

Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkassen in Hamburg

Verband der Ersatzkassen e. V. · Sachsenstraße 6 (Haus D) · 20097 Hamburg

Behörde für Inneres und Sport
der Freien und Hansestadt Hamburg
Amt für Innere Verwaltung und Planung
Herrn Rainer Kulla
Johanniswall 4

20095 Hamburg

- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse ♦ Hamburg
- BKK-Landesverband NORDWEST ♦ Hamburg
- IKK classic ♦ Hamburg
- Knappschaft ♦ Hamburg
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau ♦ Hannover
- Verband der Ersatzkassen e. V. ♦ Hamburg

Ihre Ansprechpartnerin:
Kathrin Herbst
Leiterin
Verband der Ersatzkassen e. V.
Landesvertretung Hamburg
Sachsenstraße 6 (Haus D)
20097 Hamburg
Tel.: (0 40) 41 32 98 - 20
Fax: (0 40) 41 32 98 - 22
E-Mail: kathrin.herbst@vdek.com

14. Juni 2018

Gemeinsame Stellungnahme der Krankenkassenverbände in Hamburg zur Novellierung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes

Sehr geehrter Herr Kulla,

vielen Dank für die Möglichkeit, im Anhörungsverfahren zum Entwurf zur Novellierung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes (HmbRDL) Stellung zu nehmen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände in Hamburg begrüßen grundsätzlich den Reformwillen des Landes im Rettungsdienst. Überlegungen zur Novellierung haben wir der zuständigen Behörde im Vorfeld dargestellt. Es freut uns, dass einige unserer Anregungen im Gesetzentwurf berücksichtigt wurden. Positiv herausheben lassen sich aus unserer Sicht besonders die Ausführungen zu Qualitätsstandards und zum Qualitätsmanagement sowie zur Integrierten Leitstelle.

Als Rückschritt an zentraler Stelle – im Hinblick auf die Transparenz und die Steigerung der Qualität – werten wir jedoch, dass das Land die Mitwirkungsmöglichkeiten für die Krankenkassen drastisch beschneidet. Dies dürfte ein einmaliger Vorgang in den entsprechenden Gesetzgebungsverfahren der Bundesländer in den letzten Jahrzehnten sein.

Aus Sicht des Bürgers/des Versicherten bedeutet Qualität im Rettungsdienst zum einen, dass der Rettungswagen im Notfall innerhalb einer bestimmten Frist eintrifft. Zum anderen erwarten Bürger/Versicherte zu Recht, im Notfall von gut qualifizierten Mitarbeitern des Rettungsdienstes versorgt zu werden. Ob die Standards eingehalten

und Maßnahmen bei Qualitätsmängeln ergriffen werden, darüber müssen die Bürger/Versicherten transparent informiert werden.

Wenn die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) – wie im vorliegenden Entwurf – als Neuerung den Sicherstellungsauftrag im Rettungsdienst als staatliche Ordnungsaufgabe ausbaut und keine weiteren Mitwirkenden mit Mitspracherechten benennt, hat sie ein Informationsmonopol inne. Gegenüber Mitwirkenden muss sie dann nicht mehr detailliert offenlegen, ob die Hilfsfrist eingehalten wird oder wie die Qualifikation der Rettungswagen-Besatzungen weiterentwickelt wird. Dies schwächt die Möglichkeiten für Bürger/Versicherte, frühzeitig Qualitätsmängel zu benennen und Qualitätsverbesserungen anzustoßen.

Bislang hatten die Krankenkassen mit der FHH die Gebühren für den Rettungsdienst verhandelt. Im Rahmen dieser Verhandlungen hatten die Kassen Zugang zu einem Datenbestand. Die Erkenntnisse aus den Daten haben sie genutzt, um auf Qualitätsmängel hinzuweisen, zum Beispiel darauf, dass die Hilfsfristen seit Jahren nicht eingehalten werden. Außerdem haben sie beispielsweise auf Defizite bei der Qualifikation des Rettungswagen-Personals aufmerksam gemacht – insbesondere darauf, dass die Notfallsanitäter bis heute nicht gemäß ihrer Qualifikationen eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang fordern die Krankenkassen, dass ihr bisheriges Mitspracherecht mindestens erhalten bleibt. Dies ist unerlässlich, um letztlich den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können. Zum Verständnis: Der Rettungsdienst finanziert sich zu einem Großteil über die Beitragsgelder der Versicherten, die sich über ihre gesetzliche Krankenversicherung solidarisch gegen ihr individuelles Krankheitsrisiko absichern.

Die Krankenkassenverbände und die FHH haben sich aufgrund von Verabredungen, die aus der Stellung der Krankenkassenverbände im bisher gültigen Hamburger Rettungsdienstgesetz beruhen, darauf verständigt, die Rechnungen für die Rettungsdienstgebühren entgegenzunehmen und direkt zu bezahlen. Mit diesem Entwurf kündigt die FHH mit ihrem Verhalten inhaltlich die Verabredung auf. Die Krankenkassenverbände und Krankenkassen fühlen sich an ihren Teil der Verabredung nicht mehr gebunden.

