

**AOK NORDWEST**  
Die Gesundheitskasse  
Edisonstraße 70  
24145 Kiel

**BKK-Landesverband NORDWEST**  
Süderstraße 24  
20097 Hamburg

**IKK Nord**  
Lachswehralle 1  
23558 Lübeck

**Knappschaft**  
Regionaldirektion Nord  
Millerntorplatz 1  
20359 Hamburg

**SVLFG als LKK**  
Schulstraße 29  
24143 Kiel

**Verband der  
Ersatzkassen e. V. (vdek)**  
Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel

---

vdek • Wall 55 (Sell-Speicher) • 24103 Kiel

vdek Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Telefon: 04 31 / 97 44 1 – 0  
Telefax: 04 31 / 97 44 1 – 23

Michael Kleinert  
Durchwahl: 18  
Michael.Kleinert@vdek.com

15. November 2016

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen  
Landtags  
Herrn Peter Eichstädt  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

**Per E-Mail: [Sozialausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:Sozialausschuss@landtag.ltsh.de)**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu dem vorgelegten Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Stellung zu nehmen.

Die Krankenkassen/-verbände in Schleswig-Holstein begrüßen grundsätzlich den Reformwillen des Landes im Bereich des Rettungsdienstes. Die Überlegungen hierzu sind mit uns im Vorfeld erörtert worden. Es freut uns, dass einige unserer Anregungen in dem nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf Berücksichtigung gefunden haben.

Insbesondere die Einführung des Qualitätsmanagements (QM) ist grundsätzlich geeignet, die Qualität im Rettungsdienst nach objektiven Kriterien zu bewerten und nachhaltig zu steigern. Das QM sollte mit dem Ziel der ständigen Verbesserung geführt werden und den objektiven Qualitätsnachweis mithilfe einer Zertifizierung anstreben. Wir halten es jedoch für notwendig, dass neben den Trägern des Rettungsdienstes und den Durchführern selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.

Ebenso werden die Änderungen in § 17, einen modernen, landesweit einheitlichen Behandlungsnachweis einzuführen (Absatz 6) und die Disposition bestimmter Rettungsmittel auf eine bestehende Leitstelle zu übertragen (Absatz 8) als positiv bewertet. Auch die Einbeziehung der Krankenkassen/-verbände bei der konzeptionellen Ausgestaltung der Rettungsmittel und deren Standortplanung wird von uns ausdrücklich begrüßt.

Gleichwohl sehen wir noch notwendigen Anpassungs- bzw. Ergänzungsbedarf, den wir im Folgenden erläutern:

### **1. Grundsätzliches zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen**

Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V). Die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist im SGB V aus Kompetenzgründen nicht geregelt. Denn Rettungsdienst dient der Gefahrenabwehr bzw. der Daseinsvorsorge und ist insoweit Aufgabe der Länder und nicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gemäß Art. 104a Grundgesetz (GG) tragen die Länder die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung dieser Aufgaben ergeben. Nach dem aus Art. 105 ff. GG folgenden Steuerstaatsprinzip hat der Staat seinen Finanzbedarf im Wesentlichen durch Steuern zu decken. Die Finanzierung staatlicher Leistungen durch nichtsteuerliche Abgaben ist dagegen eine zu rechtfertigende Ausnahme.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sind nichtsteuerliche Abgaben öffentlich-rechtliche Geldleistungen, die aus Anlass individuell zu-rechenbarer, öffentlicher Leistungen dem Abgabenschuldner durch eine öffentlich-rechtliche Norm oder sonstige hoheitliche Maßnahme auferlegt werden und dazu bestimmt sind, in Anknüpfung an diese Leistung deren Kosten ganz oder teilweise zu decken. Hierzu gehören auch die Benutzungsentgelte für die Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen, also auch für den Rettungsdienst. Die Vergütungspflicht der Sozialleistungsträger für Leistungen des Rettungsdienstes folgt allein daraus, dass dem Versicherten/Bürger für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes Kosten (Benutzungsentgelte) auferlegt werden, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses von der Krankenkasse unter den Voraussetzungen des § 60 SGB V (Fahrtkosten) übernommen werden. Der „Benutzer“ bleibt aber der Versicherte.

Da der Bürger aber bereits durch die Gemeinlast der Steuer an der Finanzierung des Staates beteiligt ist, ist eine besondere gleichheitsrechtliche Rechtfertigung für jede nichtsteuerliche Abgabe erforderlich. Die Abgabe setzt eine „individuell zurechenbare Leistung“ oder eine individuell zu verantwortende Kostenverursachung voraus, die eine Gebühr zur „ausgleichenden Gegenleistung“ macht.

Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge dienen sowohl dem Allgemein- als auch dem Individualinteresse. Da der auf das Allgemeininteresse entfallene Kostenteil der Finanzierung der Aufgaben der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge insoweit nicht „individualisierbar“ ist, kann dieser Anteil folglich auch nicht zu Lasten des Gebührenschuldners veranschlagt werden. Hier greift nur die Steuerfinanzierung. Deshalb ist eine eindeutig definierte, hinreichende Kostenbeteiligung des Landes gefordert, die den nichtindividualisierbaren Anteil abdeckt.

Im vorliegenden Entwurf zum RDG sind Regelungen über Kostenbeteiligungen des Landes aber nicht enthalten. Insoweit reicht es nicht aus, Zuwendungen durch das Land im Falle „verfügbarer Haushaltsmittel“ in Aussicht zu stellen (vgl. § 6 Abs. 3 Entwurf RDG). Denn diese Regelung bietet nur eine „Option“ der Kostenbeteiligung, die sich im Hinblick auf den unbestimmten Rechtsbegriff „verfügbare Haushaltsmittel“ in der Praxis auch nicht auswirken dürfte.

**Fazit:** Es kann keine pauschale Übertragung der vom Landesgesetzgeber vordefinierten Gesamtkosten des Rettungsdienstes auf die Benutzer / Sozialversicherungen geben. Nur die individualisierbaren Kosten können auf den Nutzer und damit auf die Sozialversicherungen umgelegt werden. Darüber hinaus kommt nur eine Finanzierung aus Steuermitteln in Betracht. Regelungen hierzu fehlen jedoch.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

### Zu § 2 - Begriffsbestimmungen

#### **Absatz 1**

Insbesondere bei Einsätzen des Brandschutzes werden Rettungswagen (RTW) alarmiert, die am Einsatzort zum vorbeugenden Eigenschutz der Einsatzkräfte bereitgehalten werden. Diese Einsätze werden vollumfänglich bei der Ermittlung der be-

darfsgerechten Vorhaltung an RTWs berücksichtigt. Folgerichtig ist es verursachungsgerecht, dass eben solche Einsätze – entsprechend des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips – in Rechnung gestellt werden.

