

Stellungnahme

Bundesministerium für Gesundheit

**Referentenentwurf zum Gesetz
zur Reform der Notfallversorgung**

durch den

Bundesverband Taxi und Mietwagen e.V.

Alte Leipziger Straße 6
10117 Berlin

Berlin, 3. Februar 2026

I. Vorbemerkung und Rolle des Taxi- und Mietwagengewerbes

Der Bundesverband Taxi und Mietwagen e. V. vertritt bundesweit Unternehmen, die jährlich rund 50 Millionen Krankenfahrten durchführen. Damit ist das Taxi- und Mietwagengewerbe ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Daseinsvorsorge und der funktionierenden Patientenversorgung – insbesondere im ambulanten Bereich.

Die Reform der Notfallversorgung begrüßen wir ausdrücklich. Sie kann nur gelingen, wenn alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer rechtssicher, wirtschaftlich tragfähig und praxistauglich eingebunden werden. Dies betrifft ausdrücklich auch die Krankenfahrten nach § 60 SGB V.

Vor diesem Hintergrund nehmen wir zu folgenden Punkten des Referentenentwurfs Stellung.

II. Rechtssicherheit bei liegenden Krankenfahrten ohne medizinische Betreuung (§ 60 SGB V)

Der Referentenentwurf differenziert zutreffend danach, ob eine medizinisch-fachliche Betreuung erforderlich ist. Unklar bleibt jedoch, wie mit Fällen umzugehen ist, in denen keine medizinisch-fachliche Betreuung, aber medizinisch-technische Ausstattung (z. B. Trage) notwendig ist.

Unser Vorschlag:

Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass Krankenfahrten auch dann zulässig sind, wenn

- keine medizinisch-fachliche Betreuung erforderlich ist,
- aber medizinisch-technische Ausstattung (z. B. Trage) eingesetzt wird.

Diese Klarstellung ist insbesondere für:

- Dialysepatienten,
- onkologische Patienten,
- mobilitätseingeschränkte Versicherte

zwingend erforderlich.

Ohne eine solche Klarstellung entsteht Rechtsunsicherheit, die zu regional unterschiedlichen Auslegungen, Vergütungsstreitigkeiten und Versorgungslücken führt.

Selbstverständlich erfüllen Taxi- und Mietwagenunternehmen bei solchen Fahrten bereits heute:

- den Einsatz TÜV-geprüfter Einbauten,
- hygienische Anforderungen (Desinfektion),
- den Einsatz geschulten Fahrpersonals.

Diese Pflichten ergeben sich bereits eindeutig aus § 3 Abs. 1 BOKraft. Zusätzliche gesetzliche Einschränkungen sind daher weder notwendig noch sachgerecht.

III. Zuzahlungen bei Krankenfahrten – Einzug durch Krankenkassen statt durch Unternehmer

Der Referentenentwurf sieht vor, dass bei Krankenfahrten weiterhin Zuzahlungen zu leisten sind. In der Praxis führt dies zu erheblichen Zahlungsausfällen, die fast ausschließlich die Unternehmer treffen.

Probleme sind u. a.:

- unklarer Befreiungsstatus der Patienten zum Zeitpunkt der Fahrt,
- fehlende Barzahlungsmöglichkeiten,
- gesetzliche Betreuer ohne bekannte Kontaktdaten,
- Umzüge in Pflegeeinrichtungen,
- Todesfälle vor Rechnungsstellung.

Das Fahrpersonal kann weder

- den Befreiungsstatus prüfen,
- noch die korrekte Zuzahlungshöhe berechnen,

da diese je nach Krankenkasse und Vertragsgestaltung variiert.

Unser Vorschlag:

Der Einzug der Zuzahlung muss – wie in der Notfallrettung – vollständig durch die Krankenkassen erfolgen. Dies hätte mehrere Vorteile:

- deutliche Reduzierung von Zahlungsausfällen,
- Entlastung der Unternehmer von sachfremder Bürokratie,
- geringerer Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen selbst,
- keine Nachteile für Versicherte, da die jährliche Zuzahlungsbelastung ohnehin gedeckelt ist.

Aus unserer Sicht ist zudem fraglich, ob der derzeitige Zuzahlungsmechanismus überhaupt Einsparungen erzielt oder lediglich Verwaltungskosten produziert.

