

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Ausschussdienst und Stenografischer Dienst

# **N i e d e r s c h r i f t**

## **Sozialausschuss**

18. WP - 83. Sitzung

am Donnerstag, dem 12. Januar 2017, 10 Uhr,  
im Sitzungszimmer 122 des Landtags

**Anwesende Abgeordnete**

Peter Eichstädt (SDP)

Vorsitzender

Karsten Jasper (CDU)

Hans Hinrich Neve (CDU)

Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Birte Pauls (SPD)

Dr. Marret Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Dr. Andreas Tietze (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anita Klahn (FDP)

Wolfgang Dudda (PIRATEN)

Flemming Meyer (SSW)

**Weitere Abgeordnete**

Petra Nicolaisen (CDU)

Barbara Ostmeier (CDU)

Bernd Heinemann (SPD)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

| <b>Tagesordnung:</b>  | <b>Seite</b> |
|---|--------------|
| <b>1. Anhörung</b>  | <b>4</b>     |
| <b>Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes</b>   |              |
| Gesetzentwurf der Landesregierung<br><a href="#">Drucksache 18/4586</a>   |              |
| (überwiesen am 23. September 2016 an den <b>Sozialausschuss</b> und den Innen- und<br>Rechtsausschuss)  |              |
| hierzu: <a href="#">Umdrucke 18/6727, 18/6799, 18/6877, 18/6882, 18/6889, 18/6890,</a><br><a href="#">18/6891, 18/6892, 18/6894, 18/6898, 18/6899, 18/6900,</a><br><a href="#">18/6903, 18/6904, 18/6905, 18/6907, 18/6908, 18/6909,</a><br><a href="#">18/6916, 18/6919, 18/6921, 18/6926, 18/6927, 18/6938,</a><br><a href="#">18/6940, 18/6956, 18/7036, 18/7160</a> |              |
| <b>2. Verschiedenes</b>   | <b>25</b>    |

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, eröffnet die Sitzung um 10:00 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

## **Anhörung**

### **Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes**

Gesetzentwurf der Landesregierung

[Drucksache 18/4586](#)

(überwiesen am 23. September 2016 an den **Sozialausschuss** und den Innen- und Rechtsausschuss)

hierzu: [Umdrucke 18/6727, 18/6799, 18/6877, 18/6882, 18/6889, 18/6890, 18/6891, 18/6892, 18/6894, 18/6898, 18/6899, 18/6900, 18/6903, 18/6904, 18/6905, 18/6907, 18/6908, 18/6909, 18/6916, 18/6919, 18/6921, 18/6926, 18/6927, 18/6938, 18/6940, 18/6956, 18/7036, 18/7160](#)

### **Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände**

Dr. Sönke Schulz, Landkreistag Schleswig-Holstein

Nina Schmeck, Kreis Nordfriesland und AG Rettungsdienst

Thomas Hinz, Landeshauptstadt Kiel

[Umdruck 18/6926](#)

Für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände führt Dr. Sönke Schulz in die Stellungnahme [Umdruck 18/6926](#) ein, wobei er insbesondere als Beispiel auf die Einvernehmensregelung des § 6 Absatz 4 eingeht. Der Ausgang vieler Schiedsstellenverfahren zugunsten der Rettungsdienstträger belege die Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, so dass es des Korrektivs des Einvernehmens aus Sicht der Landesverbände nicht bedürfe. Diese lehnten daher den Eingriff in die Verantwortung des Aufgabenträgers als nicht erforderlich ab. Das Schiedsstellenverfahren ziehe darüber hinaus zeitliche Verzögerungen und erhebliche Mehrarbeit beim Rettungsdienst nach sich. Aus den gemachten Erfahrungen gehe ferner hervor, dass die Kostenträger kein Interesse an der gemeinsamen Aufgabengestaltung zeigten. Auch Kompetenzüberschreitungen, etwa die Festlegung von Einsatzgebieten von Rettungswachen über Kreis- und Stadtgrenzen hinaus, könne die Arbeitsgemeinschaft nicht akzeptie-

ren. Die Finanzverantwortung für Notfallsanitäter weise das Rettungsdienstgesetz eindeutig den Kostenträgern zu, jedoch werde diese in Schleswig-Holstein seitens der Träger bestritten. Daher rege er an, den Kostenträgern nicht mehr, sondern deutlich weniger Einvernehmensrechte einzuräumen.

Die Arbeitsgemeinschaft habe den Eindruck gewonnen, dass die Kostenträger die Herstellung des Einvernehmens bewusst einsetzen, um etwa Investitionen zu verzögern. Das führe dazu, dass Leistungen und Ausstattung des Rettungsdienstes durch sachfremde Erwägungen beeinflusst würden. Die so ausgeübte Einflussnahme halte die Arbeitsgemeinschaft für nicht gerechtfertigt.

Sodann erläutert er die Kritik der Arbeitsgemeinschaft an § 7 Absatz 2 zur Vereinbarung über Benutzungsentgelte. Ferner weise er auf eine Vielzahl von nicht operationalisierbaren Formulierungen im Gesetzentwurf hin, etwa „tragbare Kosten“ oder „schiedsfähige Form“. Seine Organisation begrüße, dass in § 7 des Gesetzentwurfs für das Verhandlungsverfahren klare Zeitvorgaben gemacht würden.

Die Einvernehmensregelungen sollten, wie im Gesetzentwurf aus dem Jahr 2014 vorgesehen, gestrichen werden, da Verantwortung nicht teilbar sei. Wer Verantwortung trage und letztlich hafte, solle Entscheidungen selbst treffen können. Darüber hinaus sei der Aufgabenträger demokratisch legitimiert, nicht aber der Kostenträger. Daher befremde ihn, Dr. Schulz, aufgrund demokratiethoretischer Überlegungen das Vorgehen, einerseits eine Aufgabe zuzuweisen und andererseits Einvernehmensregelungen zu treffen.

Vorsitzende Nina Schmeck ergänzt einige Aspekte aus der praktischen Arbeit der Arbeitsgemeinschaft der Träger des Rettungsdienstes. Die Träger des Rettungsdienstes hätten sich immer wieder bemüht, zusammen mit den Krankenkassen Themen weiterzuentwickeln, jedoch habe sich die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen als extrem schwierig erwiesen. Insofern pflichte sie Dr. Schulz bei. Etwa habe die Entwicklung von Flächenrichtwerten der Rettungswachen mehr als vier Jahre gedauert, eine etwa zweijährige Verhandlungspause eingeschlossen, da die Krankenkassen zu verstehen gegeben hätten, auf dieser Grundlage nicht beraten zu wollen. Um welche Grundlage es sich damals gehandelt habe, wisse sie bis heute nicht.

Die Träger des Rettungsdienstes wollten mit den Krankenkassen auf Augenhöhe verhandeln, weshalb diese auch in alle Arbeitsgruppen eingeladen würden. Verhandlungsfreiheit auf Au-

genhöhe sehe sie nicht gegeben, wenn nur einvernehmlich entschieden werden könne, sodass Kostenträger einseitig verweigern könnten.

