

Rettungsdienst: Höchst merkwürdige und verstörende Vorschläge einer unzuständigen Kommission des Bundes*

Seit Mai 2022 wirkt in Berlin eine im Koalitionsvertrag der „Ampel“-Parteien vorgesehene Kommission mit dem Titel: „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Über die aus kommunaler Sicht problematischen Reformansätze des Bundes zur Krankenhausversorgung, die erfolgt, ohne die aktuellen Probleme der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Betriebsbereich zu lösen, hat der Deutsche Landkreistag an anderer Stelle umfassend informiert.

Der in Deutschland überwiegend kommunal verantwortete Rettungsdienst ist in vielen Bereichen auf eine enge Zusammenarbeit und damit auf eine ortsnahe und funktionierende Krankenhausversorgung ausgerichtet, nicht zuletzt, weil Krankenhäuser oft Notarztstandorte zur Besetzung des Notarzteinsetzfahrzeuges (NEF) und damit wichtiger Teil der Rettungstaktik sind. Auch das Ziel eines Rettungswagens, wenn eine stationäre Aufnahme des Patienten erfolgen muss, muss ein Krankenhaus mit offener Notaufnahme sein. Zusammenhänge zwischen Krankenhausversorgung und Rettungsdienst bestehen deswegen selbstverständlich in engem Maße.¹ Vor diesem Hintergrund hat es nicht vollständig überrascht, dass die Regierungskommission zur Krankenhausreform sich in einer 4. Stellungnahme mit dem Titel „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und integrierte Leitstellen“ im Februar 2023 mit der Organisation der Notaufnahme der Kliniken, der Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung und auch der Frage einer Verschränkung der Leitstellen beschäftigt hat.² In dieser 4. Empfehlung wurden die unterschiedlichen Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern benannt und z. B. empfohlen, Integrierte Leitstellen (ILS) aufzubauen, die aber vorsahen, dass Anrufe bei beiden Nummern – 116117 und 112 – nicht zwingend in der gleichen Leitstelle einlaufen, sondern diese „Leitstellen“, also die Telefonzentralen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Rettungsleitstellen der Kommunen, auch durch feste Strukturen miteinander verbunden werden können. Neben den Integrierten Leitstellen war zweiter großer Teil der 4. Empfehlung die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ), die in allen Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung aufzubauen sein sollen und die Notaufnahme eines Krankenhauses und einer KV-Notdienst-

Von Dr. Joachim Schwind, Hannover

praxis an einem gemeinsamen Tresen mit einer zentralen Ersteinschätzungsstelle verbinden sollte.

Diese Empfehlungen vom Februar mit zahlreichen Detailvorschlägen sind nicht in allen Bereichen deckungsgleich mit Einschätzungen und Reformvorschlägen des Deutschen Landkreistages, fügen sich aber in das grundsätzlich bestehende verfassungsrechtliche System der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern und die Rollengefüge zwischen Krankenhaus, Rettungsdienst und Kassenärztlichen Vereinigungen an der Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Gefahrenabwehr grundsätzlich ein.

Aus den Spuren der Zuständigkeiten geraten: Die neunte Empfehlung

Zur Überraschung der Fachwelt veröffentlichte die Kommission am 7.9.2023 eine weitere (9.) Empfehlung mit dem expliziten Titel „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“. Man fragt sich zunächst: Was veranlasst eine Bundeskommission zur Reform der Krankenhäuser, sich ausschließlich und explizit in einer Empfehlung mit dem Rettungsdienst und seiner Finanzierung zu befassen, der nach der grundgesetzlichen Verteilung der Zuständigkeiten in den Artikeln 70 ff. GG Sache der Länder ist, und zwar mindestens seit 1949?³ Was veranlasst weiter eine Kommission, die dezidiert und absichtlich ohne Mitwirkung der Länder und Vertretung der kommunalen Spitzenverbände zusammengesetzt ist, grundlegende Veränderungen an Aufgaben, Organisation und Zuständigkeiten im Verfassungsstaat in einem höchst sensiblen Bereich vorzuschlagen, ohne die praktischen Folgen auch nur im Dialog mit den zuständigen Aufgabenträgern und Ländern je einmal zu erörtern? Was veranlasst die Kommission zudem, entsprechende Vorschläge im September zu machen, die ersichtlich nicht zu den Vorschlägen der gleichen Kommission vom Februar passen?

Falls man sich fragt, welche Sinneswandlung die Kommission zwischen ihrer vierten und der neunten Empfehlung gehabt haben mag – man könnte ja zwischenzeitlich zum Beispiel wegen der Lage der Krankenhäuser zu dem Ergebnis gekommen sein: „Geht so alles nicht in Deutschland, da müssen wir grundsätzlich ran“ –, dann lohnt ein Blick auf die Empfehlungen zwi-

schen der vierten und der neunten Empfehlung: Die fünfte Empfehlung der Kommission ist am 22.6.2023 veröffentlicht worden und empfiehlt explizit einen höheren medizinischen Erfolg bei komplizierten Behandlungen in spezialisierten Zentren, behandelt also keine Zuständigkeiten im Gesundheitssystem, sondern führt eine Potenzialanalyse anhand exemplarischer Krankheiten durch, ist für unser Thema also unergiebig. Zu den Empfehlungen sechs, sieben und acht der Regierungskommission findet sich auf der Homepage der Kommission nur folgender Hinweis: „Die Empfehlungen der Regierungskommission sechs, sieben und acht folgen später“.⁴ Auch das lässt den Betrachter also ratlos zurück, falls man versuchen wollte, die Einschätzungen in ihrem zeitlichen Verlauf oder ihrer methodischen Entwicklung nachzuvollziehen.

