Az.: B 3KR 24/15R, Abs. 19, – zitiert nach Juris). § 133 SGB V verweist auf die entsprechende Anwendung von § 127 Abs. 9 SGB V, bei dem es sich um eine Norm handelt, die sich auf Rahmenempfehlungen über die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln bezieht.

In dieser Norm fehlen konkrete Vorgaben dazu, was konkret geregelt werden soll. Dies stellt einen deutlichen Unterschied zu den Vorgaben zu den Rahmenempfehlungen dar, die in dem die Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern regelnden 8. Abschnitt des SGB V enthalten sind. So stellt § 132a Abs. 1 S. 4 SGB klar, dass in den Rahmenempfehlungen Regelungen zur Eignung der Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus, Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung, Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Arbeitsentgelte, Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten und Anforderungen an die Eignung des Personals für bestimmte Leistungen zu regeln sind. Auch § 132l Abs. 2 SGB V enthält sehr konkrete Vorgaben.

In §133 erfolgt der bloße Verweis auf den auf Hilfsmittel bezogenen §127 Abs. 9 SGB V, wodurch Leistungserbringer für Krankentransportleistungen gegenüber anderen Leistungserbringern benachteiligt werden. Dies bestätigt sich dadurch, dass bis heute keine Rahmenempfehlungen zum §133 SGB V erarbeitet und verabschiedet werden konnten.