Die Krankenkassen behalten sich vor, zu prüfen, ob sie bei unveränderter Beibehaltung der Regelungen nach § 18 des vorliegenden Gesetzesentwurfes nicht mehr Adressat der Gebührenbescheide sind. Die Gebührenbescheide sind nach der bundesgesetzlichen Regelung direkt dem Versicherten zu übersenden, der die Zahlung des Gebührenbescheides vornimmt. Die Krankenkassen werden dem Versicherten den Zahlbetrag des Gebührenbescheides erstatten.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Neu: § 1 Grundsätze, Anwendungsbereich und Wirtschaftlichkeitsgebot

Neu: § 1 Abs.3

Sachverhalt

Bislang enthält der Entwurf zum Hamburgischen Rettungsdienstgesetz keine Formulierung, die die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Kostenträger, insbesondere für die Krankenkassen, verlangt.

Bewertung

Die Sozialversicherung, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung, ist der Hauptfinanzier des Hamburger Rettungsdienstes. Das wird in dem Entwurf nicht deutlich. Über 85 Prozent der Hamburger Bürgerinnen und Bürger sind Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung. Der Versicherte hat einen Leistungsanspruch im Falle des notwendigen Transports gegenüber seiner Krankenkasse. Kostensteigerungen im Rettungsdienst haben damit auch immer Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenversicherung, die gehalten ist, diese im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu kontrollieren. Das kann sie im Rettungsdienst nur dann, wenn der Träger des Rettungsdienstes in diese Verantwortung mit eingebunden ist.

Änderungsvorschlag

Für alle Maßnahmen nach diesem Gesetz ist § 12 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – entsprechend zu beachten.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Sachverhalt

Die Begriffsbestimmungen enthalten keine Definitionen einer Hilfsfrist und einer Bedarfsplanung.

Bewertung

Es bedarf hier einer Definition des Begriffes der Hilfsfrist, wann und mit welchem Ereignis sie beginnt und wann und wie sie erfüllt ist. Idealerweise beginnt die Hilfsfrist mit der Alarmierung (Einsatzbefehl) des Rettungsmittels. Ab diesem Zeitpunkt rechnen die Hilfebedürftigen mit dem Eintreffen der Hilfe. Einer solchen Hilfsfrist muss eine umfassende Bedarfsplanung zugrunde liegen, da Hilfsfristen nur dann eingehalten werden können, wenn die notwendigen Vorhaltungen auf Basis einer detaillierten Planung geschaffen worden sind.

Änderungsvorschlag

§ 2 Nr. ...: Hilfsfrist: Die Hilfsfrist beginnt mit der Alarmierung (Einsatzbefehl) des Rettungsmittels und endet mit dem Eintreffen des Rettungsmittels am Ort der Hilfeleistung.

§ 2 Nr. ...: Bedarfsplanung: Eine Bedarfsplanung berücksichtigt die notwendigen Vorhaltungen für alle Rettungsmittel im Bereich des Hamburger Rettungsdienstes zur Einhaltung der Hilfsfristen.

§ 4 in V. m. § 2 Einsatz von Rettungsfahrzeugen in der Notfallrettung und im Krankentransport und Begriffsbestimmungen

Sachverhalt

Erstmals werden Rettungsmittel hinsichtlich der Ausstattung, des Einsatzes und der technischen Erfordernissen definiert.

Bewertung

Die §§ 2 und 4 definieren erstmals gemeinsam ausführlich die Rettungsmittel und wie sie einzusetzen sind. Dabei ist in § 2 Nr. 9 erstmals der Intensivrettungswagen genannt. Hierin sehen die Krankenkassen eine deutliche Verbesserung gegenüber der noch aktuellen Regelung.

Änderungsvorschlag

keiner

§ 6 Besetzung von Leitstellen im Krankentransport

Sachverhalt

Der Gesetzesentwurf enthält eine Regelung zur Besetzung der Leitstelle im Krankentransport. Diese ist nunmehr mit einem Rettungssanitäter beziehungsweise einer Rettungssanitäterin zu besetzen. Weitere Regelungen oder Verpflichtungen der Leitstelle sind hier nicht zu entnehmen.

Bewertung

Die Besetzung der Krankentransportleitstelle mit einem Rettungssanitäter beziehungsweise einer Rettungssanitäterin ist zu begrüßen. Die Stadt Hamburg hat aber auch den Sicherstellungsauftrag für den Krankentransport. Diesem wird sie aber nicht immer gerecht, da es häufig zu nicht akzeptablen langen Wartezeiten kommt, vor allem bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Besonders älteren und hilflosen Patienten ist mit der bestehenden Regelung nicht geholfen. Hier muss Abhilfe geschaffen werden.

Die Krankenkassen sprechen sich deshalb dafür aus, dass die Leitstelle bei den jeweiligen Krankentransportunternehmen verpflichtet ist, Aufträge abzugeben, wenn sie von dem beauftragten Unternehmen nicht in einem hinnehmbaren Wartezeitraum abgearbeitet werden können. Von einem hinnehmbaren Wartezeitraum ist auszugehen, wenn bei geplanten Fahrten die Wartezeit nicht mehr als 15 Minuten und bei ungeplanten Fahrten nicht mehr als 60 Minuten beträgt. Da der unbestimmte Rechtsbegriff „hinnehmbarer Wartezeitraum“ gerichtlich überprüft werden kann, dürfte diese Verpflichtung ausreichen, um künftig nicht hinnehmbare Wartezeiträume zu verhindern.