Um diesem Erfordernis zu entsprechen, sollte der Absatz 1 Satz 2 wie folgt ergänzt werden:

*„Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind Personen, die sich in unmittelbarer Lebensgefahr befinden und daher unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden müssen; dazu gehören auch Personen, bei denen eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, wenn sie nicht unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden sowie die Bereitstellung von rettungsdienstlichem Personal, Fahrzeugen und Materialien aller Art bei Bränden, Not- und Unglücksfällen auf der Grundlage des Brandschutzgesetzes vom 10. Febr. 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 200), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2014.“*

Zur besseren Lesbarkeit haben wir die Ergänzung farblich markiert.

### **Absatz 3**

In dem Gesetzesentwurf ist bereits im § 2 (3) Satz 4 aufgenommen, dass ein Sekundärtransport je nach Versorgungsnotwendigkeit der Notfallrettung oder dem Krankentransport zuzuordnen ist. Es wäre jedoch fehlerhaft, Sekundärtransporte grundsätzlich dem Krankentransport zuzuordnen, nur weil die abgebende Behandlungseinrichtung ein Krankenhaus ist.

Die Zuordnung eines Sekundärtransports zu der Notfallrettung kann sich – unabhängig von der Art der abgebenden Behandlungseinrichtung – nur aus der medizinischen Dringlichkeit (Notfallverlegung mit Sonderrechten) und/oder dem Erfordernis einer ärztlichen Begleitung ergeben. Nur so ist sichergestellt, dass entsprechende Rettungsmittelkapazitäten für die Notfallrettung auch vorgehalten werden und für die Transportleistung das korrekte Entgelt erhoben wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern.

*.... soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung. Ein Sekundärtransport ist der Notfallrettung zuzuordnen, wenn er unter Einsatz von Sonderrechten gemäß § 35 StVO erfolgt und/oder medizinisch eine ärztliche Begleitung erforderlich ist. Im Übrigen ist er dem Krankentransport zuzuordnen.“*

## **Zu § 6 – Kosten**

Die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung ist elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsfürsorge. Damit einher geht die angemessene und zugleich gesicherte Beteiligung des Landes an der Finanzierung des Rettungsdienstes.

Daher sollte der Absatz 6 wie folgt gefasst werden:

*„Das Land gewährt [...] Zuwendungen zu den Kosten der erforderlichen mittel- und langfristigen Investitionen, vorrangig für solche Maßnahmen, die überregional wirken.“*

## **Zu § 7 - Vereinbarung über Benutzungsentgelte**

### **Absatz 1**

Mit der in § 7 Abs. 1 letzter Satz des Entwurfs gewählten Formulierung bliebe unregelt, dass bei der Entgeltfindung für Leistungen des Rettungsdienstes weitere Erlöse, wie z.B. zweckgebundene Spenden, Erlöse aus Abgang von Anlagevermögen oder Zuwendungen des Landes kostenmindernd wirken.

Es sollte zur Klarstellung der Absatz 1 letzter Satz wie folgt gefasst werden:

*„Die Gesamtkosten des Rettungsdienstes, **gemindert um die Erträge, den Erstattungen und der Drittmittel**, sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Kostendeckung).“*

### **Absätze 3 und 4**

Im Jahr 2009 haben die Vertragspartner die „Vereinbarung von Eckpunkten zur Umsetzung der Vereinbarungslösung im Rettungsdienst Schleswig-Holstein“ (Eckpunktepapier) weiterentwickelt und um die Anlage „Verfahrensgrundsätze zur Vereinbarung der Benutzungsentgelte“ erweitert. Die u. a. darin enthaltenen zeitlichen Vorgaben zur Lieferung von Rechnungsabschlussunterlagen, der Aufnahme und Dauer der Verhandlungen sind klar definiert. Erstes Ziel ist dabei die Verhandlung von Entgelten für einen Zukunftszeitraum.

Die Praxis hat gezeigt, dass die selbst definierten Vorgaben ohnehin nur sehr schwer einzuhalten sind. Beispielhaft sei die Hergabe der ggf. vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen in Form des Kosten- und Leistungsnachweises durch die Träger des Rettungsdienstes in dem laufenden Jahr genannt. Lediglich 4 Kosten- und Leistungsnachweise wurden fristgerecht, d. h. bis zum 30.04.2016, vorgelegt.

8 weitere Kosten- und Leistungsnachweise wurden uns mit einer Verspätung von knapp über 3 Monaten (Mittelwert) zur Verfügung gestellt. Ein weiterer Kosten- und Leistungsnachweis wurde uns für den laufenden Monat avisiert. Von zwei Trägern haben wir keine Kosten- und Leistungsnachweise erhalten. Die Qualität der Unterlagen variiert von exzellent bis unzureichend. Die Gründe für die aufgetretenen Verzögerungen sind vielfältig und in Teilen nachvollziehbar. Als weitere Gründe, die eine Verhandlung in die Länge ziehen lassen, seien beispielhaft die Sommerpause oder Krankheiten genannt.

Werden nunmehr die Verhandlungen nicht bis Ende September eines jeden Jahres beendet sein, sollen zukünftig ab dem 1. Oktober die vom Träger des Rettungsdienstes ermittelten Benutzungsentgelte in Kraft treten. Es soll dabei keine Rolle spielen, ob die Entgeltermittlung den Grundsätzen des Kostendeckungsprinzips entspricht oder nicht. Dieser fragwürdige Automatismus könnte nur durch die Anrufung der Schiedsstelle gestoppt werden. Den sozialgesetzlichen Vorgaben entsprechend, müssen die Krankenkassen/-verbände stets die Schiedsstelle anrufen, damit ein solcher Automatismus nicht greift.

Alles in allem sind die im Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben zum Verhandlungsablauf praxisfremd und rechtlich in Teilen fragwürdig. Die Vertragspartner haben bereits eine praxistaugliche Vereinbarung über die Verfahrensgrundsätze geschlossen.

Daher halten wir es für notwendig, die Absätze 3 und 4 ersatzlos zu streichen.

### **Zu § 10 - Qualitätsmanagement**

Wie bereits eingangs erwähnt, halten wir es für zwingend notwendig, dass selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.

Es wird angeregt, den Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern.

*„Die Rettungsdienstträger sowie die Träger der Luftrettung sind verpflichtet, **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** Maßnahmen durchzuführen und zu unterstützen, die die Qualität im Rettungsdienst sichern.“*

### **Zu § 11 - Ärztliche Leitung Rettungsdienst**

Es besteht unter den Beteiligten Einigkeit darüber, dass die Einrichtung der Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ sinnvoll ist. Daher liegt es auf der Hand, dass die Qualifikationsanforderungen gemeinsam definiert und festgelegt werden.