Was stellt die Regierungskommission als Ausgangslage dar?

Die Kommission beklagt zunächst die bei einer kommunalen Aufgabe nicht ungewöhnliche, sondern aus unserer Sicht von der Verfassung (Art. 28 Abs. 2 GG) gewollte Vielfalt des Rettungsdienstes.⁵ Natürlich ist der Rettungsdienst in Deutschland eher inhomogen organisiert, ansonsten bräuhete man ja auch keine kommunale Selbstverwaltung und keine örtliche Verantwortung der Räte und Kreistage. Auf die Bedeutung dieser regionalen Besonderheiten für die Organisation des Rettungsdienstes hat zuletzt DRK-Präsidentin *Gerda Hasselfeldt* ebenfalls hingewiesen.⁶ Auch wird festgestellt, dass die Zahl der Beschäftigten im Rettungsdienst stark angestiegen sei, der Personalzuwachs im Gesundheitswesen insgesamt im gleichen Zeitraum dagegen sehr viel weniger gestiegen sei.⁷ Aus Sicht vieler kommunaler Rettungsdienst-

* Eine kürzere Fassung des Beitrags ist erschienen in den NLT-Informationen 5/2023, S. 139 ff.

¹ Siehe dazu jüngst unter dem Titel „Der Rettungsdienst ist nur im Team erfolgreich“, *Schwind*, Der Landkreis 8-9/2023, 406 f. Auf den Zusammenhang wird auch von *Bischof*, Der Landkreis 8-9/2023, 410 (411), *Laslo*, Der Landkreis 8-9/2023, 414 sowie *Hasselfeldt*, Der Landkreis 8-9/2023, 400 hingewiesen.

² Alle Empfehlungen der Regierungskommission sind abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de →Themen →Gesundheitswesen →Regierungskommission Krankenhausversorgung.

³ Siehe zur Landeskompetenz für den Rettungsdienst *Freese*, in: *Schwind* (Hrsg.), NRettDG, § 15 Ert, 2.2.

⁴ Stand des Abrufs: 20.9.2023.

⁵ 9. Stellungnahme, S. 4.

⁶ *Hasselfeldt*, Der Landkreis 8-9/2023, 400 (401).

⁷ Fn. 5.

akteure ist das ein Beleg dafür, dass der Rettungsdienst in den letzten Jahren oftmals zum „letzten Rettungsanker“ oder auch „Ausputzer“, auch oftmals zur letzten funktionierenden medizinischen Notfallversorgungseinrichtung gerade in den ländlichen Regionen geworden ist und die bekannten Probleme des Fachärztemangels und bei der Sicherstellung des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes „ausbügeln“ muss.⁸ Janosch Dahmen, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion Bündnis90/Die Grünen, hat es kürzlich in dieser Zeitschrift so formuliert: „Der Rettungsdienst ist das letzte Sicherheitsnetz für die Bevölkerung“.⁹ Auch vorschnelle Krankenhausentlassungen, die dann wieder zu Einsätzen des Rettungsdienstes führen, sollen wegen des DRG-Systems vorkommen. Zu den Gründen der stark steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst verliert die Kommission freilich kein Wort. Auch die Feststellung, dass die Aus- und Fortbildung des rettungsdienstlichen Personals einschließlich der Arztweiterbildung landesrechtlich geregelt und deswegen nicht einheitlich ist, ist keine Diagnose, die irgendwem überraschen dürfte.¹⁰ Dann wird festgestellt, aufgrund der landesgesetzlichen Vorgaben bestünden regional unterschiedliche Vergütungsmodelle, die eine Transparenz von Kosten und Leistung des Rettungsdienstes und die Vergleichbarkeit erheblich erschweren würden.¹¹ Schon das ist ein merkwürdig zentralistischer Ansatz: Als ob bundesweite Vergleichbarkeit von Kosten bei sehr unterschiedlichen Natur- und Siedlungs- und Ballungsräumen oder Rettungstaktik/Fahrzeugstrategie ein Wert an sich wäre. Woher der Geist dieser Kritik weht, sagt der Text dann selbst: Es wird beklagt, die Entscheidungen des Landesgesetzgebers könnten sogar auch vorsehen, dass „die Möglichkeit zur Abrechnung über einseitig von den Kommunen festgelegte kommunale Gebührenordnungen“¹² bestehe. Dies sei nur schwer mit den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Prinzip der Beitragssatzstabilität und der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren.¹³

Beitragsstabilität für den Rettungsdienst?

Man reibt sich die Augen: Wer in diesem Land, im Grundgesetz oder in der Politik hat für eine Leistung der Gefahrenabwehr wie den Rettungsdienst je Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beitragssatzstabilität versprochen? Schon 1996 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass die (damals sog.) Preisobergrenzen des § 133 SGB V für den kommunal verantworteten Rettungsdienst nicht gelten.¹⁴ Auch für die Feuerwehr, den Katastrophenschutz, die Polizei und andere Leistungen für unsere Mitbürger in Not gilt zu Recht kein Deckel, kann schon wegen der grundrechtlichen Schutzpflichten