Die Aufträge müssen an die Feuerwehr abgegeben werden, da eine Abgabe an ein anderes Unternehmen gegebenenfalls dem Willen des Versicherten widerspricht – es sei denn, der Versicherte ist mit einer solchen Abgabe einverstanden.

Änderungsvorschlag

Überschrift § 6: Besetzung und Verpflichtungen von Leitstellen im Krankentransport

Ergänzung durch § 6 Satz 2: Sollte die Leitstelle im Krankentransport feststellen, dass der Transportauftrag nicht innerhalb einer hinnehmbaren Wartezeit für den Patienten durchgeführt werden kann, ist der Auftrag an die Feuerwehr abzugeben. Hinnehmbar ist eine Wartezeit in der Regel, wenn sie bei geplanten Fahrten nicht mehr als 15 Minuten und bei ungeplanten Fahrten nicht mehr als 60 Minuten beträgt. Die Abgabe kann bei Zustimmung des Patienten auch an Dritte erfolgen. Der Auftrag ist nach Abgabe von der Feuerwehr oder einem Dritten unverzüglich durchzuführen.

§ 11 Qualitätsmanagement

Sachverhalt

Das Qualitätsmanagement wird erstmals konsequent in das Gesetz aufgenommen und verpflichtet die Leistungserbringer zu einer standardisierten Datenlieferung, die zu einer regelmäßigen Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die Behörde für Inneres und Sport führen soll.

Außerdem wird in diesem Paragrafen die Abstimmung zu medizinischen Fragestellungen zwischen der Behörde für Inneres und Sport mit der für Gesundheit zuständigen Behörde geregelt.

Bewertung

Die Krankenkassenverbände begrüßen die erstmalige Einführung eines Qualitätsmanagements im Rettungsdienst. Sie tragen ebenfalls mit, dass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität regelmäßig bei den Leistungserbringern auch im öffentlichen Rettungsdienst analysiert wird und dass die entsprechenden Datenströme gesetzlich geregelt werden. Zu konkretisieren wäre jedoch, was mit

dem Begriff der Regelmäßigkeit gemeint ist und wie die Ergebnisse und die daraus folgenden Konsequenzen veröffentlicht werden.

Dies vorausgeschickt, ist für die Krankenkassenverbände aber unverständlich, dass an diesem Punkt das Gesetz und die Begründung nicht zusammenpassen. Während im § 11 vom Einvernehmen zwischen der zuständigen Behörde (hier: Behörde für Inneres und Sport) und der für Gesundheit zuständigen Behörde die Rede ist, reduziert sich laut der Begründung der Einfluss der für Gesundheit zuständigen Behörde auf eine Mitwirkung und Prüfung, ob die von der Behörde für Inneres und Sport ausgewählten medizinischen Standards zwingenden medizinischen Anforderungen widersprechen. Zugleich entscheidet die Behörde für Inneres und Sport alleine über die Auswahl und Umsetzung der Qualitätsstandards. Das ist ein Widerspruch an sich.

Änderungsvorschlag

§ 11 Abs. 1 Satz 1 Ergänzung: Das Einvernehmen bezieht sich auch auf Auswahl und Umsetzung von Qualitätsstandards für den Rettungsdienst. Die Ergebnisse der Qualitätskontrollen sind unverzüglich zu veröffentlichen.

§ 12 Sicherstellungsauftrag in der Notfallrettung und im Krankentransport

Sachverhalt

Der Sicherstellungsauftrag für die Notfallrettung und den Krankentransport bleibt unverändert bei der zuständigen Behörde (hier: Behörde für Inneres und Sport). Neu ist nach Abs. 2, dass die Notfallrettung (bodengebundene Rettung sowie Luft- und Wasserrettung) ausschließlich im öffentlichen Rettungsdienst als staatliche Ordnungsaufgabe wahrgenommen wird.

Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die Verpflichtung, durch Maßnahmen der Qualitätskontrolle und -sicherung die Leistungserbringung im öffentlichen Rettungsdienst zu analysieren und gegebenenfalls bedarfsgerecht anzupassen (vgl. § 11 Qualitätsmanagement). Die Qualitätskontrollen und Qualitätssicherungsmaßnahmen sind daher auch Basis für die Bedarfsplanungen im öffentlichen Rettungsdienst.

Bewertung

Das grundsätzlich Neue an dieser Regelung ist die Ausgestaltung des Sicherstellungsstellungsauftrages als staatliche Ordnungsaufgabe.

Konsequenterweise wird daher in der Begründung zu § 12 der Verweis auf die Qualitätskontrolle im § 11 des Gesetzes vorgenommen. Dort wird festgestellt, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätskontrollen Basis der Bedarfsplanung sind. Konsequenterweise müsste auch die Bedarfsplanung Teil des Gesetzes sein, indem zum einen eine Definition von Bedarfsplanung erfolgt (fehlt in § 2 Begriffsbestimmungen) und zum anderen ein Gremium geschaffen wird, das die

Bedarfsplanung vornimmt. Eine Bedarfsplanung kann nur qualifiziert und quantitativ vorgenommen werden, wenn eine Hilfsfrist definiert ist (Begriffsbestimmung wäre ebenfalls in § 2 aufzunehmen).