IV. Genehmigungsverfahren – Bürokratie abbauen, Versorgung sichern

Die aktuell üblichen jährlichen oder halbjährlichen Genehmigungen für Krankenfahrten zu:

- Dialyse,
- Chemotherapie,
- Strahlentherapie

stellen für schwerkranke Patienten und deren Angehörige eine erhebliche zusätzliche Belastung dar. Insbesondere bei Therapieunterbrechungen oder -verlängerungen kommt es regelmäßig zu:

- Nachgenehmigungen,
- Verzögerungen,
- Unsicherheiten vor Fahrtantritt.

Unser Vorschlag:

Für regelmäßig medizinisch notwendige Fahrten müssen Dauergenehmigungen erteilt werden. Eine erneute Genehmigung darf nur dann erforderlich sein, wenn sich

- die Strecke oder
- das eingesetzte Beförderungsmittel

ändert.

Dies würde:

- Patienten entlasten,
- Krankenkassen Bürokratiekosten ersparen,
- Versorgungssicherheit erhöhen.

V. Abkopplung von der Grundlohnsummenentwicklung (§ 133 SGB V)

Der Referentenentwurf hält weiterhin an der Bindung der Vergütung an die Grundlohnsummenentwicklung fest. Dieses Instrument ist in vergleichbaren Leistungsbereichen längst abgeschafft (vgl. § 111 SGB V).

Die Realität ist eindeutig:

- Grundlohnsummen: +2-4 % jährlich
- tatsächliche Kostensteigerungen: 30-50 % in drei Jahren
- Fahrzeugpreise 2025 nahezu verdoppelt gegenüber 2022
- massive Mehrkosten durch Sicherheits- und Inklusionseinbauten

Unser Vorschlag:

Die Vergütung für Krankentransporte und Krankenfahrten muss:

- leistungsgerecht sein,
- eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen,
- Investitionen und tarifnahe Löhne zulassen.

Taxi- und Mietwagenunternehmen sind systemrelevant für das Gesundheitswesen. Ohne auskömmliche Vergütungen bricht die Patientenmobilität weg.

VI. Tarifnahe Löhne dürfen nicht als unwirtschaftlich gelten (§ 133 SGB V)

Der Entwurf lässt offen, ob Löhne oberhalb des Mindestlohns als „unwirtschaftlich“ bewertet werden können.

Unser Vorschlag:

Es muss gesetzlich klargestellt werden, dass

- tarifvertragliche oder
- tarifnahe Vergütungen

nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen.

Nur so können Fachkräfte gehalten und neue Mitarbeitende gewonnen werden.

VII. Richtlinienkompetenz der Krankenkassen ist systemfremd (§ 133 SGB V)

Die im Entwurf vorgesehene alleinige Richtlinienkompetenz der Krankenkassen (§ 133 Abs. 4) hebt Verhandlungen auf Augenhöhe aus.

Unser Vorschlag:

- Keine einseitige Richtlinienmacht der Krankenkassen
- Stattdessen: paritätische Rahmenempfehlungen unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer

Der Bundesverband Taxi und Mietwagen begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Schiedsregelung, fordert jedoch:

- klare Anwendbarkeit auf Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten,
- eine eindeutige gesetzliche Verpflichtung zur leistungsgerechten Vergütung.

VIII. Konkreter Änderungsbedarf: § 133 SGB V neu fassen

Aus den genannten Gründen schließt sich der Bundesverband Taxi und Mietwagen dem Änderungsvorschlag des Bundesverbands eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz (BKS) zum § 133 SGB V an und hält eine grundlegende Neustrukturierung der Vorschrift für erforderlich, mit:

- klarer Trennung der Regelungen für
 - medizinische Notfallrettung,
 - Krankentransporte,
 - Krankenfahrten,
- Anlehnung an bewährte Regelungen aus anderen Bereichen des SGB V,
- verbindlichen, fairen Verhandlungsstrukturen.