Daher wird angeregt, den Absatz 2 wie folgt zu ändern:

*„Die von der ÄLRD zu erfüllenden Qualifikationsanforderungen legt das für das Rettungswesen zuständige Ministerium **im Einvernehmen mit den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern nach § 7 (1)** unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein fest; die Veröffentlichung erfolgt im Amtsblatt für Schleswig-Holstein.“*

### **Zu § 16 - Fortbildung des Rettungsdienstpersonals**

Es ist erfreulich, dass die leitstellenspezifische Fortbildung den realen Erfordernissen angepasst wurde. Jedoch wurde die Pflichtfortbildung des gesamten nichtärztlichen medizinischen Personals unnötiger Weise von bisher jahresdurchschnittlich 30 auf durchschnittlich mindestens 40 Stunden angehoben. Zum einen würde die vorgesehene Formulierung eine Fortbildung des Personals nach eigenem Ermessen darstellen. Zum anderen hat die langjährige Praxis gezeigt, dass die Fortbildung in ihrem bisherigen Umfang von durchschnittlich 30 Stunden völlig ausreichend ist. Aus diesem Grund liegen die gesetzlichen Regelungen in den anderen Bundesländern häufig auf einem vergleichbaren Niveau.

Für in der Rettungsleitstelle eingesetztes Personal ist die in § 16 Abs. 3 Satz 2 des Entwurfs gewählte Formulierung missverständlich. Es könnte fälschlich geschlossen werden, dass neben der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung das Leitstellenpersonal zusätzlich in Themen fortzubilden ist, die dem nicht-medizinischen

Einsatzpersonal vorbehalten ist. Es liegt dabei auf der Hand, dass Leitstellenpersonal nicht am Patienten tätig wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern:

*„Nichtärztliches medizinisches Personal ist im jährlichen Durchschnitt [...] 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Das in der Rettungsleitstelle gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 eingesetztes Personal ist **abweichend zu Satz 1** im jährlichen Durchschnitt 40 Stunden **insbesondere** in leitstellenspezifischen Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet“*

### **Zu § 20 - Großschadensereignis**

In der Gesetzesbegründung zu dem vorgelegten Entwurf wird bereits zutreffend angemerkt, dass es sinnvoll sein dürfte, die Kostenträger gemäß § 7 Absatz 1 bei der Festlegung der Qualifikation des OrgL zu beteiligen. Daher ist es nur konsequent, diese Feststellung im Gesetzestext zu verankern.

Daher wird angeregt, den Absatz 5 Satz 4 wie folgt zu ändern:

*„Die oder der OrgL muss die von den Rettungsdienstträgern **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** einheitlich landesweit festgelegte Qualifikation erfüllen.“*

### **Zu § 34 - Übergangsbestimmungen**

In § 34 Abs. 3 Satz 3 heißt es, dass hinsichtlich der Betreiber der Luftrettungsstandorte die bestehenden Vereinbarungen als Vereinbarungen nach § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 fortgelten. Im Rahmen der Erörterungen mit dem MSGWG bestand Einigkeit zwischen dem Ministerium und den Krankenkassen, dass hiermit gewährleistet werden soll, für den Übergangszeitraum an den bestehenden Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen nichts zu ändern. Insbesondere soll der Grundsatz der Kostendeckung (§ 7 Abs. 3) weiterhin keine Anwendung finden. Mit dem Verweis auf § 7 Abs. 1 könnte diese Regelung jedoch missverständlich dahingehend verstanden werden, dass im Zuge der Verhandlungen über Vertragsanpassungen innerhalb des Übergangszeitraums (die jetzigen Vereinbarungen gelten bis



31.12.2018) eine nach dem Kostendeckungsprinzip ermittelte Anpassung beansprucht werden könnte. Da dies aber ausdrücklich nicht gewollt ist, sollte der Hinweis auf § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 komplett gestrichen und eine entsprechende Klarstellung eingefügt werden.

Der Satz 3 des § 34 Abs. 3 sollte also wie folgt lauten:

*„Die bestehenden Vereinbarungen über Benutzungsentgelte für Leistungen der Luftrettung gelten [...] fort. § 7 Abs. 1 Satz 3 findet für den Übergangszeitraum nach Satz 4 keine Anwendung.“*

Nach allem bitten wir darum, unsere Anmerkungen und Vorschläge im Rahmen der Beratung im Sozialausschuss und für das weitere Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Sebastian Ziemann

**AOK NORDWEST**  
Die Gesundheitskasse  
Edisonstraße 70  
24145 Kiel

**BKK-Landesverband NORDWEST**  
Süderstraße 24  
20097 Hamburg

**IKK Nord**  
Lachswehralle 1  
23558 Lübeck

**Knappschaft**  
Regionaldirektion Nord  
Millerntorplatz 1  
20359 Hamburg

**SVLFG als LKK**  
Schulstraße 29  
24143 Kiel

**Verband der  
Ersatzkassen e. V. (vdek)**  
Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel

---

vdek • Wall 55 (Sell-Speicher) • 24103 Kiel

vdek Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Telefon: 04 31 / 97 44 1 – 0  
Telefax: 04 31 / 97 44 1 – 23

Michael Kleinert  
Durchwahl: 18  
Michael.Kleinert@vdek.com

15. November 2016

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen  
Landtags  
Herrn Peter Eichstädt  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

**Per E-Mail: [Sozialausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:Sozialausschuss@landtag.ltsh.de)**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu dem vorgelegten Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Stellung zu nehmen.

Die Krankenkassen/-verbände in Schleswig-Holstein begrüßen grundsätzlich den Reformwillen des Landes im Bereich des Rettungsdienstes. Die Überlegungen hierzu sind mit uns im Vorfeld erörtert worden. Es freut uns, dass einige unserer Anregungen in dem nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf Berücksichtigung gefunden haben.

Insbesondere die Einführung des Qualitätsmanagements (QM) ist grundsätzlich geeignet, die Qualität im Rettungsdienst nach objektiven Kriterien zu bewerten und nachhaltig zu steigern. Das QM sollte mit dem Ziel der ständigen Verbesserung geführt werden und den objektiven Qualitätsnachweis mithilfe einer Zertifizierung anstreben. Wir halten es jedoch für notwendig, dass neben den Trägern des Rettungsdienstes und den Durchführern selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.

Ebenso werden die Änderungen in § 17, einen modernen, landesweit einheitlichen Behandlungsnachweis einzuführen (Absatz 6) und die Disposition bestimmter Rettungsmittel auf eine bestehende Leitstelle zu übertragen (Absatz 8) als positiv bewertet. Auch die Einbeziehung der Krankenkassen/-verbände bei der konzeptionellen Ausgestaltung der Rettungsmittel und deren Standortplanung wird von uns ausdrücklich begrüßt.