Bisher ist keine Festlegung einer Hilfsfrist erfolgt. Die Stadt Hamburg hat lediglich eine Zielvereinbarung innerhalb des Senats zur Kenntnis genommen. Das hat sich nicht bewährt.

Änderungsvorschlag

Der Gesetzentwurf ist im Ersten Teil Allgemeine Regelungen um zwei Paragraphen zu ergänzen:

§ 12 neu Hilfsfrist

§ 13 neu Bedarfsplan

Die anderen Paragraphen würden sich als Folge jeweils nach hinten verschieben.

Neu: § 12 Hilfsfrist

(1) Die Hilfsfrist für alle Teile der Stadt Hamburg wird mit zehn Minuten erstmalig festgelegt.

(2) Die Einhaltung Hilfsfrist wird quartals- und jahresweise auf der regionalen Ebene der FHH und auf der Ebene der sieben Bezirke überprüft. Die Ergebnisse werden unverzüglich veröffentlicht.

Begründung

Bisher ist keine Festlegung der Hilfsfrist im Gesetz erfolgt. Dieses Verfahren hat sich nicht bewährt. Die Feuerwehr Hamburg hat zwar hilfsweise eine Zielvereinbarung mit dem Senat geschlossen. Das Zielkriterium lautet dort:

*B_277_01_014 Erfüllungsquote Eintreffzeit
im öffentlichen Rettungsdienst an der
Einsatzstelle innerhalb von ≤ 8 Min.*

Die Istwerte der letzten Jahre sind wie folgt:

Jahr	Erfüllungsquote
2013	70,8%
2014	67,9%
2015	67,0%
2016	66,2%
2017	65,0%

Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass die Erfüllungsquote weder von der absoluten Höhe noch von der Tendenz in den letzten fünf Jahren befriedigend ist. Da die Hilfsfrist nicht gesetzlich festgeschrieben war, hatte der Bürger aber keinen

Rechtsanspruch gegenüber der FHH. Notwendige Maßnahmen wie der Aufbau der Rettungswachen in Regionen Hamburg, die noch nicht versorgt sind, sind zum Teil unterblieben, zum Teil auf zukünftige Haushalte verlagert worden. Außerdem wurden weitere Leistungserbringer nicht ausreichend eingebunden, um eine bessere Zielerreichung zu gewährleisten. Es gab für den Senat keine gesetzliche Notwendigkeit, zu reagieren.

Das wird mit dem vorliegenden neuen § 12 geändert. Der sensible Bereich der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsfürsorge wird als staatliche Ordnungsaufgabe ausgestaltet. Diese Aufgabenwahrnehmung ist konsequenterweise um einen Rechtsanspruch des Bürgers bei der Hilfsfrist zu ergänzen. Damit kann der Bürger Verbesserungen seiner Versorgung einklagen.

Die Hilfsfrist wird, so schlagen es die Krankenkassen vor, auf zehn Minuten festgelegt. Dies erfolgt vor folgendem Hintergrund: Die acht Minuten waren, wie die mangelnde Erfüllungsquote zeigt, nicht realistisch. Die jetzt vorgesehenen zehn Minuten sind – im Vergleich zu einer Vielzahl weiterer Bundesländer – immer noch sehr ehrgeizig. Mit der Festlegung wird das Ziel der Gewährung schnellstmöglicher Hilfe unter Berücksichtigung aller maßgeblichen Kriterien des Standes der notfallmedizinischen Erkenntnisse konkret festgeschrieben und nicht mehr als unbestimmter Rechtsbegriff angegeben.

Die Hilfsfrist ist in 90 Prozent der Fälle einzuhalten. Die Erfüllungsquote war je nach Region der FHH in der Vergangenheit sehr unterschiedlich. Die Hilfsfrist wird daher auf der regionalen Ebene der FHH und der sieben Bezirke operationalisiert. Damit soll ein einheitliches und hohes Qualitätsniveau in allen Regionen Hamburgs erreicht werden.

Außerdem werden Erfüllungsquoten von 90 Prozent in anderen Bundesländern erreicht. Diese Länder haben allerdings nicht ganz so ehrgeizige Ziele bei der Frist wie Hamburg. Allerdings führen dort Fristverfehlungen zu Konsequenzen (Änderung der Bedarfspläne), während die regelhafte Zielverfehlung in Hamburg bislang keinerlei Folgen hatte. Das wäre auch nicht möglich gewesen, da ein entsprechendes Instrumentarium beziehungsweise Maßnahmenpaket, beispielsweise ein Bedarfsplan, bisher fehlte.

Insgesamt hat sich diese Vorgehensweise nicht bewährt und soll durch die verpflichtende Einführung einer Hilfsfrist in Verbindung mit einem Bedarfsplan (vgl. § 13 neu) ergänzt werden.

Neu: § 13 Bedarfsplan

(1) Der Bedarfsplan für den Rettungsdienst der Stadt Hamburg wird bis spätestens zum 31.12.2019 erstmalig aufgestellt und einer jährlichen Überprüfung unterzogen.

(2) Dazu wird ein Steuerungsgremium ins Leben gerufen. Mitglieder des Steuerungsgremiums sind Vertreter der Innenbehörde, Vertreter der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Vertreter des Aufgabenträgers nach § 13 dieses Gesetzes, weitere Leistungserbringer, die am öffentlichen Rettungsdienst beteiligt sind, Vertreter der Hilfsorganisationen, Vertreter der Kostenträger nach § 2 Nr. 22 sowie Vertreter der Bezirke und Vertreter der Bürgerinnen und Bürger.