des Staates keiner gelten und er sollte auch gesundheitspolitisch im Rettungsdienst nicht gelten, weil irgendjemand ausrücken muss, wenn Lebensgefahr droht. Was den Vorwurf der fehlenden „Wirtschaftlichkeit“ durch das Landesrecht angeht: Der niedersächsische Landesgesetzgeber hat in § 15 Abs. 1 Satz 2 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG) festgelegt: „Maßstab für die Notwendigkeit sind die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes“. Kein niedersächsischer Träger des Rettungsdienstes, also kein Landkreis und keine kreisfreie Stadt, kann diese Wirtschaftlichkeit einseitig festlegen, sondern sie müssen jedes Jahr mit den Krankenkassen in vielen mühsamen Verhandlungsrunden erläutern und von den Kassen konsentiert oder notfalls durch die Schiedsstelle (§ 18 NRettDG) entschieden werden.¹⁵ Der Vorwurf, das Wirtschaftlichkeitsgebot gelte für den Rettungsdienst nicht, ist also strikt zurückzuweisen.¹⁶ Die Sachverständigenkommission behauptet dann, es existiere ein Nebeneinander von Vergütungsmodellen und kommunalen Gebührenmodellen.¹⁷ Diese würden einem Vollkostendeckungsprinzip zulasten der Kostenträger ohne Anreiz für einen wirtschaftlich effizienten Betrieb verfallen.¹⁸ Schon dieser Vorwurf ohne Beleg ist für eine wissenschaftliche Kommission auf Bundesebene bemerkenswert und würde bei weiterem Nachdenken zu der Behauptung führen, dass es bei allen Leistungen, die über Gebühren finanziert werden, per se keinen Anreiz für einen wirtschaftlich effizienten Betrieb geben würde. Ob diese Aussage der Bund sich zu eigen machen will? Für Niedersachsen ist die Schlussfolgerung schon deswegen falsch, weil das Gesetz zwar die Möglichkeit bietet, Benutzungsgebühren festzulegen (§ 16 NRettDG), solange keine Entgeltvereinbarung zustande kommt, aber auch diesbezüglich selbstverständlich das Wirtschaftlichkeitsprinzip gilt, schon, weil das allgemeine Kommunalrecht dies ebenfalls verlangt (§ 110 Abs. 2 NKomVG). Zudem schützt bundesrechtlich § 133 Abs. 2 des SGB V in diesen Fällen die Krankenkassen ganz besonders, u. a. bei der Auflegung von Fremdkosten des Katastrophenschutzes oder bei Unwirtschaftlichkeit.¹⁹

Angeblieh fehlt Transparenz

Weiter wird fehlende Transparenz bei den Investitionskosten und der Finanzierung der Leitstellen beklagt. Hier fragt man sich, wer will was wissen, was er derzeit nicht erfahren kann? Die Leitstellenfinanzierung ist in jedem Landkreis durch Einsichtnahme in den öffentlichen Haushalt ersichtlich, und dass es eine landesweite Regelung zur Aufteilung der Kosten zwischen Feuerwehr und Rettungsdienst bei den Leitstellen gibt, ist auch bekannt und transparent. Die den Rettungsdienst finanzierenden Kranken-

kassen haben über ihre flächendeckenden Kostenverhandlungen den besten Einblick in ganz Niedersachsen in alle Kostenstrukturen. Wenn dann „weitgehend bundesweit“ beklagt wird, dass die Kostenträger kaum Informationen über das Leistungsgeschehen hätten,²⁰ fragt man sich wirklich, wer in dieser Kommission den Stift geführt hat.

Immer wieder gern geglaubt: Der Rettungsdienst bekommt nur Geld, wenn er einliefert

Ein immer wiederkehrendes Scheinargument: Fehlanreize durch angebliche Nichtregelung im SGB V. Schon die letzten Reformbemühungen des Bundes, die im Frühjahr 2020 gescheitert sind, haben behauptet, es bestünden Fehlanreize im Rettungsdienstsystem, weil bei einer Vorortbehandlung durch den Rettungsdienst kein Geld verdient würde.²¹ Dies solle Sorge für unnötige Transporte und ziehe eine ebenfalls „kosten- und personalintensive Behandlung im Krankenhaus nach sich, auch dann, wenn eine Vorortbehandlung möglicherweise ausreichend gewesen wäre.“²² Wahr ist: Trotz eifrigem Nachspüren kann bundesweit niemand sagen, wer ein solches Vergütungssystem hat, wonach nur für einen Transport ins Krankenhaus bezahlt wird. Für Niedersachsen ist im Landesausschuss Rettungsdienst Konsens, dass jedenfalls seit 1992, dem Inkrafttreten des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes, eine solche Regelung nicht besteht. Und wenn sie bestünde, wäre sie sicher auch nicht im Interesse der Träger des Rettungsdienstes und sollte geändert werden. Das könnte das Landesrecht jedes Bundeslandes auch einfach veranlassen. Dass die Behauptung, der Rettungsdienst würde absichtlich Transporte ins Krankenhaus fahren, weil nur dann Geld für den Rettungsdienst zu bekommen sei, Grundlage einer bundesweiten Reformagenda sein könnte, erschließt sich daher nicht.

⁸ Siehe dazu auch Ebling, Der Landkreis 8/9 2023, 396.

⁹ Dahmen, Der Landkreis 8/9 2023, 398.

¹⁰ 9. Stellungnahme, S. 5.

¹¹ Fn. 10.

¹² Fn. 10.

¹³ Fn. 10.

¹⁴ BVerwG, B. v. 21.5.1996, Az. 3 N 1/94, BVerwGE 101, S. 177 ff. sowie Freese, in: Schwind (Hrsg.), NRettDG, § 15 Erl. 2, 2.

¹⁵ Siehe dazu näher §§ 15 ff. NRettDG, erläutert von Freese, in: Schwind (Hrsg.), NRettDG, § 15 Erl. 1 ff.

¹⁶ Vgl. dazu näher Freese, in: Schwind (Hrsg.), NRettDG, § 15 Erl. 3, 2.