Dienststellenleiter Thomas Hinz, Berufsfeuerwehr Kiel, ergänzt, viele Kolleginnen und Kollegen zeigten ihren Unmut über eine mangelhafte Ausstattung und darüber, dass einige medizinische Standards in Schleswig-Holstein nicht umgesetzt würden, weil das Einvernehmen nicht hergestellt werden könne. Die Beschaffung aus kommunalen Haushaltsmitteln stelle sich indes in Lübeck und Kiel aufgrund der angespannten Haushaltssituation immer schwieriger dar. Bei Planung und Bau von Leitstellen oder Rettungswachen oder der Beschaffung etwa eines Babynotarztwagens gebe es Differenzen mit den Krankenkassen.

In Lübeck werde in etwa 100 Fällen pro Jahr ein Babynotarztwagen dringend benötigt. Nach jetzigem wissenschaftlichem Kenntnisstand könnten Erschütterungen für ein Neugeborenes tödliche Auswirkungen haben. Ziel müsse es sein, die Kinder gesund ins Krankenhaus zu bringen, wozu ausweislich von wissenschaftlichen Studien ein Inkubator quer zur Fahrtrichtung in Spezialfahrzeuge eingebaut werden müsse. Das Fahrgestell koste lediglich 120.000 € und könne auf zehn Jahr abgeschrieben werden. Lübeck verhandle seit Ende des Jahres 2014 mit den Kassen über die Ersatzbeschaffung eines Notarztwagens. 2015 habe es vorab eine Teilzustimmung zur Anschaffung des Inkubators mit dem Hinweis des Sachbearbeiters, eines medizinischen Fachangestellten, gegeben, man könne den Inkubator in jeden Rettungswagen schieben. Die anderslautenden fachärztlichen Gutachten hätten keine Berücksichtigung gefunden. Nach Verhandlungen habe es einen Aufruf zu einer Schiedsstellenvereinbarung gegeben. Dort seien die Gutachten ausgetauscht worden, und dort habe ein Kollege erfahren, dass die Landeshauptstadt Kiel aufgrund anderer Argumente bereits seit vier Jahren über ein von den Krankenkassen genehmigtes Fahrzeug dieser Bauart verfüge. Obwohl am 8. Juli 2016 das Einvernehmen bei der Schiedsstelle im Lübecker Fall erzielt worden sei, warte man in Lübeck noch immer auf das Fahrzeug.

Daher spreche er sich ebenfalls dafür aus, die Einvernehmensregelungen zugunsten alternativer Finanzierungen in §§ 6 und 7 Rettungsdienstgesetz zu streichen. Die vorliegende Regelung hielten die Träger des Rettungsdienstes für vollständig unbrauchbar und für an der Praxis vorbeigehend, da sie zu mangelhaften Ausstattungen im Rettungsdienst führe.

**ver.di Landesbezirk Nord**

Sabine Daß

Norbert Wunder

[Umdruck 18/6927](#)

Für ver.di führt Sabine Daß kurz in die Stellungnahme [Umdruck 18/6927](#) ein. Die drei Hauptkritikpunkte der Fachkommission „Verankerung der Hilfsfrist“, „Wegfall der Landesarbeitsgemeinschaft“ und „Besetzung der Rettungsmittel“ werde ihr Kollege im Folgenden erläutern.

Herr Wunder schließt sich den Ausführungen von Herrn Hinz zu den Auswirkungen auf die im Einsatzdienst tätigen Kolleginnen und Kollegen an. Sodann kritisiert er, Wunder, dass nur neue Rettungswagen in Schleswig-Holstein mit einem elektrohydraulischen Tragesystem ausgerüstet würden, nicht jedoch teilweise erneuerte Fahrzeuge. Das führe zu erheblichen Mehrbelastungen insbesondere mit Blick auf das zunehmende Gewicht von Patientinnen und Patienten, die bei flächendeckendem Einsatz der Hilfseinrichtungen vermieden werden könnten. Dies betone er nicht zuletzt mit Blick auf die Kolleginnen im Einsatz.

Sodann erläutert er mit Blick auf § 15 Absatz 2 die Besetzung mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern sowie die Forderung nach ausreichender Refinanzierung der entsprechenden Ausbildungen. Ferner geht er auf die Probleme einer Besetzung der Rettungsmittel mit Notfall- und Rettungssanitätern insbesondere unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungszeiten ein. Des Weiteren erläutert er Aspekte der Aufnahme der Hilfsfrist von 12 Minuten ins Gesetz, des Wegfalls der Landesarbeitsgemeinschaft und der Erhöhung des Fortbildungspensums für Kolleginnen und Kollegen aufgrund der Vielzahl der Einsatzsituationen von der Wiege bis zur Bahre einschließlich des Fahrtrainings bei schwierigen Wettersituationen. Schließlich umreißt er die Ausführungen der Stellungnahme zu den Kosten, § 1 Absatz 1.

**Verband der Ersatzkassen in Schleswig-Holstein**

Sebastian Ziemann, Referatsleiter ambulante Versorgung

[Umdruck 18/6907](#)

Referatsleiter Ziemann legt für den Verband der Ersatzkassen, Landesverband Schleswig-Holstein dar, er sehe die Krankenkassen nicht auf der Anklagebank, weswegen er nicht auf die genannten Einzelheiten eingehen werde.

Sodann führt er in die Stellungnahme seines Verbandes [Umdruck 18/6907](#) anhand seines Manuskripts [Umdruck 18/7215](#) ein und erläutert schwerpunktmäßig Aspekte der Kostenübernahme vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage. Auch wenn die Investitionskosten nicht unmittelbar in die Kosten der eigentlichen Rettungsdienstleistung einfließen, hätten die Krankenkassen diese bislang immer als grundsätzlich entgeltfähige Kosten gelten lassen.

Wegen einer gerichtlichen Auseinandersetzung um die Kosten der Ausbildung von Rettungsdienstpersonal wolle er auf diese Frage nur cursorisch eingehen und darauf hinweisen, dass es sich bei der Ausbildung um Rettungsdienstpersonal und die Durchführung des Rettungsdienstes um funktional völlig unterschiedliche Dinge handele. Darüber hinaus könnten ausgebildete Kräfte nach ihrer Ausbildung auch außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, wobei man sich fragen müsse, ob es sich dann um Kosten des Rettungsdienstes handele und ob die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden könnten, diese Kosten zu übernehmen.

Mit Blick auf die Kostenregelungen in § 6 Absatz 6 frage er sich, wann das Land Schleswig-Holstein zuletzt solche Zuwendungen gewährt habe. Er habe gehört, das sei in den 1990er-Jahren der Fall gewesen. Eine echte Partnerschaft mit den Krankenkassen setze voraus, dass das Land die Weiterentwicklung des Rettungsdienstwesens als eigene Aufgabe - auch im fiskalischen Sinne - verstehe.