(3) Das Steuerungsgremium beschließt einvernehmlich den Bedarfsplan auf Basis mathematischer, statistischer und quantitativer Verfahren sowie auf Basis der Qualitätssicherungsmaßnahmen und -kontrollen (§ 11). Die entsprechenden Berechnungen werden von unabhängigen und zum Sachverhalt erfahrenen Experten oder Unternehmen durchgeführt.

(4) Die zuständige Behörde, die die Rettungsleitstelle nach § 15 unterhält, stellt dem Steuerungsgremium die notwendigen Daten für die Bedarfsplanung bis zum 30.06. eines jeden Jahres zur Verfügung. Dafür wird die Rettungsleitstelle die Daten spätestens mit dem Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes entsprechend erheben.

(5) Sollte innerhalb des Steuerungsgremiums keine einvernehmliche Regelung zustande kommen, entscheidet eine Struktur-Schiedsstelle. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, die Zusammensetzung dieser Schiedsstelle und das Verfahren zu regeln. Dabei ist darauf zu achten, dass die Kostenträger mit mindestens einem Stimmrecht vertreten sind.

Begründung

Die Stadt Hamburg ist eine stark wachsende Stadt. Der Senat hat sich das Ziel gesetzt, mehr als 10.000 Wohnungen jedes Jahr fertigzustellen. Es kommt zu einer Verdichtung des Wohnraumes und auch zur Ausweisung einer Vielzahl neuer Wohngebiete in Stadtrandlagen. Insofern ändert sich die Situation in den verschiedenen Bezirken ständig. Das macht zumindest jährliche Anpassungen notwendig. Ziel des Bedarfsplanes ist es, ein einheitliches und hohes Qualitätsniveau in allen Regionen für die Hamburger Bürger zu erreichen und dabei zeitgleich die Bedarfsplanung effizient im Sinne der Beitragszahler zu gestalten. Insofern sind alle genannten Vertreter im Steuerungsgremium nach Absatz 2 zu beteiligen. Bedarfsplanung ist im Rettungsdienst ein anerkanntes und übliches Verfahren. Um nicht den Verdacht der Einflussnahme eines der genannten Beteiligten des Steuerungsgremiums aufkommen zu lassen, soll ein renommiertes unabhängiges Unternehmen beziehungsweise renommierte unabhängige Experten mit dieser Aufgabe betraut werden. Die Vertreter des Steuerungsgremiums haben durch die Berechnungen und die daraus resultierenden Vorschläge eine Entscheidungsgrundlage für einvernehmliche Entscheidungen über den Bedarfsplan. Die Rettungsleitstelle nach § 15 dieses Gesetzes erhebt die notwendigen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften und stellt sie dem Steuerungsgremium regelhaft zur Verfügung.

Neu: § 14 Sicherstellungsauftrag in der Notfallrettung und im Krankentransport
(ehemals § 12 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

Die Notfallrettung im bodengebunden Rettungsdienst und in der Luftrettung ist nunmehr eine staatliche Ordnungsaufgabe.

Bewertung

Auch die Luftrettung soll künftig nicht mehr durch Dritte im Genehmigungsverfahren erbracht werden. Die Krankenkassen sehen hier eine nicht notwendige Monopolisierung. Das bisherige Verfahren hat sich bewährt.

Änderungsvorschlag

§ 12 Abs. 2; Die Notfallrettung im bodengebundenen Rettungsdienst nimmt der öffentliche Rettungsdienst als Ordnungsaufgabe wahr.

Neu: § 15 Aufgabenträger (ehemals § 13 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

In § 12 des Gesetzentwurfes ist die Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages als staatliche Ordnungsaufgabe festgelegt worden. Aufgabenträger wird die Berufsfeuerwehr Hamburg. Dieser wird die Möglichkeit eingeräumt das gesetzliche Ziel der Gewährung schnellstmöglicher Hilfe beispielsweise durch Einführung einer Hilfsfrist festzuschreiben.

Bewertung

Die Entscheidung über die Einführung einer Hilfsfrist gehört nicht auf die Ebene des Aufgabenträgers. Der Aufgabenträger hat die ihm zugewiesenen Aufgaben zu operationalisieren und zu lösen. Die Berufsfeuerwehr Hamburg wäre damit taktisch in der Aufgabenerfüllung tätig. Dagegen ist die Einführung und Festlegung einer Hilfsfrist eine strategische Aufgabe. Der Rettungsdienst wird als staatliche Ordnungsaufgabe ausgestaltet. Dementsprechend ist die Einführung der Hilfsfrist und die Höhe der Hilfsfrist (Minutenanzahl) eine politische Entscheidung, die als Gesetzesbestandteil der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes von der Bürgerschaft zu beschließen ist.

Der entsprechende Paragraph ist bereits unter Neu: § 12 Hilfsfrist eingeführt und erläutert worden. Dieser Paragraph gehört in den allgemeinen Teil des Gesetzes, da der zweite Teil des Gesetzes sich mit der Aufgabenerfüllung auseinandersetzt. Die Hilfsfrist ist Teil der strategischen Rahmensetzung des Rettungsdienstes und daher getrennt im „Allgemeinen Teil“ zu regeln.