¹⁷ Fn. 10.

¹⁸ Fn. 10.

¹⁹ Näher Freese, in: Schwind (Hrsg.), NRettDG, § 16 Erl. 2.

²⁰ 9. Stellungnahme, S. 5 unten.

²¹ So jüngst auch Reimann, Der Landkreis 8-9/2023, 404 (405), bedauerlicherweise ohne Beleg.

²² Fn. 20.

Er wirft zudem ja auch ein merkwürdiges Bild auf die Notaufnahme der Krankenhäuser, die ja trotz eines im Auto vorfahrenden Patienten dasselbe sagen müssten wie bei Patienten, die auch als „Walk-in-Kunden“/Selbsteinweiser auf die hausärztliche Versorgung verwiesen werden sollten. Den Zusammenhang der Kommissionsargumentation ahnt man aber: Zufällig wird in der nächsten Ziffer der Analyse dann festgestellt, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst besonders stark gestiegen seien in den letzten Jahren.²³ Zu den Ursachen – aus unserer Sicht die Schwächen der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Fläche und das Nichtfunktionieren des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, die abnehmende Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung und deren Alterung usw. – wird aber selbstverständlich auch hier wieder nichts gesagt.

15 fast vollständig abzulehnende Empfehlungen

Nach dieser sehr einseitigen und von großem Misstrauen gegen örtliche Aufgabewahrnehmung geprägten Beschreibung der Ausgangs- und Problemlage, bei dem die Leistungen des Rettungsdienstes in der präklinischen Versorgung selbstverständlich nicht erwähnt und die Gründe für das starke Ansteigen der Fallzahlen nicht analysiert werden, formuliert die Kommission nach der Darlegung von zehn Zielen,²⁴ die sich mit den dann folgenden Empfehlungen weitgehend decken, insgesamt fünfzehn Empfehlungen zum Teil mit Unterpunkten, die fachlich zum großen Teil abzulehnen sind.

Notfallbehandlung im SGB V

Zunächst wird vorgeschlagen, den Rettungsdienst in ein eigenes Leistungssegment „Notfallbehandlung“ in das SGB V zu überführen (Empfehlung 1). Begründet wird dies mit dem Argument, analog der Krankenhausbehandlung den Leistungsanspruch der Versicherten sowie „die Rechtsbeziehung der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie Fragen der Qualitätssicherung“²⁵ regeln zu können. Dies soll aus der Bundeskompetenz zur Sozialversicherung folgen. Die alleinige Zuständigkeit der Länder für die Ausgestaltung des Rettungswesens bleibe davon unberührt.²⁶ An dieser Stelle wird bereits besonders offensichtlich, worum es eigentlich geht, nämlich die Wegnahme der Zuständigkeiten für den Rettungsdienst von den Ländern: Die Ansprüche der Versicherten müssen nicht neu geregelt werden, sie ergeben sich heute aus den Rettungsdienstgesetzen der Länder. Rettungsdienst ist Länderkompetenz und damit ist auch die Frage, ob ein subjektiv-öffentliches Recht besteht, gerettet zu werden und unter welchen Bedingungen, Ländersache. Dafür

braucht es keine sozialversicherungsrechtlichen Leistungsbeziehungen, zumal der Rettungsdienst nicht nur gesetzlich Versicherte und Privatpatienten, sondern alle Menschen unabhängig von ihrem Versichererstatus zu jeder Tages- und Nachtzeit rettet. Dies ergibt sich aus dem landesrechtlichen Sicherstellungsauftrag (für Niedersachsen: § 2 NRettDG).²⁷ Der Rettungsdienst ist keine Einrichtung der deutschen Sozialversicherung, sondern gehört zur Gefahrenabwehr, was auch der EuGH in der Entscheidung vom 21.3.2019 zur sog. Bereichsausnahme²⁸ bestätigt hat.

Bundesweite Standards

Wenn man dem Denksystem der Kommission weiter folgt, dann ist natürlich klar, was mit der Vollregelung der Notfallbehandlung im SGB V folgt: Es sind nämlich die gesamten ausführlich geregelten Instrumente und Regelungen des SGB V, die insbesondere im Bereich der Krankenhausversorgung zu Überdokumentation, Überbürokratie und vielen anderen Problemen geführt haben, dann für den Rettungsdienst zu übernehmen: Es soll bundesweit vergleichbare Vorgaben für die Notfallversorgung geben, vergleichbare Qualifizierung, Qualifikationsanforderungen und Vorgaben zum Qualitätsmanagement sowie die Einführung einheitlicher Struktur- und Prozessqualitätsparameter.²⁹ Man ahnt schon: Solche bundeseinheitlichen Vorgaben werden ohne Gemeinsamen Bundesausschuss usw. natürlich nicht gelingen, alles muss zentralisiert, vereinheitlicht und standardisiert und bürokratisiert werden.

Sinnvoll: ein Notfallregister, aber: besser wäre eine E-Patientenakte mit Zugriff des Rettungsdienstes

Die Kommission schlägt bei der Einbindung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment ins SGB V vor, als Regelungsinhalte die Leistungen der Leitstelle, die Notfallversorgung, den Notfalltransport und die pflegerische Notfallversorgung zusammen zu regeln.³⁰ Die ersten drei Segmente sind derzeit unstrittig Gegenstand der Regelungskompetenz der Länder und damit der Landtage, weil die Leitstellen typischerweise als integrierte Leitstellen der Gefahrenabwehr auch für den Feuerwehr- und Katastrophenschutzbereich eine wichtige Funktion erfüllen. Auch die Notfallversorgung und der Notfalltransport sind Landesrecht und sollten es auch bleiben. Positiv zu erwähnen sind dagegen Vorschläge eines Notfallversorgungsregisters (4. Empfehlung).³¹ Hier muss aber richtigerweise nicht bei der Notfallversorgung, sondern bei der elektronischen Patientenakte insgesamt angesetzt werden, die nach dem Vorbild Österreichs nicht nur für die Notfallversorgung, sondern auch für die Regel- und Akutversorgung ein umfassendes Bild des Patienten vermitteln müsste.