Gleichwohl sehen wir noch notwendigen Anpassungs- bzw. Ergänzungsbedarf, den wir im Folgenden erläutern:

### **1. Grundsätzliches zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen**

Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V). Die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist im SGB V aus Kompetenzgründen nicht geregelt. Denn Rettungsdienst dient der Gefahrenabwehr bzw. der Daseinsvorsorge und ist insoweit Aufgabe der Länder und nicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gemäß Art. 104a Grundgesetz (GG) tragen die Länder die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung dieser Aufgaben ergeben. Nach dem aus Art. 105 ff. GG folgenden Steuerstaatsprinzip hat der Staat seinen Finanzbedarf im Wesentlichen durch Steuern zu decken. Die Finanzierung staatlicher Leistungen durch nichtsteuerliche Abgaben ist dagegen eine zu rechtfertigende Ausnahme.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sind nichtsteuerliche Abgaben öffentlich-rechtliche Geldleistungen, die aus Anlass individuell zu-rechenbarer, öffentlicher Leistungen dem Abgabenschuldner durch eine öffentlich-rechtliche Norm oder sonstige hoheitliche Maßnahme auferlegt werden und dazu bestimmt sind, in Anknüpfung an diese Leistung deren Kosten ganz oder teilweise zu decken. Hierzu gehören auch die Benutzungsentgelte für die Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen, also auch für den Rettungsdienst. Die Vergütungspflicht der Sozialleistungsträger für Leistungen des Rettungsdienstes folgt allein daraus, dass dem Versicherten/Bürger für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes Kosten (Benutzungsentgelte) auferlegt werden, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses von der Krankenkasse unter den Voraussetzungen des § 60 SGB V (Fahrtkosten) übernommen werden. Der „Benutzer“ bleibt aber der Versicherte.

Da der Bürger aber bereits durch die Gemeinlast der Steuer an der Finanzierung des Staates beteiligt ist, ist eine besondere gleichheitsrechtliche Rechtfertigung für jede nichtsteuerliche Abgabe erforderlich. Die Abgabe setzt eine „individuell zurechenbare Leistung“ oder eine individuell zu verantwortende Kostenverursachung voraus, die eine Gebühr zur „ausgleichenden Gegenleistung“ macht.

Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge dienen sowohl dem Allgemein- als auch dem Individualinteresse. Da der auf das Allgemeininteresse entfallene Kostenteil der Finanzierung der Aufgaben der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge insoweit nicht „individualisierbar“ ist, kann dieser Anteil folglich auch nicht zu Lasten des Gebührenschuldners veranschlagt werden. Hier greift nur die Steuerfinanzierung. Deshalb ist eine eindeutig definierte, hinreichende Kostenbeteiligung des Landes gefordert, die den nichtindividualisierbaren Anteil abdeckt.

Im vorliegenden Entwurf zum RDG sind Regelungen über Kostenbeteiligungen des Landes aber nicht enthalten. Insoweit reicht es nicht aus, Zuwendungen durch das Land im Falle „verfügbarer Haushaltsmittel“ in Aussicht zu stellen (vgl. § 6 Abs. 3 Entwurf RDG). Denn diese Regelung bietet nur eine „Option“ der Kostenbeteiligung, die sich im Hinblick auf den unbestimmten Rechtsbegriff „verfügbare Haushaltsmittel“ in der Praxis auch nicht auswirken dürfte.

**Fazit:** Es kann keine pauschale Übertragung der vom Landesgesetzgeber vordefinierten Gesamtkosten des Rettungsdienstes auf die Benutzer / Sozialversicherungen geben. Nur die individualisierbaren Kosten können auf den Nutzer und damit auf die Sozialversicherungen umgelegt werden. Darüber hinaus kommt nur eine Finanzierung aus Steuermitteln in Betracht. Regelungen hierzu fehlen jedoch.

## **2. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu § 2 - Begriffsbestimmungen**

#### **Absatz 1**

Insbesondere bei Einsätzen des Brandschutzes werden Rettungswagen (RTW) alarmiert, die am Einsatzort zum vorbeugenden Eigenschutz der Einsatzkräfte bereitgehalten werden. Diese Einsätze werden vollumfänglich bei der Ermittlung der be-

darfsgerechten Vorhaltung an RTWs berücksichtigt. Folgerichtig ist es verursachungsgerecht, dass eben solche Einsätze – entsprechend des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips – in Rechnung gestellt werden.

Um diesem Erfordernis zu entsprechen, sollte der Absatz 1 Satz 2 wie folgt ergänzt werden:

*„Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind Personen, die sich in unmittelbarer Lebensgefahr befinden und daher unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden müssen; dazu gehören auch Personen, bei denen eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, wenn sie nicht unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden sowie die Bereitstellung von rettungsdienstlichem Personal, Fahrzeugen und Materialien aller Art bei Bränden, Not- und Unglücksfällen auf der Grundlage des Brandschutzgesetzes vom 10. Febr. 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 200), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2014.“*

Zur besseren Lesbarkeit haben wir die Ergänzung farblich markiert.

### **Absatz 3**

In dem Gesetzesentwurf ist bereits im § 2 (3) Satz 4 aufgenommen, dass ein Sekundärtransport je nach Versorgungsnotwendigkeit der Notfallrettung oder dem Krankentransport zuzuordnen ist. Es wäre jedoch fehlerhaft, Sekundärtransporte grundsätzlich dem Krankentransport zuzuordnen, nur weil die abgebende Behandlungseinrichtung ein Krankenhaus ist.

Die Zuordnung eines Sekundärtransports zu der Notfallrettung kann sich – unabhängig von der Art der abgebenden Behandlungseinrichtung – nur aus der medizinischen Dringlichkeit (Notfallverlegung mit Sonderrechten) und/oder dem Erfordernis einer ärztlichen Begleitung ergeben. Nur so ist sichergestellt, dass entsprechende Rettungsmittelkapazitäten für die Notfallrettung auch vorgehalten werden und für die Transportleistung das korrekte Entgelt erhoben wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern.

*.... soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung. Ein Sekundärtransport ist der Notfallrettung zuzuordnen, wenn er unter Einsatz von Sonderrechten gemäß § 35 StVO erfolgt und/oder medizinisch eine ärztliche Begleitung erforderlich ist. Im Übrigen ist er dem Krankentransport zuzuordnen.“*

## **Zu § 6 – Kosten**

Die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung ist elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsfürsorge. Damit einher geht die angemessene und zugleich gesicherte Beteiligung des Landes an der Finanzierung des Rettungsdienstes.