Zur Frage des Einvernehmens weise er auf den gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen nach SGB V unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots hin. Bei der Umsetzung ergäben sich mitunter Interessenskonflikte zwischen Krankenkassen, Trägern sowie Land und Kommunen. Im Entwurf des Rettungsdienstgesetzes habe das Land die Grundsätze von Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit festgeschrieben, wobei einzig die Krankenkassen dies kontrollieren könnten. Daher könnten sie in Entgeltverhandlungen auf ihre Bedenken hinweisen und gegebenenfalls die Schiedsstelle einschalten.

Für besondere Bereiche, etwa Neu- und Erweiterungsinvestitionen, habe es sich aus Sicht seines Verbandes bewährt, die Anschaffung vom vorherigen Vorliegen des Einvernehmens der Kostenträger abhängig zu machen. Das erachte der Verband für sinnvoll und für unbedingt beizubehalten. Da die Schiedsstelle jederzeit angerufen werden könne und innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden müsse, entstehe insoweit bei sachgerechter Vorgehensweise der Rettungsdienstträger keine wesentliche Verzögerung. Auch bei nicht unmittelbaren Anschaffungen, sondern bei anderen Entscheidungen zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung halte der Verband es für sachgerecht, denjenigen ein angemessenes Mit-



wirkungsrecht einzuräumen, die maßgeblichen Anteil an der Aufrechterhaltung eines funktionierenden Rettungsdienstwesens hätten, weil sie die Kosten tragen müssten.

Dem Einwand der Rettungsdienstträger, Krankenkassen könnten notfallmedizinische Angelegenheiten nicht beurteilen, widerspreche er mit dem Hinweis auf den nach Gesetz unabhängigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Schließlich erläutert er die Anmerkungen zu § 7 Absatz 3 und 4 zu Entgelten nach Fristablauf. Durch die Einführung einer Frist für den Abschluss der Entgeltverhandlungen, nach deren Ablauf die vom Rettungsdienstträger geforderten Entgelte als vereinbart gelten sollten, nehme der Gesetzgeber unwirtschaftliche Entgelte in Kauf, verstoße gegen die Grundsätze des Rettungsdienstgesetzes und zwingt die Krankenkassen, gegen die bundesrechtlichen Vorgaben des SGB V zu verstoßen. Auch Verzögerungsgründe der Rettungsdienstträger sollten nach dem Gesetzentwurf zulasten der Krankenkassen gehen. Dies stelle eine unverhältnismäßige Benachteiligung der Krankenkassen dar, die nicht durch die Möglichkeit geheilt werden könne, vor Fristablauf die Schiedsstelle anzurufen. Auch bei vorzeitiger Anrufung müssten die Verhandlungen trotz Fristablaufs beendet werden, was zu bürokratischem Aufwand führe.

\* \* \*

Herr Ziemann antwortet der Abg. Dr. Bohn auf ihre Frage zur Positionierung seines Verbandes in Sachen Babynotarztwagen in Lübeck, er selbst stehe diesem positiv gegenüber, jedoch habe sich sein Verband in seiner Stellungnahme überhaupt nicht dazu geäußert. In einem Schiedsstellenverfahren seien hierzu Argumente ausgetauscht und Stellungnahmen der Kostenträger sowie vom UKSH vorgelegt worden, denen zufolge der Nachweis der Wirksamkeit nicht habe erbracht werden können. Er könne nicht verstehen, dass seinem Verband nun dessen Argumentation in diesem Verfahren vorgehalten werde, zumal dieses Verfahren mit der Stellungnahme nichts zu tun habe.

Der Abg. Dr. Tietze zeigt sich überrascht und wütend von der Stellungnahme des VdEK, der seiner Meinung nach eher Teil des Problems als Teil der Lösung darstelle. Er wolle wissen, warum der Verband die Anschaffung des Babynotarztwagens verzögere. Weiterhin ziehe aus seiner, Tietzes, Sicht das Argument nicht, dass ausgebildete Kräfte das Rettungswesen verlassen könnten, denn das gelte für Berufe in anderen Branchen ebenfalls. Herr Ziemann erläutert, die genannten vier Beispiele sollten veranschaulichen, dass es sich um Kosten für die Allgemeinheit gehandelt habe, für die das Land zuständig sei. Auch diese Frage befinde sich gerade in gerichtlicher Klärung. Die Krankenkassen zögen ihre Kostenträgerschaft nach dem Sozial-

gesetzbesuch V nicht in Zweifel und kämen dieser selbstverständlich nach. Sie seien jedoch an Bundesrecht gebunden. Kompetenzausweitungen durch Bundesländer dürfe es nicht geben. Die Krankenkassen hätten sich stets kompromissbereit bei den Ausbildungskosten gezeigt, jedoch habe bislang keine Seite Vorschläge für einen vernünftigen Kompromiss vorgelegt. Er verweise im Übrigen auf erfolgte Einigungen zu den Ausbildungskosten in anderen Bundesländern. Das Anliegen seines Verbandes sei, eine Grenze einzuziehen. Den gesetzlich vorgesehenen Einsatz von Notfallsanitätern im Rettungsdienst akzeptiere sein Verband selbstverständlich. Die Kosten für die benötigten Notfallsanitäter im operativen Rettungsdienst würden von Krankenkassen übernommen. Ihre Ausbildung stelle etwas völlig anderes als die Durchführung des Rettungsdienstes dar.

Abg. Dr. Bohn erläutert, in mündlichen Anhörungen würden Fragen zu Aspekten aus den Stellungnahmen und auch darüber hinaus gestellt. Sie bekräftigt, die Position des Verbandes zum Babynotarztwagen in Lübeck erfahren zu wollen. Weiterhin begehre sei eine Bewertung des VdEK, da die Neugeborenen in Lübeck nicht nach medizinischen Standards behandelt würden. Des Weiteren wolle sie wissen, wie der Verband der Bevölkerung erkläre, dass das zwar in Kiel möglich sei, in Lübeck aber nicht.

Herr Ziemann wirft die Frage auf, was denn überhaupt „der medizinische Standard“ sei. Ausweislich eines Schreibens vom UKSH vom 20. Juni 2016 werde man einen wissenschaftlichen Nachweis der Überlegenheit besonderer Baby-NAWs mit spezieller Dämpfung und Quereinbau im physikalisch gesehen ruhigsten Teil des Fahrzeugs im strikten Sinn nicht führen können. Er wolle nicht sagen, dass die Krankenkassen dagegen seien, jedoch richteten sie sich am medizinischen Standard aus. Auch der Medizinische Dienst habe nach jetzigem Stand der Erkenntnis keine Überlegenheit dieses Modells feststellen können. Die Kassen hätten sich im Schiedsstellenverfahren überzeugen lassen.

Sodann legt Herr Ziemann der Abg. Klahn auf ihre Frage der Berücksichtigung des Eckpunktepapiers von 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik dar, das Eckpunkt Papier stelle für die Krankenkassen mehr als eine Leitlinie, nämlich eine für die Krankenkassen verbindliche Vereinbarung mit den Rettungsdienststrägern dar.