IX. Hintergrund

Da auch das Taxi- und Mietwagengewerbe eine bedeutende Rolle bei der Versorgung von Patienten mit entsprechenden Hin- und Rücktransporten im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen hat, möchten wir die Gelegenheit wahrnehmen Stellung zur beabsichtigten Reform der Notfallversorgung zu nehmen. Mit einer Beförderungsleistung von etwa 50 Millionen Krankenfahrten sorgt unser Gewerbe im Rahmen der Daseinsvorsorge für die Mobilität bei zwingend medizinisch notwendigem Beförderungsbedarf. Daher möchten wir auf folgende Punkte des Entwurfes eingehen:

Zu II. Rechtssicherheit bei liegenden Krankenfahrten ohne medizinische Betreuung (§ 60 SGB V)

In dem jetzigen Entwurf wird zwar danach differenziert, ob medizinisch-fachliche Betreuung erforderlich ist. Eine klare Positionierung, dazu, dass Krankenfahrten zulässig sind, wenn keine medizinisch-fachliche Betreuung erfolgt, jedoch medizinisch-technische Ausstattung (Trage) zum Einsatz kommt, fehlt. Hier Rechtssicherheit im Hinblick auf die Beförderung von Patienten, die keiner medizinisch-fachlichen Betreuung (z.B. Dialysepatienten) bedürfen, halten wir für dringend erforderlich.

Es ist selbstverständlich, dass für die „Liegend-Krankenfahrten“ mit medizinisch-technischer Ausstattung selbstverständlich TÜV geprüfte Einbauten verwendet werden, die Fahrzeuge entsprechend desinfiziert und für diese Tätigkeit geschultes Fahrpersonal zum Einsatz kommt. Dass der Taxi-/Mietwagenunternehmer für diese Beförderungen entsprechend geeignetes Personal einzusetzen hat ergibt sich bereits aus der BO-Kraft § 3 Abs. 1.

§ 3 BOKraft – Pflichten des Unternehmers

Absatz 1

Der Unternehmer ist dafür verantwortlich, dass die Vorschriften dieser Verordnung eingehalten und die hierzu behördlich erlassenen Anordnungen befolgt werden. Er hat dafür zu sorgen, dass das [Unternehmen](#) ordnungsgemäß geführt wird und dass sich die Fahrzeuge und Betriebsanlagen in vorschriftsmäßigem Zustand befinden. Er darf den [Betrieb](#) des Unternehmens nicht anordnen oder zulassen, wenn ihm bekannt ist oder bekannt sein muss, dass Mitglieder des Fahr- oder Betriebspersonals nicht befähigt und geeignet sind, eine sichere und ordnungsgemäße [Beförderung](#) zu gewährleisten.

Zu III. Zuzahlungen bei Krankenfahrten – Einzug durch Krankenkassen statt durch Unternehmer

Hier sollten zukünftig auch die Krankenkassen zum Einzug der fälligen Beträge verpflichtet werden. Während der Einzug der

Zuzahlung in der Notfallrettung schon lange konsequent durch die Krankenkassen erfolgt, bleiben die Unternehmer bei den Krankenfahrten oft auf der Strecke. Der Bereich Zuzahlung macht den genehmigten Unternehmern für Krankenfahrten nach dem PBefG massiv Probleme. Die Zahlungsausfälle sind massiv und stellen die Unternehmer vor erhebliche Zahlungsausfallquoten.

So ist den Unternehmern/Fahrern im Zeitpunkt der Leistungserbringung der Befreiungsstatus des beförderten Patienten meist nicht klar und lässt sich oft nicht aufklären. Die Zuzahlung in bar von den Patienten einzuziehen, scheitert in den meisten Fällen daran, dass diese Personen kein Bargeld bei sich tragen, über gesetzliche Betreuer verfügen und meist nicht in der Lage sind, diese Angelegenheit zu klären. Hinzu kommt, dass bei der Erbringung der Fahrleistung die genaue Höhe der Zuzahlung nicht zu errechnen ist, da je nach Krankenkassen unterschiedliche Vergütungen gezahlt werden und das Fahrpersonal dies während der Beförderung nicht klären kann.

Damit sind die Unternehmer gezwungen, Rechnungen an die Patienten zu senden, die von diesen aus den verschiedensten Gründen nicht beachtet bzw. gezahlt werden. So erreichen Rechnungen den Patienten nicht, da dieser bei Eingang der Rechnung in ein Pflegeheim verzogen ist, oder dieser bereits verstorben ist. Teilweise liegt die Zuständigkeit für die Begleichung beim gesetzlichen Betreuer, was ebenfalls nicht bekannt ist und eine Weiterleitung durch den Patienten unterbleibt.