Daher sollte der Absatz 6 wie folgt gefasst werden:

*„Das Land gewährt [...] Zuwendungen zu den Kosten der erforderlichen mittel- und langfristigen Investitionen, vorrangig für solche Maßnahmen, die überregional wirken.“*

## **Zu § 7 - Vereinbarung über Benutzungsentgelte**

### **Absatz 1**

Mit der in § 7 Abs. 1 letzter Satz des Entwurfs gewählten Formulierung bliebe unregelt, dass bei der Entgeltfindung für Leistungen des Rettungsdienstes weitere Erlöse, wie z.B. zweckgebundene Spenden, Erlöse aus Abgang von Anlagevermögen oder Zuwendungen des Landes kostenmindernd wirken.

Es sollte zur Klarstellung der Absatz 1 letzter Satz wie folgt gefasst werden:

*„Die Gesamtkosten des Rettungsdienstes, **gemindert um die Erträge, den Erstattungen und der Drittmittel**, sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Kostendeckung).“*

### **Absätze 3 und 4**

Im Jahr 2009 haben die Vertragspartner die „Vereinbarung von Eckpunkten zur Umsetzung der Vereinbarungslösung im Rettungsdienst Schleswig-Holstein“ (Eckpunktepapier) weiterentwickelt und um die Anlage „Verfahrensgrundsätze zur Vereinbarung der Benutzungsentgelte“ erweitert. Die u. a. darin enthaltenen zeitlichen Vorgaben zur Lieferung von Rechnungsabschlussunterlagen, der Aufnahme und Dauer der Verhandlungen sind klar definiert. Erstes Ziel ist dabei die Verhandlung von Entgelten für einen Zukunftszeitraum.

Die Praxis hat gezeigt, dass die selbst definierten Vorgaben ohnehin nur sehr schwer einzuhalten sind. Beispielhaft sei die Hergabe der ggf. vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen in Form des Kosten- und Leistungsnachweises durch die Träger des Rettungsdienstes in dem laufenden Jahr genannt. Lediglich 4 Kosten- und Leistungsnachweise wurden fristgerecht, d. h. bis zum 30.04.2016, vorgelegt.

8 weitere Kosten- und Leistungsnachweise wurden uns mit einer Verspätung von knapp über 3 Monaten (Mittelwert) zur Verfügung gestellt. Ein weiterer Kosten- und Leistungsnachweis wurde uns für den laufenden Monat avisiert. Von zwei Trägern haben wir keine Kosten- und Leistungsnachweise erhalten. Die Qualität der Unterlagen variiert von exzellent bis unzureichend. Die Gründe für die aufgetretenen Verzögerungen sind vielfältig und in Teilen nachvollziehbar. Als weitere Gründe, die eine Verhandlung in die Länge ziehen lassen, seien beispielhaft die Sommerpause oder Krankheiten genannt.

Werden nunmehr die Verhandlungen nicht bis Ende September eines jeden Jahres beendet sein, sollen zukünftig ab dem 1. Oktober die vom Träger des Rettungsdienstes ermittelten Benutzungsentgelte in Kraft treten. Es soll dabei keine Rolle spielen, ob die Entgeltermittlung den Grundsätzen des Kostendeckungsprinzips entspricht oder nicht. Dieser fragwürdige Automatismus könnte nur durch die Anrufung der Schiedsstelle gestoppt werden. Den sozialgesetzlichen Vorgaben entsprechend, müssen die Krankenkassen/-verbände stets die Schiedsstelle anrufen, damit ein solcher Automatismus nicht greift.

Alles in allem sind die im Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben zum Verhandlungsablauf praxisfremd und rechtlich in Teilen fragwürdig. Die Vertragspartner haben bereits eine praxistaugliche Vereinbarung über die Verfahrensgrundsätze geschlossen.

Daher halten wir es für notwendig, die Absätze 3 und 4 ersatzlos zu streichen.

### **Zu § 10 - Qualitätsmanagement**

Wie bereits eingangs erwähnt, halten wir es für zwingend notwendig, dass selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.

Es wird angeregt, den Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern.

*„Die Rettungsdienstträger sowie die Träger der Luftrettung sind verpflichtet, **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** Maßnahmen durchzuführen und zu unterstützen, die die Qualität im Rettungsdienst sichern.“*

### **Zu § 11 - Ärztliche Leitung Rettungsdienst**

Es besteht unter den Beteiligten Einigkeit darüber, dass die Einrichtung der Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ sinnvoll ist. Daher liegt es auf der Hand, dass die Qualifikationsanforderungen gemeinsam definiert und festgelegt werden.

Daher wird angeregt, den Absatz 2 wie folgt zu ändern:

*„Die von der ÄLRD zu erfüllenden Qualifikationsanforderungen legt das für das Rettungswesen zuständige Ministerium **im Einvernehmen mit den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern nach § 7 (1)** unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein fest; die Veröffentlichung erfolgt im Amtsblatt für Schleswig-Holstein.“*

### **Zu § 16 - Fortbildung des Rettungsdienstpersonals**

Es ist erfreulich, dass die leitstellenspezifische Fortbildung den realen Erfordernissen angepasst wurde. Jedoch wurde die Pflichtfortbildung des gesamten nichtärztlichen medizinischen Personals unnötiger Weise von bisher jahresdurchschnittlich 30 auf durchschnittlich mindestens 40 Stunden angehoben. Zum einen würde die vorgesehene Formulierung eine Fortbildung des Personals nach eigenem Ermessen darstellen. Zum anderen hat die langjährige Praxis gezeigt, dass die Fortbildung in ihrem bisherigen Umfang von durchschnittlich 30 Stunden völlig ausreichend ist. Aus diesem Grund liegen die gesetzlichen Regelungen in den anderen Bundesländern häufig auf einem vergleichbaren Niveau.

Für in der Rettungsleitstelle eingesetztes Personal ist die in § 16 Abs. 3 Satz 2 des Entwurfs gewählte Formulierung missverständlich. Es könnte fälschlich geschlossen werden, dass neben der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung das Leitstellenpersonal zusätzlich in Themen fortzubilden ist, die dem nicht-medizinischen



Einsatzpersonal vorbehalten ist. Es liegt dabei auf der Hand, dass Leitstellenpersonal nicht am Patienten tätig wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern:

*„Nichtärztliches medizinisches Personal ist im jährlichen Durchschnitt [...] 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Das in der Rettungsleitstelle gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 eingesetztes Personal ist **abweichend zu Satz 1** im jährlichen Durchschnitt 40 Stunden **insbesondere** in leitstellenspezifischen Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet“*

### **Zu § 20 - Großschadensereignis**

In der Gesetzesbegründung zu dem vorgelegten Entwurf wird bereits zutreffend angemerkt, dass es sinnvoll sein dürfte, die Kostenträger gemäß § 7 Absatz 1 bei der Festlegung der Qualifikation des OrgL zu beteiligen. Daher ist es nur konsequent, diese Feststellung im Gesetzestext zu verankern.