Herr Hinz erläutert der Abg. Klahn nach ihrer Frage zu den unterschiedlichen Hilfsfristen im Eckpunkt Papier von acht Minuten und im Gesetzentwurf von zwölf Minuten bis zum Eintreffen des Rettungswagens in Schleswig-Holstein, dass diese auch in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände thematisiert worden sei. Außerdem

könne er sich vorstellen, dass Herr Dr. Knacke dies in seiner mündlichen Stellungnahme ansprechen werde. Derzeit werde mit den Notärzten und der Schule überlegt, wie Hilfsfristen und therapiefreie Intervalle verkürzt und das Überleben in Kiel, Schleswig-Holstein und Deutschland verbessert werden könne. Je schneller man vor Ort interveniere - durch Ersthelfer, durch professionelle Helfer und im Klinikum -, desto besser fielen die Chancen für das Überleben aus. Eine Verkürzung der Hilfsfrist ziehe Kosten für zu installierende Systeme nach sich, deren Finanzierung jedoch fraglich sei.

Herr Dr. Schulz antwortet dem Abgeordneten Dudda, der durch den Einigungszwang hervorgerufene Verwaltungsaufwand könne nicht beziffert werden. Man liege bei Anschaffungen medizinischer Geräte recht schnell über der festgelegten Grenze von 1.000 € Selbst wenn das Einvernehmen schnell und unbürokratisch erteilt werde, resultierten aus den sich daran anschließenden Prozessen Verwaltungsaufwand und in der Regel Zeitverzögerungen. Für ihn stelle das Schiedsstellenverfahren lediglich eine Auffanglösung dar, um die Funktionsfähigkeit des Systems zu gewährleisten. Das Einvernehmen sei für ihn eine Einschränkung von Entscheidungsgewalt. Er rechne zukünftig mit mehr Verfahren verbunden mit erheblichem Aufwand für alle Beteiligten. Die dafür eingesetzten Ressourcen fehlten für die eigentliche Rettungsdienstarbeit.

Dem Abg. Heinemann pflichtet Herr Dr. Schulz bei, natürlich sei der fachliche Austausch mit den Kostenträgern wichtig. Einerseits werde vonseiten der Kassen der Einwand seines Verbandes zurückgewiesen, den Rettungsdienstträgern fehlten Ansprechpartner bei den Krankenkassen auch für fachmedizinische Entscheidungen, andererseits wiesen diese auf die Aufgabe der Krankenkasse hin, für den Transport zu sorgen. Dies belege aus seiner Sicht den Wunsch seines Verbandes nach anderen Ansprechpartnern. Der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände bereite das Einvernehmen Sorge, da auch in anderen Bereichen externen Akteuren keine Einvernehmens- oder Zustimmungsregeln zugewiesen würden.

Auch die in der Arbeitsgemeinschaft vertretenen Verbände seien gesetzlich verpflichtet, wirtschaftlich zu handeln, weshalb ihn der Vorwurf der Krankenkasse erstaune, das sei in der Realität flächendeckend nicht der Fall. Auch verwehre er sich gegen die Einschätzung, allein die Kassen könnten die wirtschaftliche Mittelverwendung kontrollieren. Vielmehr würden auch in diesen Bereichen zahlreiche Kontrollen von anderer Seite durchgeführt.

Frau Schmeck erläutert dem Abg. Heinemann die Möglichkeiten, mit den Krankenkassen ins Gespräch zu kommen und einen Konsens zu erzielen, indem sie auf zwei unterschiedliche Ebenen hinweise. Einerseits würden mit den Krankenkassen individuelle Vereinbarungen

über Entgelte im direkten Gespräch getroffen. Darüber hinaus trete sie auch ohne gesetzlichen Auftrag bei vielen Gelegenheiten mit den Krankenkassen in Gespräche ein, etwa erfolge die Einladung der Krankenkasse in Sitzungen von Arbeitsgruppen. Das führe häufig, jedoch leider nicht immer zu guten Lösungen.

Sie widerspreche der Einschätzung von Herrn Ziemann, niemand habe einen guten Kompromissvorschlag vorgelegt. Nach zahlreichen Gesprächsrunden hätten die Vertreter der Kommunen detaillierte Berechnungen und Vorschläge zu der von Herrn Ziemann gewünschten Obergrenze vorgelegt. Aus Sicht der Krankenkassen sei dies nicht verhandlungsfähig gewesen. Nun heiße es von Herrn Ziemann, gar nichts sei vorgelegt worden. Dieses Vorgehen halte sie für schwierig. Auch hierdurch entstehe Aufwand, zwar nicht bei jedem Träger, jedoch spätestens übergreifend bei den Einigungsversuchen auf Landesebene.

Dem Abg. Dudda antwortet Frau Schmeck, die Behandlungskapazitäten von geschlossenen Krankenhäusern verlagerten sich auf andere Aktivitäten. Häufig komme es zu einer Verlängerung von Wegen, die wiederum zu längeren Bindungszeiten von Rettungsmitteln und zur Verlagerung von Patienten auf die Straße führe. Hierbei spielten private Leistungserbringer eine wichtige Rolle, die etwa durch Krankentransporte den Rettungsdienst entlasten könnten.

Herr Hinz erläutert der Abg. Pauls zu den Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst, im Wesentlichen gehe es um die Qualität und die Finanzierung. Zunehmend gebe es Angriffe auf Rettungsdienstpersonal, die Antworten auf die Fragen der Mitarbeitenden erforderten, etwa Deeskalationstrainings oder Sporteinheiten. Er spreche sich gegen das Einvernehmen aus, da sich auch in solchen Fällen Aufgabenwahrnehmung und Verantwortung nicht trennen ließen. Auch bei gutachterlichen Stellungnahmen könne nur schwierig Einvernehmen erzielt werden. Vor fünf Jahren habe es in Kiel etwa 36.000 Einsätze gegeben, in diesem Jahr werde die Marke von 60.000 Einsätzen geknackt, was sich in der Leitstelle, auf der Straße und bei den Dienstplänen auswirke. In Kiel seien 24-Stunden-Fahrzeuge nicht selten mit 16 bis 18 Einsätzen belegt. Diese könnten mit Blick auf Fürsorgepflicht und Arbeitszeitrecht nicht mit Berufsfeuerwehrbeamten belegt werden.