Die Folge sind hohe Zahlungsausfälle! Diese Prozesse können – wie der Umgang mit Zuzahlungen im Rettungsdienst zeigt, auf Seiten der Krankenkassen deutlich schneller und effizienter gestaltet werden. Auch würden hierdurch die nicht unerheblichen Verwaltungskosten, die der Krankenkasse bei der Bearbeitung der für die Fahrten eingereichten Rechnungen in Bezug auf fehlende Abzüge (weil laut Patient befreit) und die Differenzen bei der Höhe der Zuzahlung (z.B. Rundungen bei Ausführung von Hin- und Rückfahrt) entstehen, entfallen.

Insgesamt halten wir es wie andere Beförderer für fraglich, ob die Einnahmen, zu denen der Einzug von Zuzahlungen bei den Versicherten führt, überhaupt die mit dem Einzug verbundenen Verwaltungskosten abdeckt. Außerdem ist fraglich, ob dieser Mechanismus überhaupt eine zwingend medizinisch notwendige Fahrt vermeidet oder Geld im Gesundheitssystem einspart. Da die jährliche Höhe der insgesamt zu leistenden Zuzahlung nach § 61 SGB V für den Versicherten je nach Einkommen begrenzt ist, hätte ein Wegfall auch Einsparungen bei der Bearbeitung

(Quittungsprüfung usw.) der Erstattung von zu viel gezahlten Zuzahlungen zur Folge.

Zu IV. Genehmigungsverfahren – Bürokratie abbauen, Versorgung sichern

Eine weitere Bemerkung sei zu den im § 60 Abs. 2 Punkt 4 genannten Genehmigungen erlaubt. Die bisherigen Genehmigungen erfolgen gerade in den Bereichen Strahlen/Chemo/Dialyse in den meisten Fällen über eine maximale Zeitspanne von einem Jahr. Dies führt für die Patienten bzw. deren betreuenden Personen sehr oft zu einer zusätzlichen Belastung in Zeiten, in denen sich der Patient, seine Angehörigen und die ihn Pflegenden in einem hohem psychischen Belastungszustand befinden. Bei onkologischen Strahlen-/Chemopatienten wird nicht für die Dauer der Behandlung, sondern nach viertel- oder halbjährlichen Zeiträumen oder Intervallen genehmigt. Dies führt leider oft dazu, dass bei Behandlungsunterbrechungen oder Verlängerungen auf Grund des gesundheitlichen Zustandes Nachgenehmigungen erforderlich sind. Da diese Nachgenehmigungen ebenfalls vor Antritt der Fahrten erfolgen müssen, werden die sich sowieso im Ausnahmezustand befindlichen Patienten, mit zusätzlicher Bürokratie belastet. Ebenso ist nicht nachvollziehbar, wieso Dialysepatienten jährlich erneut für die weiterführenden Genehmigungen nachweisen müssen, dass diese immer noch auf die bisherige Beförderung aus zwingenden medizinischen Gründen angewiesen sind und damit eine erneute Genehmigung ausgestellt wird. Hier Dauergenehmigungen auszustellen und nur dann eine erneute Beantragung vorzusehen, wenn sich die Strecke oder das zum Einsatz kommende Beförderungsmittel ändert, wäre praxisnah. Würde dies in den Richtlinien berücksichtigt, hätte dies auf Seiten der Krankenkassen Kostenersparnisse zur Folge, da ein nicht unerheblicher bürokratischer Aufwand solcher, grundsätzlich ja zu genehmigenden Fahrten, entfielen.

Zu V. Abkopplung von der Grundlohnsummenentwicklung und VI. Tarifnahe Löhne dürfen nicht als unwirtschaftlich gelten (§ 133 SGB V)

Der Entwurf sieht auch weiterhin eine enge Bindung an die Grundlohnsummensteigerungen vor. Ein System, welches in verwandten Leistungserbringer-Bereichen längst abgeschafft wurde. So heißt es im §111 SGB V, der die Verträge mit Vorsorge- und Reha-Einrichtungen regelt, explizit: "Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht."

Der Grund dafür liegt längst auf der Hand: Die Grundlohnsummenentwicklung sieht jährlich Steigerungen von ca. 2-4% vor. Die tatsächlichen Kostensteigerungen liegen deutlich darüber. Die Sach- und Investitionskosten für Beförderungsunternehmen sind in den vergangenen drei Jahren in vielen Bereichen um 30-50% gestiegen. Fahrzeuganschaffungen sind im Jahr 2025 fast doppelt so teuer, wie noch im Jahr 2022. Auch die Sicherheitsrelevanten Einbauten zum Beispiel für Menschen mit Inklusionsbedarf stellen einen erheblichen Kostenpunkt bei der Krankenförderung dar.