Daher wird angeregt, den Absatz 5 Satz 4 wie folgt zu ändern:

*„Die oder der OrgL muss die von den Rettungsdienstträgern **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** einheitlich landesweit festgelegte Qualifikation erfüllen.“*

### **Zu § 34 - Übergangsbestimmungen**

In § 34 Abs. 3 Satz 3 heißt es, dass hinsichtlich der Betreiber der Luftrettungsstandorte die bestehenden Vereinbarungen als Vereinbarungen nach § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 fortgelten. Im Rahmen der Erörterungen mit dem MSGWG bestand Einigkeit zwischen dem Ministerium und den Krankenkassen, dass hiermit gewährleistet werden soll, für den Übergangszeitraum an den bestehenden Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen nichts zu ändern. Insbesondere soll der Grundsatz der Kostendeckung (§ 7 Abs. 3) weiterhin keine Anwendung finden. Mit dem Verweis auf § 7 Abs. 1 könnte diese Regelung jedoch missverständlich dahingehend verstanden werden, dass im Zuge der Verhandlungen über Vertragsanpassungen innerhalb des Übergangszeitraums (die jetzigen Vereinbarungen gelten bis

31.12.2018) eine nach dem Kostendeckungsprinzip ermittelte Anpassung beansprucht werden könnte. Da dies aber ausdrücklich nicht gewollt ist, sollte der Hinweis auf § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 komplett gestrichen und eine entsprechende Klarstellung eingefügt werden.

Der Satz 3 des § 34 Abs. 3 sollte also wie folgt lauten:

*„Die bestehenden Vereinbarungen über Benutzungsentgelte für Leistungen der Luftrettung gelten [...] fort. § 7 Abs. 1 Satz 3 findet für den Übergangszeitraum nach Satz 4 keine Anwendung.“*

Nach allem bitten wir darum, unsere Anmerkungen und Vorschläge im Rahmen der Beratung im Sozialausschuss und für das weitere Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Sebastian Ziemann

**AOK NORDWEST**  
Die Gesundheitskasse  
Edisonstraße 70  
24145 Kiel

**BKK-Landesverband NORDWEST**  
Süderstraße 24  
20097 Hamburg

**IKK Nord**  
Lachswehralle 1  
23558 Lübeck

**Knappschaft**  
Regionaldirektion Nord  
Millerntorplatz 1  
20359 Hamburg

**SVLFG als LKK**  
Schulstraße 29  
24143 Kiel

**Verband der  
Ersatzkassen e. V. (vdek)**  
Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel

---

vdek • Wall 55 (Sell-Speicher) • 24103 Kiel

vdek Landesvertretung  
Schleswig-Holstein  
Telefon: 04 31 / 97 44 1 – 0  
Telefax: 04 31 / 97 44 1 – 23

Michael Kleinert  
Durchwahl: 18  
Michael.Kleinert@vdek.com

15. November 2016

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen  
Landtags  
Herrn Peter Eichstädt  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

**Per E-Mail: [Sozialausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:Sozialausschuss@landtag.ltsh.de)**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu dem vorgelegten Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Stellung zu nehmen.

Die Krankenkassen/-verbände in Schleswig-Holstein begrüßen grundsätzlich den Reformwillen des Landes im Bereich des Rettungsdienstes. Die Überlegungen hierzu sind mit uns im Vorfeld erörtert worden. Es freut uns, dass einige unserer Anregungen in dem nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf Berücksichtigung gefunden haben.

Insbesondere die Einführung des Qualitätsmanagements (QM) ist grundsätzlich geeignet, die Qualität im Rettungsdienst nach objektiven Kriterien zu bewerten und nachhaltig zu steigern. Das QM sollte mit dem Ziel der ständigen Verbesserung geführt werden und den objektiven Qualitätsnachweis mithilfe einer Zertifizierung anstreben. Wir halten es jedoch für notwendig, dass neben den Trägern des Rettungsdienstes und den Durchführern selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.

Ebenso werden die Änderungen in § 17, einen modernen, landesweit einheitlichen Behandlungsnachweis einzuführen (Absatz 6) und die Disposition bestimmter Rettungsmittel auf eine bestehende Leitstelle zu übertragen (Absatz 8) als positiv bewertet. Auch die Einbeziehung der Krankenkassen/-verbände bei der konzeptionellen Ausgestaltung der Rettungsmittel und deren Standortplanung wird von uns ausdrücklich begrüßt.

Gleichwohl sehen wir noch notwendigen Anpassungs- bzw. Ergänzungsbedarf, den wir im Folgenden erläutern:

### **1. Grundsätzliches zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen**

Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V). Die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist im SGB V aus Kompetenzgründen nicht geregelt. Denn Rettungsdienst dient der Gefahrenabwehr bzw. der Daseinsvorsorge und ist insoweit Aufgabe der Länder und nicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gemäß Art. 104a Grundgesetz (GG) tragen die Länder die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung dieser Aufgaben ergeben. Nach dem aus Art. 105 ff. GG folgenden Steuerstaatsprinzip hat der Staat seinen Finanzbedarf im Wesentlichen durch Steuern zu decken. Die Finanzierung staatlicher Leistungen durch nichtsteuerliche Abgaben ist dagegen eine zu rechtfertigende Ausnahme.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sind nichtsteuerliche Abgaben öffentlich-rechtliche Geldleistungen, die aus Anlass individuell zu-rechenbarer, öffentlicher Leistungen dem Abgabenschuldner durch eine öffentlich-rechtliche Norm oder sonstige hoheitliche Maßnahme auferlegt werden und dazu bestimmt sind, in Anknüpfung an diese Leistung deren Kosten ganz oder teilweise zu decken. Hierzu gehören auch die Benutzungsentgelte für die Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen, also auch für den Rettungsdienst. Die Vergütungspflicht der Sozialleistungsträger für Leistungen des Rettungsdienstes folgt allein daraus, dass dem Versicherten/Bürger für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes Kosten (Benutzungsentgelte) auferlegt werden, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses von der Krankenkasse unter den Voraussetzungen des § 60 SGB V (Fahrtkosten) übernommen werden. Der „Benutzer“ bleibt aber der Versicherte.

Da der Bürger aber bereits durch die Gemeinlast der Steuer an der Finanzierung des Staates beteiligt ist, ist eine besondere gleichheitsrechtliche Rechtfertigung für jede nichtsteuerliche Abgabe erforderlich. Die Abgabe setzt eine „individuell zurechenbare Leistung“ oder eine individuell zu verantwortende Kostenverursachung voraus, die eine Gebühr zur „ausgleichenden Gegenleistung“ macht.

Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge dienen sowohl dem Allgemein- als auch dem Individualinteresse. Da der auf das Allgemeininteresse entfallene Kostenteil der Finanzierung der Aufgaben der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge insoweit nicht „individualisierbar“ ist, kann dieser Anteil folglich auch nicht zu Lasten des Gebührenschuldners veranschlagt werden. Hier greift nur die Steuerfinanzierung. Deshalb ist eine eindeutig definierte, hinreichende Kostenbeteiligung des Landes gefordert, die den nichtindividualisierbaren Anteil abdeckt.

Im vorliegenden Entwurf zum RDG sind Regelungen über Kostenbeteiligungen des Landes aber nicht enthalten. Insoweit reicht es nicht aus, Zuwendungen durch das Land im Falle „verfügbarer Haushaltsmittel“ in Aussicht zu stellen (vgl. § 6 Abs. 3 Entwurf RDG). Denn diese Regelung bietet nur eine „Option“ der Kostenbeteiligung, die sich im Hinblick auf den unbestimmten Rechtsbegriff „verfügbare Haushaltsmittel“ in der Praxis auch nicht auswirken dürfte.

**Fazit:** Es kann keine pauschale Übertragung der vom Landesgesetzgeber vordefinierten Gesamtkosten des Rettungsdienstes auf die Benutzer / Sozialversicherungen geben. Nur die individualisierbaren Kosten können auf den Nutzer und damit auf die Sozialversicherungen umgelegt werden. Darüber hinaus kommt nur eine Finanzierung aus Steuermitteln in Betracht. Regelungen hierzu fehlen jedoch.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

### Zu § 2 - Begriffsbestimmungen

#### **Absatz 1**

Insbesondere bei Einsätzen des Brandschutzes werden Rettungswagen (RTW) alarmiert, die am Einsatzort zum vorbeugenden Eigenschutz der Einsatzkräfte bereitgehalten werden. Diese Einsätze werden vollumfänglich bei der Ermittlung der be-

darfsgerechten Vorhaltung an RTWs berücksichtigt. Folgerichtig ist es verursachungsgerecht, dass eben solche Einsätze – entsprechend des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips – in Rechnung gestellt werden.

Um diesem Erfordernis zu entsprechen, sollte der Absatz 1 Satz 2 wie folgt ergänzt werden:

*„Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind Personen, die sich in unmittelbarer Lebensgefahr befinden und daher unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden müssen; dazu gehören auch Personen, bei denen eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, wenn sie nicht unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden sowie die Bereitstellung von rettungsdienstlichem Personal, Fahrzeugen und Materialien aller Art bei Bränden, Not- und Unglücksfällen auf der Grundlage des Brandschutzgesetzes vom 10. Febr. 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 200), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2014.“*

Zur besseren Lesbarkeit haben wir die Ergänzung farblich markiert.

### **Absatz 3**

In dem Gesetzesentwurf ist bereits im § 2 (3) Satz 4 aufgenommen, dass ein Sekundärtransport je nach Versorgungsnotwendigkeit der Notfallrettung oder dem Krankentransport zuzuordnen ist. Es wäre jedoch fehlerhaft, Sekundärtransporte grundsätzlich dem Krankentransport zuzuordnen, nur weil die abgebende Behandlungseinrichtung ein Krankenhaus ist.

Die Zuordnung eines Sekundärtransports zu der Notfallrettung kann sich – unabhängig von der Art der abgebenden Behandlungseinrichtung – nur aus der medizinischen Dringlichkeit (Notfallverlegung mit Sonderrechten) und/oder dem Erfordernis einer ärztlichen Begleitung ergeben. Nur so ist sichergestellt, dass entsprechende Rettungsmittelkapazitäten für die Notfallrettung auch vorgehalten werden und für die Transportleistung das korrekte Entgelt erhoben wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern.

*.... soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung. Ein Sekundärtransport ist der Notfallrettung zuzuordnen, wenn er unter Einsatz von Sonderrechten gemäß § 35 StVO erfolgt und/oder medizinisch eine ärztliche Begleitung erforderlich ist. Im Übrigen ist er dem Krankentransport zuzuordnen.“*

## **Zu § 6 – Kosten**

Die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung ist elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsfürsorge. Damit einher geht die angemessene und zugleich gesicherte Beteiligung des Landes an der Finanzierung des Rettungsdienstes.

Daher sollte der Absatz 6 wie folgt gefasst werden:

*„Das Land gewährt [...] Zuwendungen zu den Kosten der erforderlichen mittel- und langfristigen Investitionen, vorrangig für solche Maßnahmen, die überregional wirken.“*

## **Zu § 7 - Vereinbarung über Benutzungsentgelte**

### **Absatz 1**

Mit der in § 7 Abs. 1 letzter Satz des Entwurfs gewählten Formulierung bliebe unregelt, dass bei der Entgeltfindung für Leistungen des Rettungsdienstes weitere Erlöse, wie z.B. zweckgebundene Spenden, Erlöse aus Abgang von Anlagevermögen oder Zuwendungen des Landes kostenmindernd wirken.

Es sollte zur Klarstellung der Absatz 1 letzter Satz wie folgt gefasst werden:

*„Die Gesamtkosten des Rettungsdienstes, **gemindert um die Erträge, den Erstattungen und der Drittmittel**, sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Kostendeckung).“*

### **Absätze 3 und 4**

Im Jahr 2009 haben die Vertragspartner die „Vereinbarung von Eckpunkten zur Umsetzung der Vereinbarungslösung im Rettungsdienst Schleswig-Holstein“ (Eckpunktepapier) weiterentwickelt und um die Anlage „Verfahrensgrundsätze zur Vereinbarung der Benutzungsentgelte“ erweitert. Die u. a. darin enthaltenen zeitlichen Vorgaben zur Lieferung von Rechnungsabschlussunterlagen, der Aufnahme und Dauer der Verhandlungen sind klar definiert. Erstes Ziel ist dabei die Verhandlung von Entgelten für einen Zukunftszeitraum.

Die Praxis hat gezeigt, dass die selbst definierten Vorgaben ohnehin nur sehr schwer einzuhalten sind. Beispielhaft sei die Hergabe der ggf. vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen in Form des Kosten- und Leistungsnachweises durch die Träger des Rettungsdienstes in dem laufenden Jahr genannt. Lediglich 4 Kosten- und Leistungsnachweise wurden fristgerecht, d. h. bis zum 30.04.2016, vorgelegt.

8 weitere Kosten- und Leistungsnachweise wurden uns mit einer Verspätung von knapp über 3 Monaten (Mittelwert) zur Verfügung gestellt. Ein weiterer Kosten- und Leistungsnachweis wurde uns für den laufenden Monat avisiert. Von zwei Trägern haben wir keine Kosten- und Leistungsnachweise erhalten. Die Qualität der Unterlagen variiert von exzellent bis unzureichend. Die Gründe für die aufgetretenen Verzögerungen sind vielfältig und in Teilen nachvollziehbar. Als weitere Gründe, die eine Verhandlung in die Länge ziehen lassen, seien beispielhaft die Sommerpause oder Krankheiten genannt.