Die sogenannte rückwärtsgerichtete Ampel sei mit den Krankenkassen vereinbart worden. Dabei werde aufgrund der Fallzahlen der Vergangenheit die Auslastung der Fahrzeuge ermittelt. Wenn Fahrzeug fehlten, könne nach Abstimmung mit den Krankenkassen Gutachter beauftragt werden, wobei die Auswahl der Gutachter und die Akzeptanz der gutachterlichen Ergebnisse von den Krankenkassen vorgenommen werde. Der Gutachter, in Schleswig-Holstein FORPLAN, begutachte das Rettungsdienstgeschehen ex post. Das Ergebnis berück-

sichtige nur vergangene Sachverhalte und lasse etwa die Steigerungszahlen außer Acht, was sich als dauerndes Fehlen von Fahrzeugen auswirke. Dies führe zu einer höheren Arbeitsverdichtung der Mitarbeitenden. Der Gutachter analysiere die Dienstpläne mathematisch optimiert. Dies lasse jedoch unterschiedliche Beschäftigungsformen wie Beamtinnen und -beamte im Berufsfeuerwehrdienst und Tarifbeschäftigte im Rettungsdienst außer Acht. Letztere dürften in ihrer Mittagspause keine Krankenbeförderung durchführen, während sie für Notfälle jederzeit alarmierbar seien. Die Beamtinnen und Beamten dürften in ihrer Mittagspause sowohl Krankenbeförderung als auch Notfalleinsätze durchführen. Die Leitstelle solle nach Ansicht von FORPLAN diese Einsätze in der Mittagspause ausschließlich den Beamtinnen und Beamten zuweisen. Das könne den Mitarbeitern schwerlich zugemutet werden, außerdem stelle sich die Frage der praktischen Umsetzung. Die gutachterliche Analyse habe eine wirtschaftliche Optimierung zum Ziel und vernachlässige Mitarbeiterschutz und Patientenwohl.

Herr Wunder ergänzt, er könne der Abg. Pauls keine aktuellen Prozentzahlen der Krankenstände nennen. Eine 39-Stunde-Woche im Rettungsdienst in Schleswig-Holstein gebe es kaum, vielmehr arbeiteten viele Kolleginnen und Kollegen 48 Stunden für ihr Grundgehalt. Aufgrund des hohen Einsatzaufkommens könnten kaum Pausen gewährt werden, was eine hohe Belastung darstelle sowie bei allen Kolleginnen und Kollegen für sehr viel Ärger Sorge. Verschärfend komme hinzu, dass nicht genügend Rettungsmittel zur Verfügung stünden. Pro Jahr wachse die Einsatzzahl um etwa 10 % auf, was auch mit der Schließung und der zunehmenden Spezialisierung von Krankenhäusern und den daraus resultierenden Verlegungsfahren zusammenhänge. Auch habe sich das Anspruchsdenken der Bevölkerung verändert. Hinzu komme, dass sich die Struktur ärztlicher Versorgung gewandelt habe. Gleichzeitig würden Krankentransportfahrzeuge in Dienst gestellt, sodass dieser Bereich vom Rettungsdienst abgetrennt werde.

Er spreche sich dagegen aus, den Krankentransport an private Anbieter abzugeben, da einerseits die Daseinsvorsorge gewährleistet werden müsse. Andererseits stellten diese Fahrzeuge eine Reserve bei größeren Unfallereignissen dar. Das vorhandene Personal könne viele Lagen abbilden, und ihr Einsatz könne über verschiedene Fahrzeuge rotieren, was zur Entlastung beitrage. Es komme jedoch zu hohem Arbeitsanfall und zu geringen Pausenzeiten sowie zu psychischen Belastungen. Stark belastende Einsätze könnten nachbesprochen werden.

Den in der schriftlichen Stellungnahme geforderten 54 Stunden bei Fortbildungen liege kein bestimmtes Curriculum zugrunde, so Herr Wunder auf die Nachfrage des Abg. Dudda. Diese gründeten vielmehr auf dem gesammelten Erfahrungswissen der Kolleginnen und Kollegen, die mannigfaltigen Anforderungen und Regelungen zu thematisieren. Durch das Notfallsani-

tätergesetz würden der Besatzung der Fahrzeuge auch heilkundliche Maßnahmen zugewiesen. Diese seien regelmäßig abzu prüfen und kontrollieren. Auch dafür benötige man Zeit bei den Fortbildungen. Simulationstrainings würden etwa einmal pro Jahr durchgeführt. Sie erwiesen sich als sehr effektiv und fänden hohe Akzeptanz. Daher sollten sie ausgedehnt werden, wofür man ebenfalls Zeit benötige.

Herr Ziemann erklärt auf die Frage Abg. Heinemanns nach Bundesländern, in denen Krankenkassen durch Landesleistungen stärker als in Schleswig-Holstein entlastet würden, ihm seien keine bekannt. Es gebe jedoch Vereinbarungen mit dem Land über Obergrenzen. Abg. Heinemann bittet um Zusendung von Informationen, falls Herrn Ziemann hierzu im Nachgang zur Sitzung noch etwas einfalle.

Weiterhin räumt Herr Ziemann auf die Ausführungen von Frau Schmeck zu den Vorschlägen ein, die Krankenkassen hätten mit einzelnen Kreisen Vereinbarungen unter Vorbehalt des Ausgangs des gerichtlichen Verfahrens getroffen, ohne die Schiedsstelle anzurufen. Die von den Krankenkassen erwünschte überregionale Lösung mit Geltung für alle Kreise sei indes nicht zustande gekommen. Herr Dr. Schulz merkt an, Vereinbarungen mit drei Kreisen vorbehaltlich des Ausgangs des Gerichtsverfahrens verdienten aus seiner Sicht nicht, „Einigung“ genannt zu werden.

Herr Ziemann legt dem Abg. Jasper dar, die Äußerungen zur Kostenträgerschaft fußen auf der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, der zufolge nicht steuerliche Belastungen der Bürgerinnen und Bürger durch Abgaben einer gesonderten Rechtfertigung bedürften. Das Leistungs-Gegenleistungs-Verhältnis beim Rettungsdienst müsse vorhanden und die geltend gemachten Kosten auf diese Leistung bezogen sein. Insofern müsse man mit Blick auf die Individualisierbarkeit Kosten, die in erster Linie der Allgemeinheit dienen, von Kosten abgrenzen, die im Individualinteresse lägen. Dies müsse man bei den Ausbildungskosten der Notfallsanitäter genau analysieren.

Zur Frage nach dem Qualitätsmanagement habe sich sein Verband nicht geäußert. Dieser sehe den Ort seiner Ansiedlung leidenschaftslos, jedoch gebe er zu bedenken, dass bislang die Frage der entsprechenden Kostenträgerschaft für das Qualitätsmanagement nicht geklärt sei.

Die Beteiligung privater Anbieter stelle in ihrer jetzigen Form für die Krankenkassen lediglich ein Add-on-Modell dar. Der öffentliche Träger des Rettungsdienstes müsse die Mittel für den Rettungsdienst vorhalten. Durch die Einbeziehung privater Anbieter verringerten sich die Kosten für den öffentlichen Rettungsdienststräger nicht. Diese Lösung verursache Mehrkosten

bei den Trägern. Diese befürworteten Modelle mit Wettbewerbselement, da der Rettungsdienst nicht komplett vom Wettbewerbsgedanken ausgeschlossen werden sollte.