Der Rettungsdienst in Hamburg ist ein Markt mit einem jährlichen Umsatzvolumen von derzeit gut 100 Millionen Euro. Auf diesem Markt wird nach dem Gesetzentwurf ein Staatsmonopol errichtet.

Unstrittig ist in der Literatur, dass diese Konstellation der Beurteilung durch die Bürger unterliegen soll. Vor diesem Hintergrund erklären sich auch die neu ergänzten §§ 12 und § 13 sowie die Beteiligung der Bürger am Steuerungsgremium nach § 13 Abs. 2 des Entwurfs der Kassenverbände.

Änderungsvorschlag

Im § 13 des Gesetzentwurfs ist der zweite Halbsatz „...zu betreiben und schnellstmögliche Hilfe zu gewähren.“ zu streichen.

§ 16 Mitwirkung im öffentlichen Rettungsdienst (ehemals § 14 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

In neu § 16 (ehemals § 14 Gesetzentwurf) wird ausgeführt, dass neben der Feuerwehr weitere Anbieter berücksichtigt werden können, wenn diese definierte Qualitätskriterien erfüllen. Diese können im Rahmen des Submissionsmodells beteiligt werden. Ein objektives Recht auf Beteiligung Dritter im Rahmen der Submission besteht dagegen nicht.

Bewertung

Die Möglichkeit, weitere Anbieter zu beteiligen, wird von Seiten der Kassenverbände begrüßt. Es ändert allerdings nichts daran, dass im Rahmen der Submission immer ein Staatsmonopol erhalten bleibt.

Die Festlegung auf das Submissionsmodell bei der Mitwirkung Dritter, ohne festgelegte Kriterien oder die Mitwirkung der Kostenträger, wird abgelehnt. Stattdessen sollte die Mitwirkung Dritter im Rahmen von Ausschreibungen als objektives Recht Dritter ausgestaltet werden. Eine Vorfestlegung ausschließlich auf das Submissionsmodell sollte unterbleiben. Stattdessen sollten das Konzessions- und das Submissionsmodell im Gesetz als gleichwertig angesehen werden.

Änderungsvorschlag

§ 16 Abs. 1 (ehemals § 14 Abs. 1 Gesetzentwurf) wird folgender Satz 2 ergänzt: Der Umfang der Beauftragung an Dritte sollte nicht weniger als 50 Prozent aller zu erwartenden Rettungsdienstleistungen eines jeden Jahres betragen.

Die Kassenverbände erwarten, dass diese Zielsetzung zum Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht erreichbar ist. Deshalb sollte unter § 35 Übergangsregelungen neu ein Abs. 4 ergänzt werden:

§ 17: Rettungsleitstelle (ehemals § 15 des Gesetzentwurfs)

Sachverhalt

In § 17 Abs. 3 (ehemals § 15 Abs. 3 des Gesetzentwurfs) wird festgelegt, dass die Leitstelle mit Aufgaben von Dritten betraut werden kann. Explizit wird dabei der kassenärztliche Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg genannt.

Bewertung

Die Krankenkassenverbände begrüßen die Möglichkeit, den Kassenärztlichen Notfalldienst über die Rettungsleitstelle abzuwickeln. Sie haben den Wunsch, dass die Feuerwehr Hamburg als Betreiberin der Rettungsleitstelle und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ihre beiden Aufgabenkomplexe zusammenführen. Ziel sollte eine gemeinsame Leitstelle sein. Damit wäre auch sichergestellt, dass zeitkritische Notfälle, die beim ärztlichen Notfalldienst eingehen, ohne Verzögerung im Rettungsdienst disponiert werden können.

Änderungsvorschlag

Keiner – aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Zuständigkeiten. Die KV unterliegt zu diesem Sachverhalt ausschließlich der Bundesgesetzgebung nach SGB V und damit nicht der Regelungskompetenz des Hamburgischen Gesetzgebers.

§ 18: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ehemals § 16 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

In 16 Abs. 4 Nr. 1.a) und b) wird festgelegt, dass die notärztliche Leitung die medizinischen Behandlungsrichtlinien für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst festzulegen hat.

Bewertung

Die ärztliche Leitung hat sich dabei gemäß der Begründung an § 4 Abs. 2 des Notfallsanitättergesetzes zu orientieren. Positiv ist, dass hierdurch die neu ausgebildeten Notfallsanitäter mehr Kompetenzen übertragen bekommen können als den Rettungsassistenten bisher zukamen. Dies kommt einem Qualitätssprung gleich. Tatsache ist aber auch, dass diese Regelung dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst weitreichende Möglichkeiten einräumt, Kompetenzen zu versagen.

Die ärztliche Leitung hat die Möglichkeit bisher nicht genutzt, den Notfallsanitätern mehr Befugnisse aufgrund zusätzlich erworbener Fähigkeiten einzuräumen. Sie ist daher anzuhalten, die Notfallsanitäter in dem Umfang tätig werden zu lassen, wie es deren geprüfter Ausbildungsstand zulässt.

Änderungsvorschlag

§ 18 (ehemals § 16 Gesetzentwurf) Abs. 4 Nr. 1 a): ... die Festlegung und Freigabe der medizinischen Behandlungsrichtlinien für das nichtärztliche Personal im

Rettungsdienst. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Notfallsanitäter entsprechend ihren erworbenen Fähigkeiten eingesetzt werden.