Werden nunmehr die Verhandlungen nicht bis Ende September eines jeden Jahres beendet sein, sollen zukünftig ab dem 1. Oktober die vom Träger des Rettungsdienstes ermittelten Benutzungsentgelte in Kraft treten. Es soll dabei keine Rolle spielen, ob die Entgeltermittlung den Grundsätzen des Kostendeckungsprinzips entspricht oder nicht. Dieser fragwürdige Automatismus könnte nur durch die Anrufung der Schiedsstelle gestoppt werden. Den sozialgesetzlichen Vorgaben entsprechend, müssen die Krankenkassen/-verbände stets die Schiedsstelle anrufen, damit ein solcher Automatismus nicht greift.

Alles in allem sind die im Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben zum Verhandlungsablauf praxisfremd und rechtlich in Teilen fragwürdig. Die Vertragspartner haben bereits eine praxistaugliche Vereinbarung über die Verfahrensgrundsätze geschlossen.

Daher halten wir es für notwendig, die Absätze 3 und 4 ersatzlos zu streichen.

### **Zu § 10 - Qualitätsmanagement**

Wie bereits eingangs erwähnt, halten wir es für zwingend notwendig, dass selbstverständlich auch die Krankenkassen/-verbände an dem QM gleichberechtigt mitwirken, um letztlich auch den Interessen unserer Versicherten vollumfänglich gerecht werden zu können.



Es wird angeregt, den Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern.

*„Die Rettungsdienstträger sowie die Träger der Luftrettung sind verpflichtet, **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** Maßnahmen durchzuführen und zu unterstützen, die die Qualität im Rettungsdienst sichern.“*

### **Zu § 11 - Ärztliche Leitung Rettungsdienst**

Es besteht unter den Beteiligten Einigkeit darüber, dass die Einrichtung der Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ sinnvoll ist. Daher liegt es auf der Hand, dass die Qualifikationsanforderungen gemeinsam definiert und festgelegt werden.

Daher wird angeregt, den Absatz 2 wie folgt zu ändern:

*„Die von der ÄLRD zu erfüllenden Qualifikationsanforderungen legt das für das Rettungswesen zuständige Ministerium **im Einvernehmen mit den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern nach § 7 (1)** unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein fest; die Veröffentlichung erfolgt im Amtsblatt für Schleswig-Holstein.“*

### **Zu § 16 - Fortbildung des Rettungsdienstpersonals**

Es ist erfreulich, dass die leitstellenspezifische Fortbildung den realen Erfordernissen angepasst wurde. Jedoch wurde die Pflichtfortbildung des gesamten nichtärztlichen medizinischen Personals unnötiger Weise von bisher jahresdurchschnittlich 30 auf durchschnittlich mindestens 40 Stunden angehoben. Zum einen würde die vorgesehene Formulierung eine Fortbildung des Personals nach eigenem Ermessen darstellen. Zum anderen hat die langjährige Praxis gezeigt, dass die Fortbildung in ihrem bisherigen Umfang von durchschnittlich 30 Stunden völlig ausreichend ist. Aus diesem Grund liegen die gesetzlichen Regelungen in den anderen Bundesländern häufig auf einem vergleichbaren Niveau.

Für in der Rettungsleitstelle eingesetztes Personal ist die in § 16 Abs. 3 Satz 2 des Entwurfs gewählte Formulierung missverständlich. Es könnte fälschlich geschlossen werden, dass neben der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung das Leitstellenpersonal zusätzlich in Themen fortzubilden ist, die dem nicht-medizinischen

Einsatzpersonal vorbehalten ist. Es liegt dabei auf der Hand, dass Leitstellenpersonal nicht am Patienten tätig wird.

Daher wird angeregt, den Absatz 3 wie folgt zu ändern:

*„Nichtärztliches medizinisches Personal ist im jährlichen Durchschnitt [...] 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Das in der Rettungsleitstelle gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 eingesetztes Personal ist **abweichend zu Satz 1** im jährlichen Durchschnitt 40 Stunden **insbesondere** in leitstellenspezifischen Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet“*

## **Zu § 20 - Großschadensereignis**

In der Gesetzesbegründung zu dem vorgelegten Entwurf wird bereits zutreffend angemerkt, dass es sinnvoll sein dürfte, die Kostenträger gemäß § 7 Absatz 1 bei der Festlegung der Qualifikation des OrgL zu beteiligen. Daher ist es nur konsequent, diese Feststellung im Gesetzestext zu verankern.

Daher wird angeregt, den Absatz 5 Satz 4 wie folgt zu ändern:

*„Die oder der OrgL muss die von den Rettungsdienstträgern **im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 (1)** einheitlich landesweit festgelegte Qualifikation erfüllen.“*

## **Zu § 34 - Übergangsbestimmungen**

In § 34 Abs. 3 Satz 3 heißt es, dass hinsichtlich der Betreiber der Luftrettungsstandorte die bestehenden Vereinbarungen als Vereinbarungen nach § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 fortgelten. Im Rahmen der Erörterungen mit dem MSGWG bestand Einigkeit zwischen dem Ministerium und den Krankenkassen, dass hiermit gewährleistet werden soll, für den Übergangszeitraum an den bestehenden Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen nichts zu ändern. Insbesondere soll der Grundsatz der Kostendeckung (§ 7 Abs. 3) weiterhin keine Anwendung finden. Mit dem Verweis auf § 7 Abs. 1 könnte diese Regelung jedoch missverständlich dahingehend verstanden werden, dass im Zuge der Verhandlungen über Vertragsanpassungen innerhalb des Übergangszeitraums (die jetzigen Vereinbarungen gelten bis

31.12.2018) eine nach dem Kostendeckungsprinzip ermittelte Anpassung beansprucht werden könnte. Da dies aber ausdrücklich nicht gewollt ist, sollte der Hinweis auf § 7 Abs. 1 und § 19 Abs. 4 Nr. 2 komplett gestrichen und eine entsprechende Klarstellung eingefügt werden.

Der Satz 3 des § 34 Abs. 3 sollte also wie folgt lauten:

*„Die bestehenden Vereinbarungen über Benutzungsentgelte für Leistungen der Luftrettung gelten [...] fort. § 7 Abs. 1 Satz 3 findet für den Übergangszeitraum nach Satz 4 keine Anwendung.“*

Nach allem bitten wir darum, unsere Anmerkungen und Vorschläge im Rahmen der Beratung im Sozialausschuss und für das weitere Gesetzgebungsverfahren angemessen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Sebastian Ziemann