Herr Dr. Schulz ergänzt, nach dem Verständnis seiner Organisation seien private Anbieter nicht ausgeschlossen. Sie könnten weiterhin damit beauftragt werden, den Rettungsdienst durchzuführen. Herr Hinz merkt an, er sei am 23. Dezember 2016 von einem großen privaten Anbieter über dessen Absichten informiert worden, die Krankentransporte aufgrund des für ihn zu geringen Entgelts zum 15. Januar 2017 einzustellen. Die öffentlichen Träger hätten 270 Einsätze auffangen müssen, was nach ihrer Rechnung vier zusätzliche Fahrzeuge bedeute. Eine ähnliche Situation habe es 2012 gegeben, als ein Unternehmen die Intrahospitaltransporte kurzfristig nicht mehr durchgeführt habe.

Die öffentlichen Träger sähen das Vorgehen der Privaten als Rosinenpickerei: Wirtschaftliche Leistungen würde erbracht, unwirtschaftliche auf die öffentliche Hand abgeschoben.

Frau Schmeck unterstreicht in ihrer Antwort auf die Frage des Abg. Dudda die bedeutende Rolle des Einsatzes von Rettungshubschraubern im Kreis Nordfriesland für die Inseln und Halligen. Veränderungen bei der Luftrettung führten zu Änderungen beim zukünftigen Funktionieren der Rettungsketten. Daher müsse sich das Land nicht nur mit den Kostenträgern abstimmen, sondern auch Auswirkungen auf den bodengebundenen Rettungsdienst berücksichtigen. Etwa müssten bei Standortverlagerungen Abstimmungen nach dem Belegenheitsprinzip erfolgen. Zentrale Dispositionen könnten bei Rettungshubschraubern insbesondere für den Bereich der nicht sehr zeitkritischen Sekundärtransporte sinnvoll sein. Die primäre Notfallrettung solle aus ihrer Sicht jedoch am Standort des jeweiligen Hubschraubers erfolgen, da dort die Situation besser eingeschätzt werden könne.

### **Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V. (AGNN)**

Dr. Peer Knacke, Vorstandsmitglied

[Umdruck 18/6904](#)

Für die AGNN führt Dr. Knacke in die Stellungnahme [Umdruck 19/6904](#) ein, indem er zunächst betont, die Notärzte erwarteten kompetentes Personal auf der Straße. Sodann referiert er die Forderungen in der Stellungnahme zur Qualifikation der Rettungsanitäter, zur Änderung von § 11 Absatz 2 Satz 3 Gesetzentwurf, zum Baby-NAW, zu Infektionstransporten, zur Disposition von Luftrettungseinsätzen und Intensivtransporte, zum Umgang mit Großscha-

densereignissen, zu Bezeichnung „Verlegungsarzt“ und „Intensivtransporthubschrauber“ sowie zur Definition des Gremiums Landesarbeitsgemeinschaft.

Das Vorgehen der Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Trägern der Rettungsdienste, zunächst nach gesetzlichen Regelungen zu fragen, dann Leitlinien heranzuziehen, um letztlich Gutachter zu beauftragen, trage aus seiner Sicht nicht zur Qualitätssteigerung bei, sondern stelle vielmehr ein Bremsen dar. Daher spreche er sich für eine Aufnahme von Baby-RTW in den Gesetzentwurf aus.

### **Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein**

Stefan Krause, Koordinator Rettungsdienst

[Umdruck 18/7160](#)

Der Koordinator Rettungsdienst, Stefan Krause, stellt schwerpunktmäßig die Stellungnahme des DRK Landesverbandes Schleswig-Holstein [Umdruck 18/7160](#) unter besonderer Berücksichtigung der besseren Umsetzung von Bereichsausnahmen und der Konkretisierung der Hilfsfrist vor, die in der Regel zehn Minuten betragen solle.

### **Arbeiter-Samariter-Bund**

Hanjo Merkle, Landesfachreferent

[Umdruck 18/6919](#)

Für den ASB führt Landesfachreferent Hanjo Merkle in die Stellungnahme [Umdruck 18/6919](#) ein. Dabei erwähnt er die Bereichsausnahme, die Finanzierung von Notfallsanitätern und ihrer Ausbildung und den Wegfall der Landesarbeitsgemeinschaft Rettungsdienst in Schleswig-Holstein, die Reduzierung der Einsatzzahl bei der Ausbildung von Rettungssanitätern und die Erste Hilfe. Bei all diesen Themen sehe sein Verband Nachbesserungsbedarf.

\* \* \*

Herr Dr. Knacke antwortet dem Abg. Dudda, die Ausbildungszeit von Notfallsanitätern stelle einen Engpass dar. Rettungsassistenten gebe es nicht mehr, also könne man diese nicht nachschulen. Mit den Rettungssanitätern würden gut ausgebildete Kräfte mitunter mit den weniger gut ausgebildeten Notfallsanitätern zusammenarbeiten. Daher bedürfe es eines gewissen Anlernens.



Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst würden mit 25 % von den Krankenkassen über die Kliniken refinanziert. Er selbst arbeite zu 75 % an einer Klinik und bekomme sein Gehalt zu 100 % von ihr. Die Unabhängigkeit werde dadurch sichergestellt, dass die Ärztlichen Leiter für ihre Träger arbeiteten.

Herr Merkel erläutert der Abg. Klahn, sein Verband sehe bei der Privatbeauftragung im Rettungsdienst das Risiko, dass bei Ausfällen die öffentliche Hand sehr schnell eingreifen müsse. Dieses Ausfallrisiko existiere bei öffentlicher Trägerschaft nicht.

Herr Dr. Knacke hält die gesetzlichen Regelungen zur regelmäßigen Fortbildung für ausreichend, auch mit Blick auf die Geburtshilfe. Eine von der Abg. Klahn angeregte explizite Nennung bestimmter Fachrichtungen im Gesetz sprengte seiner Ansicht nach den gesetzlichen Rahmen. Er arbeite mit Rückmeldebögen zur Versorgung durch das Rettungsdienstpersonal, die bis jetzt keinen besonderen Schulungsbedarf im Bereich Geburtshilfe erkennen ließen. Die bisherigen allgemeinen Schulungen deckten im Übrigen alle Notfälle ab.

### **KBA - Verein für Krankentransporte, Behinderten- und Altenhilfe e. V.**

Ingo Lender, 1. Vorsitzender

[Umdruck 18/6900](#)

Für den Verein KBA erläutert der 1. Vorsitzende Lender die Kernpunkte der Stellungnahme [Umdruck 18/6900](#), indem er zunächst erläutert, dass die „privaten Dritten“ im Rettungsdienst im Wesentlichen eingetragene Vereine oder gemeinnützige GmbHs darstellten. Im Übrigen habe noch nie in Schleswig-Holstein ein privater Anbieter eine öffentliche rettungsdienstliche Beauftragung abgegeben.