§ 20 Gebühren (ehemals § 18 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

Der Entwurf zu § 18 des HmbRDG sieht vor, den Kostenträgern, hierzu zählen insbesondere die Krankenkassen, die der Gebührenberechnung zugrunde liegenden Daten innerhalb einer Dreimonatsfrist zur Stellungnahme zuzuleiten. Die Zustimmung der Kostenträger ist anzustreben.

Bewertung

Diese Regelung sieht einen Rückschritt in den Beziehungen der FHH zu den Krankenkassen dar. Der Grund für die Einführung einer Verhandlungslösung im Jahr 2003 mit gegebenenfalls anschließender Schiedsstelle war, dass die Stadt ein zu hohes Prozessrisiko zu ihren Lasten in der streitigen Frage in der Behandlung der Fehlfahrten befürchtet hat (s. Drucksache 17/2364 vom 04.03.03). Nunmehr geht es wieder um die Behandlung der Fehlfahrten. Die Krankenkassen halten weiterhin an ihrer damaligen Auffassung fest. Sollte das Gesetz so beschlossen werden, behalten sich die Kassen vor, zu prüfen, Widersprüche einzulegen und ein Musterverfahren gegen die Stadt Hamburg zu führen.

Die Kosten für die Fehlfahrten umfassen nicht nur die Betriebskosten, sondern auch die Kosten für die Vorhaltung. Diese sind nicht zu Lasten des Gebührenzahlers und damit in den meisten Fällen der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar. Dieses Prozessrisiko befürchtet die FHH offensichtlich nun nicht mehr, obwohl sich die Rechtslage gerade in dieser Frage aufgrund aktueller Urteile zu Lasten der Stadt Hamburg verschlechtert hat.

Eine Abkehr von der Verhandlungslösung ist aus der Sicht der Krankenkassen nicht der Weg, um in dieser Frage eine ausgewogene Lösung für die Bürger der Stadt Hamburg herbeizuführen, die zu großen Teilen auch Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Die Begründung der FHH (zu § 18 Seite 64, 4. Absatz), wonach festzustellen ist, dass trotz frühzeitiger Verhandlungsaufnahme wiederholt keine Gebührenfestsetzung zum Jahresbeginn erfolgen konnte, zeigt, dass es der Stadt nicht um eine Verhandlung auf Augenhöhe gegangen sein kann. Es liegt in der Natur der Sache, dass Verhandlungen nicht immer punktgenau abgeschlossen werden können, wenn man nicht die eine Seite, gemeint sind die Krankenkassen, vorab unter einen unangemessenen Zeitdruck stellen möchte. So stehen nicht die Argumente im Vordergrund, sondern nur der fiskalische Anspruch der FHH. Tatsache ist aber auch, dass die noch gültige Verhandlungslösung in §§ 10a und 10b HmbRDG nicht der Vorstellung entsprach, die die Krankenkassen im Jahr 2003 von einer Verhandlung auf Augenhöhe hatten, da der Senat an die Verabredungen

der Vertragsparteien angeblich nicht gebunden ist. So stellten die Verwaltungsgerichte in Hamburg grundsätzlich fest, dass es sich trotz des ausführlichen Verfahrens zur Vergütungsfindung lediglich um ein Anhörungsverfahren handele. Dieses wird durch die Novellierung noch deutlicher herausgestellt, indem die Verfahrensvorgaben für die Verhandlungen und die Schiedsstelle entfallen sind und nur noch die Zustimmung anzustreben ist. Aus diesem Grund ist es mehr als unverständlich, wenn weiterhin von Verhandlungen die Rede ist (s. 64, 5. Absatz).

Festzustellen ist aus Sicht der Krankenversicherung, dass seit Beginn der Verhandlungen nach §§ 10 a und 10b HmbRDG die Vertragsparteien letztendlich immer zu einem für beide Seiten tragbaren Ergebnis gekommen sind. Die Ergebnisse bedeuteten für die gesetzliche Krankenversicherung immer vergleichsweise starke Vergütungsanstiege, die deutlich oberhalb der Steigerungsraten in anderen Versorgungsbereichen lagen, auch und gerade weil das Rettungsdienstgesetz diese Parameter zur Gebührenfindung nicht berücksichtigt. Die Krankenkassen fordern weiterhin die Verhandlung „auf Augenhöhe“ mit der FHH. Das bedeutet eine Verpflichtung des Senats zur Übernahme des Verhandlungsergebnisses beziehungsweise des Schiedsstellenbeschlusses. Die bloße Berücksichtigung gewährleistet keine Verhandlung „auf Augenhöhe“ mit der FHH.

Änderungsvorschlag

§ 20 Überschrift: Die Überschrift Gebühren erhält vorab den Zusatz „Vergütungsverhandlungen“

Abs. 1: Satz 1: Für Leistungen des öffentlichen Rettungsdienstes werden Gebühren erhoben. Die Gebühren berücksichtigen die notwendigen Kosten des Rettungsdienstes. Nicht berücksichtigungsfähig sind jedoch Kosten der Vorhaltung. Diese sind Kosten der Daseinsfürsorge.

Abs. 1: Satz 2 bis 4 streichen.