Auch hier wird also vorgeblich am Rettungsdienst herumoperiert, obwohl das dahinterliegende Problem der elektronischen Gesundheitsakte sektorenübergreifend zu betrachten ist. Der Rettungsdienst wäre dankbar, wenn er in entsprechende Datensysteme eingebunden würde, weil im Notfall jedes Mehr an Wissen über den Patienten hilft.³²

Das geforderte regionale Gremium gibt es schon: den Kreistag

Auch wieder ins Gesamtsystem der Sachverständigenkommission, aber nicht in die geltende Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes passt, dass man sich sodann auch noch im Rahmen der 4. Empfehlung Gedanken über den telenotärztlichen Dienst in der Leitstelle und die telemedizinische Verknüpfung mit dem Rettungsdienst macht.³³ Das ist alles Ländersache und wird derzeit in den Ländern auch eingeführt. Den Kopf schütteln kann man über solche Sätze wie Empfehlung 6: „Regionale Gremien der Gesundheitspolitik, Kostenträger und Leistungserbringer sind in die einheitliche Bedarfsplanung unter Leitung der Länder einzubeziehen.“³⁴ Genau das regelt das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz seit 1992, und zwar mit einer Letztverantwortung des Kreistags, dem einzigen direkt gewählten „regionalen Gremium“ der Gesundheitspolitik, für die Bedarfsplanung, die im Benehmen mit den Kostenträgern beschlossen wird (§ 4 Abs. 6 NRettDG).³⁵

1 Mio. Einwohner pro Leitstelle?

Rein aus dem Blickwinkel der Gesundheitspolitik sind auch die Empfehlungen zur Zentralisierung der Leitstellen mit dem Vorschlag, eine Orientierung auf eine Leitstellengröße von ca. 1 Mio. Einwohner pro Leitstelle in Betracht zu ziehen.³⁶ Der

²³ 9. Stellungnahme, S. 6.

²⁴ 9. Stellungnahme, S. 7 f.

²⁵ 9. Stellungnahme, Ziel 1, S. 7.

²⁶ Fn. 25.

²⁷ Näher *Schwind*, in: ders. (Hrsg.), NRettDG, § 2 Erl. 1, 1.

²⁸ EuGH, Urt. v. 21.3.2019, Rs. C-465/17, NZBau 2019, 319 ff. Wörtlich stellt das Gericht fest, „dass sowohl die Betreuung und Versorgung von Notfallpatienten in einem Rettungswagen durch einen Rettungsassistenten/Rettungsassistenten als auch der qualifizierte Krankentransport unter dem Begriff der „Gefahrenabwehr“ i. S. v. Art. 10 Buchst. h der RL 2014/24 fallen“, siehe zu allen diesbezüglichen Einzelheiten *Freese*, in: *Schwind* (Hrsg.), § 5 NRettDG Erl. 4.3.2.

²⁹ 9. Stellungnahme, Empfehlung 3, S. 9.

³⁰ 9. Stellungnahme, Empfehlung 1, S. 7.

³¹ 9. Stellungnahme, Empfehlung 5, S. 10.

³² Dafür plädiert auch *Dahmen*, Der Landkreis 8/9 2023, 398 (399).

³³ 9. Stellungnahme, Empfehlung 4, S. 11.

³⁴ 9. Stellungnahme, Empfehlung 6, S. 11.

³⁵ Dazu *Schwind*, in: ders. (Hrsg.), NRettDG, § 4 Erl. 7.

³⁶ 9. Stellungnahme, Empfehlung 7, S. 12.

einziges Beleg, der für diese bisher noch nie in der Geschichte der Gefahrenabwehr in Deutschland verfolgte Richtgröße angeführt wird, ist eine Studie, die für den Telenotarzt in Nordrhein-Westfalen diese Richtgröße kalkuliert. In Niedersachsen wird zur Einführung der landesweiten Telenotfallmedizin gerade ein Modell verfolgt, nachdem eben nicht in jeder Leitstelle ein Telenotarzt Dienst leisten wird, sondern nur in wenigen ausgewählten Standorten. Weiß die Kommission, das das geht? Wenn man dieses Modell wählt, muss man wegen der Telenotfallmedizin keine Leitstellenbereiche auf die Größe von einer Million Einwohner zuschneiden, was die Kommission dann auch für „dünn besiedelte Gegenden“ als wohl nicht praktikabel gleich wieder einräumt.³⁷ Auch dass man fordert, „mit dem Ziel der Konzentration“ die Planung in der Regel landkreisübergreifend vorzunehmen, führt wohl nur dazu, Argumente zu suchen, die Aufgabe Rettungsdienst als kommunale Aufgabe zu erledigen, denn interkommunale Abstimmung ist schon lange rechtliches Gebot.³⁸

Die Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Notfallsanitätern, die auch als reformbedürftig angesehen wird (Empfehlung 9),³⁹ ist bereits durch das Notfallsanitätergesetz als Bundesrecht geregelt und obliegt für Niedersachsen landesweit dem Landesgesetzgeber (§ 10 NRettDG), entsprechenden Empfehlungen des Landesausschusses Rettungsdienst (§ 13 NRettDG) und vor Ort den jeweiligen Dienstvorsetzten bis hin zum Landrat. Auch dazu braucht es keiner Vorschläge einer Kommission auf Bundesebene.