Wettbewerb führe zu Innovation. Hilfsorganisationen und private Dritte trügen etwa durch Akademien für Notfallmedizin dazu bei, den Fachkräftemangel im Rettungswesen zu verringern. Sein Verein stelle auch ehrenamtliche Kräfte etwa bei Großschadenslagen oder eine Motorradstaffel zur Verfügung. Private Dritte stünden auch für kreisübergreifende Zusammenarbeit bereit.

Wenn private Dritte als zur Verfügung stehende Ressource genutzt werden sollten, müsse dies diskriminierungsfrei und durch ein geordnetes Vergabeverfahren nach BGB erfolgen. Dies stelle auch sicher, dass Krankenkassen Leistungen zu bestmöglichen Preisen einkaufen könn-

ten und dass jeder Form von Vorteilsgewährung vorgebeugt werde. Der Staat dürfe sich nicht in einer solchen Art und Weise unternehmerisch betätigen, dass eine komplette Branche aus dem Land verdrängt werde, vielmehr obliege ihm die Rahmensetzung und Kontrolle der Durchführung.

Er bitte um kritisches Überdenken des Gesetzentwurfs mit Blick auf die Nutzung privater Ressourcen, mit Blick auf den Verzicht auf einen rein staatlich organisierten Rettungsdienst und mit Blick auf das Vermeiden eines Sonderwegs unter den Bundesländern.

### **G. A. R. D. Verwaltungsgesellschaft für Ambulanz und Rettungsdienst GmbH**

David Barg, Geschäftsführer

[Umdruck 18/6894](#)

Für die G. A. R. D. Verwaltungsgesellschaft fasst Geschäftsführer Barg die Hauptaussagen der Stellungnahme [Umdruck 18/6894](#) zusammen. Seine Organisation spreche sich für eine pluralistische Rettungsdienstlandschaft in Schleswig-Holstein aus, um die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen besser zu meistern, Stichwort: demografischer Wandel. Die Kontrolle obliege dem Land, jedoch befürworte er ein hohes Maß an Qualität und Innovation sowie das Gehen neuer Wege und den Blick über den Tellerrand in andere Staaten.

Dritte könnten wie in anderen Bundesländern durch eine Konzession beteiligt werden, in der die erwarteten Standards niedergelegt werden könnten. Als Alternative könne man die Einführung von Vergabeverfahren nutzen. Die privaten Unternehmen stellten eine Ergänzung der öffentlich organisierten Rettungsdienste, etwa in Spitzenzeiten dar.

30 % der Patienten in Hamburger Kliniken stammten aus dem Umland, auch aus Schleswig-Holstein. Wenn nach dem Gesetzentwurf private Unternehmen keine Patienten mehr aus Schleswig-Holstein heraustransportieren dürften, müssten dafür die öffentlichen Träger sorgen. Somit werde das bestehende Problem im Rettungsdienst verschlimmert.

Sodann widerspricht er Herrn Hinz, es sei in dessen angeführten Beispiel nicht um das Schließen eines Rettungsdienstes gegangen, sondern um das Ruhenlassen.

Ferner erläutert er die Vorstellung des von ihm vertretenen Unternehmens zu Schiedsstellen und spricht sich für eine kurze Hilfsfrist aus, die nicht zwangsläufig mit höheren Kosten einhergehen müsse, wenn man First-Responder-Systeme nutze und gemeinsam günstige Lösungen finden.

Im Übrigen weise er abschließend darauf hin, dass Schleswig-Holstein das teuerste Rettungswagenmodell in ganz Deutschland nutze. Nicht nur der Preis entscheide über die Leistung, sondern der Nutzen. Dies gebe er auch mit Blick auf das gesamte Rettungsdienstwesen zu bedenken.

### **Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein gGmbH (RKiSH)**

Jan Osnabrügge, stellv. Geschäftsführer

[Umdruck 18/6903](#)

Für die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) führt der stellvertretende Geschäftsführer Jan Osnabrügge in die Stellungnahme [Umdruck 18/6903](#) ein. Zu § 6 Absatz 4 Gesetzentwurf erläutert er, die Rettungsdienst-Kooperation betreibe mit dem Deutschen Roten Kreuz in Schleswig-Holstein seit einigen Jahren eine Ausbildung von Rettungsassistenten mit drei Jahren Dauer. Derzeit befänden sich bei der RKiSH 116 Personen in dieser Ausbildung. Seit der Umstellung auf eine dreijährige Ausbildung für Notfallsanitäter 2014 würden die Kostenträger eine vorher von ihnen völlig ohne Kritik akzeptierte Ausbildung aufgrund grundsätzlicher Überlegungen ablehnen.

Er erachte den bevorstehenden Fachkräftemangel in Schleswig-Holstein für ein Stück weit hausgemacht, da die Rettungsdienststräger seit 2003 gehindert seien, den Rettungsdienst hinreichend zu gestalten.

Er möchte von Herrn Lender wissen, ob die Information stimme, dass der KBA am Standort Neumünster ab dem 1. Januar 2017 nicht weiterarbeite.

Am 30. April 2015 hätten die Rettungsdienststräger in Schleswig-Holstein einstimmig beschlossen, die Notarzteinsatzfahrzeuge mit Reanimationsgeräten auszustatten, um die Sicherheit der Kolleginnen und Kollegen zu gewährleisten, die ohne diese Geräte Reanimationsmaßnahmen im fahrenden Fahrzeug vornehmen müssten. Diese einstimmig von den Rettungsdienststrägern beschlossene Maßnahme scheitere bisher an der nicht erteilten Zustimmung der Kostenträger, die diese erfolgreich blockierten.

\* \* \*

Herr Lender antwortet der Abg. Rathje-Hoffmann auf ihre Frage, ob sich private Betreiber wirklich nicht bewährt hätten, wie es im Gesetzentwurf heiße, er habe gestern eine neue Rettungswache im Kreis Schleswig-Flensburg eingeweiht, wobei sich die Gäste voll des Lobes

über das gemeinsam mit den dortigen Hilfsorganisationen Erreichte gezeigt hätten. In Flensburg führe KBA als Partner der Berufsfeuerwehr diese Arbeit seit einigen Jahrzehnten ohne Beanstandung aus. Daher könne keine Rede davon sein, dass sich private Anbieter nicht bewährt hätten. Wo private Anbieter eingebunden tätig seien, gebe es keine Beanstandungen, weder in Bad Segeberg noch im Kreis Herzogtum Lauenburg oder in Flensburg.

Der Abg. Baasch zeigt sich erstaunt, dass KBA laut Informationen auf der Homepage alteingesessene und verkrustete Strukturen überwinden wolle, gleichzeitig Mitglied eines Wohlfahrtsverbandes sei und die entsprechenden Vorteile nutze. Hierzu erläutert Herr Lender, mit Blick auf die Teilnahme an Vergaben habe die als gemeinnütziger Verein organisierte KBA die Mitgliedschaft in einem Wohlfahrtsverein erworben. Gleichwohl sollten Denkansätze und Handeln der KBA innovativ sein.