Abs. 2: Die Höhe der Beträge (Entgelte) wird durch Vereinbarung zwischen der zuständigen Behörde der FHH und den zuständigen Krankenkassen oder ihren Verbänden und den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (Kostenträger) festgelegt. Hierfür hat die zuständige Behörde den Kostenträgern einen Monat vor Verhandlungsbeginn die erforderlichen Daten zur Kosten- und Leistungsberechnung als Kosten-Leistungs-Nachweis (KLN) zuzusenden.

Abs. 3: Sollte eine Vereinbarung nach Abs. 2 innerhalb von drei Monaten nicht zustande kommen, können die FHH und die Kostenträger die Entgelt-Schiedsstelle (§ 21 HmbRDG) anrufen. Die Schiedsstelle setzt die Höhe der Beträge fest.

Abs. 4: Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

Abs. 5: Der Senat der FHH ist an das Ergebnis der Verhandlungen nach Abs. 2 und 3

gebunden. Die Beträge werden als Gebühren festgesetzt. Anzustreben ist, dass die durch Vereinbarung zustande gekommenen Beträge zu Beginn eines neuen Jahres in Gebühren festgelegt werden.

Neu: § 21 Schiedsstelle zur Festlegung der Entgelte

Sachverhalt

Bisher gab es im Entwurf keine Schiedsstelle.

Bewertung

Die FHH hat die derzeit noch bestehende Schiedsstellenlösung aus dem Gesetzentwurf herausgenommen. Das ist aus Sicht der Krankenkassen bedauerlich. Für Verhandlungen auf Augenhöhe ist eine Schiedsstelle zur Lösung streitiger Sachverhalte unerlässlich.

Änderungsvorschlag

Es wird eine Schiedsstelle zur Regelung der Entgelte (Entgelt-Schiedsstelle) eingerichtet.

Abs. 1: Die Schiedsstelle besteht aus jeweils vier Vertretern der zuständigen Behörde und der Kostenträger.

Abs. 2: Die FHH und die Kostenträger einigen sich auf einen unparteiischen Vorsitzenden oder eine unparteiische Vorsitzende und einen Stellvertreter oder eine Stellvertreterin. Sollte keine Einigung erzielt werden können, entscheidet das Los. Weiterhin haben die FHH und die Kostenträger zwei unparteiische Beisitzer zu bestimmen, wobei es vorrangig jeder Seite zusteht, eine Person zu benennen.

Abs. 3: Die Amtszeit der Unparteiischen beträgt im Falle einer Einigung vier Jahre. Sollte das Los über den Vorsitz entscheiden, beträgt die Amtszeit ein Jahr.

Abs. 4: Die zuständige Behörde wird ermächtigt, zu den weiteren Einzelheiten eine Schiedsordnung zu erlassen.

Neu: § 25 Nebenbestimmungen (ehemals § 22 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

In ehemals § 22 des Gesetzesentwurfes werden die in der Genehmigung möglichen oder zwingend festzulegenden Nebenbestimmungen aufgeführt.

Bewertung

Aus Sicht der Krankenkassen bedürfen insbesondere die Eintreffzeiten beim Krankentransport einer Konkretisierung. Das wurde bereits zu § 6 ausführlich dargestellt.

Änderungsvorschlag

§ 25 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2: ...welche die regelmäßige Einhaltung der in § 6 Satz 2 genannten Eintreffzeiten vorschreiben.

Neu: § 31 Abs. 4 Leistungspflicht (ehemals § 28 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

Der ehemalige § 31 Abs. 4 legt fest, dass bei Aufträgen, die nicht oder nicht innerhalb der Eintreffzeit durchgeführt werden können, die Unternehmerin unverzüglich die zuständige Behörde zu unterrichten hat.

Begründung

Die bisherige Praxis hat sich nicht bewährt. Eine alleinige Meldung an die zuständige Behörde ist nicht ausreichend. Aus Sicht der Krankenkassen bedarf es hier einer Konkretisierung.

Änderungsvorschlag

§ 31 Abs. 4 Ergänzung: Die zuständige Behörde stellt sicher, dass unverzüglich ein geeignetes Transportmittel den Krankentransport übernimmt. Die zuständige Behörde ist verpflichtet, die gemeldeten Aufträge statistisch zu erfassen.

Neu: § 38 Abs. 4 (ehemals § 35 Abs. 4 Gesetzentwurf)

Sachverhalt

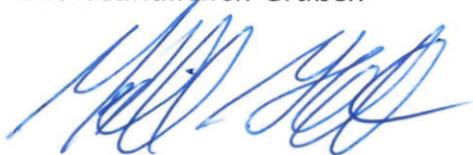
Die Regelung nach § 16 Abs. 1 Satz 2 dieses Gesetzes (ehemals § 14 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzentwurfs) zur weitreichenden Beteiligung Dritter im Rahmen der Submission ist spätestens vier Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erreichen.

Änderungsvorschlag

Die bisherigen Absätze des § 38 Abs. 4, 5 und 6 (ehemals § 35, Abs. 4, 5 und 6) werden neu § 38 Abs. 5, 6 und 7.

Wir bitten darum, unsere Anmerkungen und Vorschläge im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen. Gerne stehen wir hierzu auch Rede und Antwort.

Mit freundlichen Grüßen



Kathrin Herbst