Sicher nicht falsch ist der Hinweis der Kommission – Empfehlung 10 – den Ausbau des Luftrettungsdienstes insbesondere durch einen Ausbau von Landemöglichkeiten und Nachtbetrieb vorzusehen.⁴⁰ Die Kosten für die Luftrettung sind allerdings immens, und der Personalmangel besteht auch hier bereits. Die Luftrettung wird auch die durch das Sterben der wohnortnahen Krankenhäuser im ländlichen Raum verursachten längeren Wege des bodengebundenen Rettungsdienstes schon aus Kapazitätsgründen nicht auffangen können – der Hubschrauber ist rettungstaktisch wirklich die allerletzte Reserve. Gleichwohl ist das Ziel richtig, aber auch das liegt in der alleinigen Verantwortung der Länder, die in der Regel für den Luftrettungsdienst selbst zuständig sind. In derselben Ziffer wird auch noch der Ausbau des Transfers zwischen Kliniken und weiteren Gesundheitseinrichtungen gefordert, dem man sich grundsätzlich nicht verschließen kann.⁴¹ Er wird aber dann mit einem Satz garniert, der auch von Misstrauen in Strukturen vor Ort zeugt: „Es darf nicht (in der Regel kleineren) Kliniken überlassen bleiben, eine adäquate Ressource zum Transport eines kritisch Kranken in ein Zentrum zu organi-

sieren.“⁴² Das ist kein Thema des Rettungsdienstes, jedenfalls nicht in der Entscheidung, wer von einer Klinik in eine andere Klinik transportiert wird.

Stärkere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wollen alle, aber ist das Rettungsdienst?

Die Empfehlungen 11 bis 14 sind deswegen unkritisch, weil sie u. a. die allgemein zu stärkende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und den verstärkten Einsatz von Ersthelfer-Apps vorschlagen.⁴³ Diesen Empfehlungen kann zugestimmt werden, handeln wollte die Politik in Niedersachsen bei der landesweiten Einführung der Ersthelfer-Apps, die sich noch im Koalitionsvertrag der letzten Regierung fanden, aber nicht.

Wenn es ums Geld geht: Eine wirre und letztlich widersprüchliche Empfehlung 15

Dass es der Kommission letztlich wohl nur um die Senkung der Kosten des Rettungsdienstes und die Interessen des Bundes und der Krankenkassen an einer Zentralisierung geht, wird besonders an den Ausführungen zur Finanzierung deutlich, die als Abschluss des Dokuments die Empfehlung 15 mit 7 Unterpunkten darstellt und durch Ausführungen bei den Zielen⁴⁴ ergänzt wird.

Investitionskosten künftig bei Ländern und Kommunen

Angeregt wird eine vollständige Neuregelung der Finanzierung des Rettungsdienstes, die zunächst die Zuständigkeit von Ländern und Kommunen für die Investitionskosten festschreiben will und damit die Auftrennung der Finanzierung des Rettungsdienstes in ein duales System wie bei der Krankenhausfinanzierung vorschlägt. Das würde eine Verschiebung der Verantwortung der Investitionskosten für den Rettungsdienst, die so derzeit gar nicht getrennt ermittelt werden können, von den Krankenkassen auf die Länder oder sogar die Kommunen bedeuten. Das Volumen ist schwer zu schätzen, aber der Neubau von Rettungswachen und Leitstellen einschließlich deren Unterhaltung ist ebenso wie die Fahrzeugbeschaffung (Investition?) keine kleine Rechengröße, sondern bundesweit sicher ein Milliardenbetrag. Es ist bekannt, dass schon frühere Kommissionen und der Bundesrechnungshof in diese Richtung dachten, um die Krankenkassen zu entlasten. Fachlich zu begründen ist das nicht. Besonders bedauerlich wäre, dass mit einem solchen Schritt die Verantwortung für den Rettungsdienst, der jetzt vollständig bei Ländern/Kommunen liegt und deren Finanzierung, die vollständig bei den Krankenkassen liegt, aufgeteilt werden würde. Das Drama der Krankenhausfinanzierung mit der Unterteilung in

Investitions- und Betriebskosten, das aktuell wiederum zu besichtigen ist, ist doch kein Zukunftsmodell, das sich irgendwo bewährt hätte! Sybillinisch sammelt dann die Kommission auch diesen Vorschlag bei ihren Zielen gleich wieder ein: „Vor- und Nachteile einer mittel- oder langfristig anzustrebenden Finanzierung der medizinischen Notfallversorgung nur aus einem Topf sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen“⁴⁵. Was heißt das denn? Die Finanzierung aus einem Topf haben wir doch jetzt, die muss doch nicht erst weg- und dann wieder hinreformiert werden! Unsere Partner von den Krankenkassen haben derzeit Einblick in jede Position der Betriebs- und Investitionskosten, weil sie für jede Position bezüglich der Wirtschaftlichkeit zustimmen müssen. Eine Aufspaltung ist fachlich völlig sinnlos und schafft Fehlreize.