Was der Gesetzgeber längst für andere Bereich des Gesundheitssystems erkannt hat, gehört also auch in diesem Bereich angewandt. Krankentransporte und Krankenfahrtdienste sowie die Rettungsdienste in Deutschland stellen die Vernetzer des Gesundheitssystem dar. Ohne verlässliche Anbieter in diesem Bereich, erhalten Patienten keine Gesundheitsversorgung. Es braucht daher auskömmliche Entgelte zur sicheren und nachhaltigen Finanzierung der modernen Strukturen.

Insgesamt scheint der Referentenentwurf wenig Wert auf einen fairen Markt zu legen. Arbeitgeber müssen in die Lage versetzt werden, den Mitarbeitenden angemessene Gehälter zu zahlen. Daher braucht es eine Regelung im Sozialgesetz, das Gehälter, die über dem Mindestlohn liegen nicht als unwirtschaftlich angesehen werden dürfen.

Zu VII. Richtlinienkompetenz der Krankenkassen ist systemfremd (§ 133 SGB V)

Unternehmer bzw. deren Landesverbände und Kostenträger sind Verhandlungspartner in Verhandlungen um Leistungsentgelte. Der Referentenentwurf lässt Regelungen für Verhandlungen auf Augenhöhe nicht nur fehlen, sondern fördert beispielsweise mit der angedachten Richtlinienkompetenz für Krankenkassen ein Verhandlungsdiktat.

Nach Absatz 4 im Entwurf des §133 SGB V sollen Krankenkassen allein Richtlinien definieren dürfen, wie es zu einer Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern in Rettungsdienst, Krankentransport oder für Krankenfahrten kommt.

Damit würde der Gesetzgeber endgültig aus einer Verhandlungspartnerschaft ein Verhandlungs-Diktat der Krankenkassen machen.

Die angedachte Schiedsregelung im Entwurf des §133 SGB V begrüßt der BVTM sehr. In seiner Stellungnahme fordert auch der BKS eine deutlichere Klarstellung, dass die Regelungen

gleichermaßen für Anbieter von Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten gelten müssen. Darüber hinaus müssen die Regelungen zu Schiedsverfahren deutlicher beschrieben und klargestellt werden. Eine Klarstellung, dass die Leistungen leistungsgerecht vergütet werden müssen, fehlt bislang völlig.

Der konkrete Formulierungsvorschlag lautet wie folgt:

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.

(2) Die Vergütungssätze müssen leistungsgerecht sein 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. Überschüsse verbleiben beim Erbringer der Leistung; Verluste sind von ihm zu tragen. Für Vereinbarungen nach Abs. 1 Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Vergütungsvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn des Vergütungszeitraums zu treffen. 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. Hierzu gehören auch vergütungserhebliche Angaben zum Jahresabschluss, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Leistungserbringers einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. Dabei sind insbesondere die in der Vergütungsverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Vergütungszeitraum vorzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Vergütungssätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Vergütungszeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Vergütungssätze bis zum Inkrafttreten neuer Vergütungssätze weiter. 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. 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.

(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.

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 1, soweit diese sich auf Krankentransporte und Krankenfahrten beziehen, zugrunde zu legen. 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 Tarifröhne oder Arbeitsentgelte und
4. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.

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 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.

(5) Kommt kein Vertrag nach Absatz 1 zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung innerhalb von drei Monaten 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.

X. Fazit

Insgesamt bietet es sich aus unserer Sicht an den §133 SGB V wie oben vorgeschlagen neu zu konzipieren und genauer und rechtssicher zu trennen, welche Vorschriften für Leistungen der medizinischen Notfallrettung, den Krankentransporten und ebenso den Krankenfahrten gelten. Dabei sollten Anlehnungen an andere, bereits aktuellere und bestehende, Vorschriften aus dem Leistungsrecht bei den Vorgaben für die Verhandlungen herangezogen werden.

Der Bundesverband Taxi und Mietwagen unterstützt die Ziele der Notfallreform ausdrücklich. Damit diese Reform jedoch in der Versorgungspraxis funktioniert, müssen Taxi- und Mietwagenunternehmen als tragende Säule der Patientenmobilität rechtssicher, fair vergütet und bürokratisch entlastet werden.

Für einen persönlichen Austausch oder Rückfragen stehen wir dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit gerne zur Verfügung.