Auch wenn man in weitere Aspekte der vorgeschlagenen Finanzierungsregelungen schaut, fragt man sich, warum etwas Funktionierendes reformiert werden muss: Die „Vergütung“ des Rettungsdienstes inklusive der Leitstellenleistungen soll sich künftig in einen Basis-/Vorhalteanteil und in einen Leistungsanteil aufspalten.⁴⁶ Das Auseinanderfallen der Vergütung des Rettungsdienstes in einen Basis-/Vorhalte- und einen variablen Leistungsanteil kann aus Sicht der Kommunen und sicher auch der Leistungsanbieter, die Gefahrenabwehr betreiben, nur zu drastischen Fehlanreizen führen, weil Leistungskomponenten eingeführt werden in einem Bereich, wo keine sinnvollen Leistungsparameter bestehen: Wer 112 anruft, dem muss schnell und richtig geholfen werden, und wer in einer lebensbedrohlichen Situation ist, dem muss, soll und wird der Rettungsdienst helfen. Was sollen variable Vergütungen besser machen, was nicht gerade im Krankenhausbereich große Probleme verursacht? Dass die Kommission auf bundeseinheitliche Tarife und Leistungen drängt, sieht man daran, dass sodann zum Ausgleich regionaler Kostenunterschiede regionalspezifische Anpassungsfaktoren vereinbart werden sollen (Empfehlung 15 d). Das Gewürge um den unterschiedlichen

³⁷ 9. Stellungnahme, Empfehlung 7, Satz 4, Seite 12.

³⁸ Für Niedersachsen: § 2 Abs. 2 der Bedarf-VO-RettD, neugefasst durch VO vom 28.8.2023, GVBl. Nds., S. 203, in Kraft ab 21.9.2023. Die Regelung ist durchgehend seit dem 1.2.1992 unverändert in Kraft, s. § 2 Abs. 4 der BedarfVO-RettD vom 4.1.1993, GVBl. Nds., S. 1

³⁹ 9. Stellungnahme, Empfehlung 9, S. 12.

⁴⁰ 9. Stellungnahme, Empfehlung 10, S. 13.

⁴¹ 9. Stellungnahme, Empfehlung 10, Satz 2, S. 13.

⁴² 9. Stellungnahme, Empfehlung 10, Satz 3, S. 13.

⁴³ 9. Stellungnahme, Empfehlungen 11 bis 13, S. 13f.

⁴⁴ Die Ziele 6 und 7 auf S. 8 beinhalten ebenfalls Aussagen zur Finanzierung.

⁴⁵ 9. Stellungnahme, Ziel 7, S. 8.

⁴⁶ 9. Stellungnahme, Empfehlung 15 c, S. 13.

Landesbasisfallwert und seine Ungerechtigkeiten im Bereich der Krankenhausfinanzierung ist bekannt. Für dünn besiedelte Regionen werden schließlich höhere Vorhalteanteile vorgeschlagen.⁴⁷ Man ahnt schon, dass nicht mehr einfache Kostenverhandlungen pro Rettungsdienstbereich, sondern unzählige Kommissionen auf Bundes- und Landesebene gebraucht werden, um mühsam Einigkeiten zu erzielen, die alle unschärfer in der Erreichung eines wirtschaftlich arbeitenden Systems sein werden als das derzeitige Modell. Und auch dann werden die strukturell besonders geforderten Regionen immer Probleme haben, ihre Bedarfe gerecht refinanziert zu bekommen, weil Wirtschaftlichkeit ja nicht mehr konkret, sondern durch Rechengrößen und Durchschnitte abgebildet werden wird. Wer wird es denn beispielsweise schaffen, die Besonderheiten der Küsten-Ferienorte in der Sommerzeit mit der rettungsdienstlichen Versorgung hunderttausender Urlauber zusätzlich gerecht abzubilden?

Querfinanzierung will keiner, ist aber schon geregelt

Auch sonst wird reichlich Misstrauen gesät und werden Vorurteile bedient: Gesetzlich sollte die Querfinanzierung von nicht medizinischen Leistungen zum Beispiel für den Brandschutz durch die Krankenkassen ausgeschlossen werden, Empfehlung 15 f. Welche Krankenkasse ist denn derzeit bereit, entsprechend den landesrechtlichen Regelungen zur Verpflichtung der Tragung der wirtschaftlichen Kosten des Rettungsdienstes auch den Brandschutz zu finanzieren? Jede Krankenkasse kann in Deutschland die Zahlung verweigern oder klagen, falls ein kommunaler Träger oder ein Land Brandschutzkosten von ihr verlangt, siehe auch § 133 Abs. 2 Nr. 2 SGB V. Mit welchem Ziel werden hier welche behaupteten Probleme versucht zu lösen? Dass die Vorschläge der Kommission zur Veränderung der Finanzierung schon nicht konsistent sind, sieht man daran, dass im nächsten Atemzug (Empfehlung 15 g) dann „als mittel- oder langfristiges Ziel“ eine monistische Finanzierung des Rettungsdienstes inklusive der Leitstellen durch die Krankenkassen als vorteilhaft angesehen wird.⁴⁸ Spätestens jetzt ist der Leser verzweifelt und will rufen: „Das System gibt es doch schon, es ist das Bestehende!“. Dann werden weitere nebulöse Vorschläge zur Vorhaltefinanzierung, der leistungsabhängigen Finanzierung und einer dritten Säule mit Investitionskostenfinanzierung in Höhe von mindestens 8 % der Summe der Säulen 1 und 2 vorgeschlagen. Woher kommen diese Zahlen, insbesondere 8 % Investitionskosten? Was sollen sie bei Leistungen der Gefahrenabwehr bewirken? Wir können keine neue Rettungswache bauen, auch wenn sie nötig ist, weil der 8 %-Deckel in unserem stark in der Bevölkerung wach-

senden Landkreis bereits überschritten ist? Das kann nicht die Lösung für eine flächendeckend in hoher Qualität vorzuhaltende Rund-um-die-Uhr-für-alle-Dienstleistung sein.

Der Geist der gesetzlichen Krankenkassen weht dann auch in der letzten Teilziffer der Kommission reichlich: Für die Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen wäre dann nach der Empfehlung 15 g zum einen ein angemessener Ausgleich durch die Kommunen und Länder festzulegen und zum anderen werde den Krankenkassen ein Entscheidungsrecht über Ausstattung und Leistung des Rettungsdienstes inklusiv der Leitstellen sowie eine größere Transparenz über das Leistungsgeschehen zu gewähren. Den Kommunen wäre dann ein Mitspracherecht bezüglich der Investitionen einzuräumen. Man reibt sich die Augen und hat das Gefühl, man hat sich in der Reform einmal im Vollkreis um 360 Grad gedreht: Nach dem Vorschlag der Kommission soll den Krankenkassen, die derzeit die wirtschaftlich notwendigen Kosten des Rettungsdienstes in den Ländern finanzieren, perspektivisch die Gesamtfinanzierungsverantwortung wieder gegeben werden, nachdem sie auf halber Strecke um die Investitionskosten zum Nachteil der Länder entlastet wurden. Wenn dies geschieht, sollen die Länder und Kommunen aber dafür bezahlen, dass die Krankenkassen nun wieder die Investitionskosten tragen. Dafür hätten die Länder und Landkreise als Träger des Rettungsdienstes nun aber eigentlich nichts mehr zu entscheiden, sondern hätten ein neues Mitspracherecht bei den Investitionsentscheidungen der Krankenkassen, die letztlich den Rettungsdienst vollständig steuern, weil sie ihn ja auch bezahlen. Wer wäre man, wenn man diesen brillanten Ideen widersprechen würde?

Fazit

So eine merkwürdige Empfehlung einer Sachverständigenkommission hat die Welt noch nicht gesehen. Inhaltlich voll von Widersprüchen, nicht ausgehend von einer sauberen Ist-Analyse, nicht ausgehend von bestehenden Zuständigkeiten, sondern offensichtlich – anders als die vierte Stellungnahme der gleichen Kommission – nur darum bemüht, den Rettungsdienst aus der Zuständigkeit der Länder im Bereich der Gefahrenabwehr herauszunehmen und als normales Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit zu etablieren. Aber: Der Rettungsdienst stand immer an der Schnittstelle zwischen Leistung der Gefahrenabwehr und Gesundheitsdienstleistungen. Die Zusammenhänge zwischen der allgemeinen Gefahrenabwehr, insbesondere dem Brand- und Katastrophenschutz, aber auch der Tätigkeit der Polizei, kann man an jeder Unfallstelle eines schweren Verkehrsunfalls sehen. Diesen grundlegenden Zusammenhang

der Wirkbedingung des Rettungsdienstes negiert die Kommission ohne Einbeziehung derjenigen, die jeden Tag die rettungsdienstliche Versorgung sicherstellen, und unterbreitet eine Fülle nicht zielführender Vorschläge, die allesamt auf eine Beseitigung von Spielräumen der Länder und Kommunen, letztlich auf eine einfache Wegnahme der Aufgabe hinauslaufen. Gefahrenabwehr ist Ländersache – damit wird sich nicht auseinandergesetzt. Besonders bedauerlich: Diese unausgegorenen und in das aktuelle System des Verfassungsrechts des Grundgesetzes nicht passenden Vorschläge drohen dringend notwendigen Reformbedarf, den niemand leugnet, zu verunklaren und zu verzögern. Die Regelungen des SGB V zum Rettungsdienst müssen modernisiert werden. Insbesondere muss eine Öffnung des SGB V für eine sektorenübergreifende moderne Versorgung erfolgen, damit erfolgreiche Pilotprojekte wie der Gemeindedenotfallsanitäter und weitere flexible Versorgungsformen regelhaft etabliert werden können. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Nummern 116117 und 112, d. h. zwischen dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst, muss dringend verbessert werden. Dafür muss das SGB V schnell geöffnet und flexibilisiert werden. Mehr Kompetenzen des Bundes sind dafür nicht nötig, sondern beherztes Schaffen der rechtlichen Rahmenbedingungen zur flächendeckenden Einführung der praxiswirksamen modernen Kooperationsformen. Mehr „funktionierende Knöpfe in die Leitstelle“ will jeder, dem das Patientenwohl am Herzen liegt, um hausärztlichen Notdienst, Pflegedienst, Gemeindeschwester, Palliativversorgung, Sozialdienst und weitere flexible Hilfs- und Unterstützungsformen sofort zu demjenigen schicken zu können, der ein Bedürfnis nach Hilfe jenseits der klassischen Notfallrettung hat und im System aktuell verloren zu gehen droht. Dem Bundesgesundheitsminister ist dringend zu raten, im bestehenden Zuständigkeitsgerüst zwischen Bund und Ländern und in der bestehenden Finanzierung für den Rettungsdienst eine solche Reform der Notfallversorgung anzugehen, die vor Ort echte Mehrwerte für den Patienten bietet. Die deutschen Landkreise sind diesbezüglich jederzeit zu Gesprächen über Reformen mit allen, die sektorenübergreifend helfen wollen, bereit, werden aber entschieden Widerstand leisten gegen eine Reform, die in Wirklichkeit auf die Abschaffung des Rettungsdienstes in Deutschland als Landes- und Kommunalaufgabe zielt. ■

Dr. Joachim Schwind, Geschäftsführer
des Niedersächsischen Landkreistages,
Hannover

⁴⁷ 9. Stellungnahme, Empfehlung 15 d Satz 2, S. 15.

⁴⁸ 9. Stellungnahme, Empfehlung 15 g, S. 15.