Herr Barg erläutert dem Abg. Baasch, die Firma G. A. R. D. sei als Kapitalgesellschaft organisiert, die Gesellschafter aus Dänemark habe. Das Unternehmen Falck sei Gesellschafter von G. A. R. D. Das unterscheide sich im Übrigen nicht von der DRK GmbH und habe letztlich die gleichen Auswirkungen. Geldgeber der G. A. R. D. seien die Kostenträger nach einem anderen Paragraphen im SGB V, mit denen auskömmliche Entgelte erwirtschaftet werden müssten.

Abg. Dr. Bohn begrüßt aufgrund der Erfahrungen ihrer Kolleginnen und Kollegen, die unter Reanimationsbedingungen Patientinnen und Patienten in die Krankenhäuser gefahren hätten, die Beschlüsse der Rettungsdienststräger im Sinne des Personals und der Sicherheit.

Vom Abg. Dudda nach der gewünschten Stundenzahl für die Fortbildung befragt, antwortet Herr Osnabrügge, er halte die derzeitige Regelung für sachgerecht und ausreichend, wenn diese situationsabhängig Luft nach oben lasse. Grundsätzlich halte er jedoch ein Mehr an Ausbildung für die Qualität der Leistungserbringung hilfreich.

Sein Verein Sorge sich um Aktivitäten von privaten Anbietern außerhalb des öffentlichen Systems, nicht um ihr Tätigsein im öffentlichen System.

Herr Lender ergänzt, derzeit existiere eine ungeordnete Notfallrettung. Im Falle einer Entscheidung zugunsten eines rein staatlich-öffentlich organisierten Systems sollten zumindest die vorhandenen Ressourcen, Personal und Rettungsmittel in dieses System einbezogen werden.

Herr Barg schließt sich den Ausführungen seines Vorredners an. Der Gesetzentwurf sehe Krankentransporte außerhalb des öffentlichen Systems vor. Ihm sei noch nicht klar, wie dies mit Blick auf die Genehmigung oder auf die dann zu erteilenden Konzessionen geregelt werden solle, da in Schleswig-Holstein immer noch die Mehrzweckfahrzeugstrategie im öffentlichen Rettungsdienst existiere, die auch Krankentransporte umfasse.

Der Abg. Klahn antwortet er, die Teilnahme am Rettungsdienst - nicht am öffentlichen Rettungsdienst - schließe gewisse Lücken, etwa beim Rückholddienst. Falle die Existenzgrundlage weg, müsse der öffentliche Rettungsdienst diese Arbeit miterledigen.

Mit Blick auf die Frage des Abg. Dudda führt er aus, er halte die Regelung von Aus- und Fortbildung grundsätzlich für richtig und im jetzigen Umfang für angemessen. Mittlerweile gebe es zusätzliche zertifizierte Fortbildungen, die zur Durchlässigkeit und zu einem kompatiblen Übergang in die Kliniken beitrage.

Schließlich weise er auf ein Urteil des OVG Schleswig-Holstein vom 9. Januar 2016 hin, demzufolge private Betreiber mit Blick auf ihre Teilnahme bei der Bedarfsbemessung berücksichtigt werden müssten. Damit handele es sich nicht mehr, wie eben noch von den Krankenkassen behauptet, um ein Add-on.

(Abg. Dudda übernimmt den Vorsitz)

### **ASG Ambulanz Stormarn gGmbH**

Bernd Peters

[Umdruck 18/6882](#)

Für die ASG Ambulanz Stormarn gGmbH führt Herr Peters in die Stellungnahme [Umdruck 18/6882](#) ein. Er habe schon 1997 rettungsdienstliche Anträge nach § 10 des Rettungsgesetzes gestellt. Nach sechs Jahren habe ihm das OVG in allen Punkt recht gegeben. Nach drei weiteren Jahren und nach Androhung eines Zwangsgeldes habe der Kreis Stormarn eine Genehmigung erteilt, der Kreis Segeberg erst drei Jahre später. Sein Unternehmen sei inzwischen in den Rettungsdienst eingebunden. Er erachte die Gesamtsituation privater Anbieter nach dem Gesetzentwurf für schlecht. Nicht alle privaten Anbieter dürften über einen Kamm geschoren werden. Gehälter nach TVöD und rettungsdienstliche Fortbildungen müssten in die Kosten eingepreist werden. Dies habe sein Unternehmen bei den Kassen durchgesetzt. Mit Blick auf

die Ausschreibungen gebe er zu bedenken, dass die bisher gezeigten Leistungen nicht beachtet würden.

Die Idee, private Anbieter könnten Krankentransporte durchführen, verfange nicht, weil dafür nicht das entsprechende Personal zu bekommen sei. Auch bei der Mehrzweckfahrzeugstrategie sei anderes Personal gefordert. Die Umstellung auf reine Krankenbeförderungsleistungen sehe er auch mit Blick auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit kritisch, da etwa sein Unternehmen Quersubventionierungen zwischen RTW und Krankenwagen vornehme. Er fürchte, durch den Gesetzentwurf werde ein ganzer Berufsstand in Schleswig-Holstein deklassiert, da viele Mitarbeiter ihre Familien ernähren müssten und wahrscheinlich bald die Unternehmen verließen, wenn die fünfjährige Übergangszeit eingeführt würde. Daher appelliere er an die Abgeordneten, die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen für private Anbieter zu überdenken.

### **Clinotrans GmbH**

Oliver von der Wehl, Geschäftsführer

[Umdruck 18/6889](#)

Für die Clinotrans GmbH stellt Geschäftsführer von der Wehl kurz das Unternehmen und sodann die Kernpunkte der Stellungnahme [Umdruck 18/6889](#) vor. Clinotrans kümmere sich um den Krankenrückholddienst als Leistungserbringer des ADAC Ambulanzdienstes, anderer Versicherungen und von Hilfsorganisationen. Im Durchschnitt handele es sich im Transporte mit 500 Transportkilometern, in der Spitze betrage dieser Wert auf dem Landweg 1.000 Transportkilometer. Pro Jahr liefen die Fahrzeuge etwa 900.000 km pro Jahr. Dies sei bislang nicht vom öffentlichen Rettungsdienst, sondern von einzelnen Leistungserbringern vorgenommen worden. Er rege daher die Aufnahme eines Ausnahmetatbestands in den Gesetzentwurf an, nach dem einzelne Leistungserbringer diese Transporte durchführen dürften. Die vorgesehenen Regelungen führten durch die Beantragung einzelner Genehmigungen in den Kreisen zu bürokratischem Aufwand und immensen finanziellen Nachteilen.

Weiterhin betreibe sein Unternehmen im Kreis Ostholstein eine Rettungswache mit einem rund um die Uhr besetzten Rettungswagen sowie einem Krankenwagen unter der Leitung der öffentlichen Leitstelle Süd. 100 % müsse der Kreis Ostholstein aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen abdecken, sein Unternehmen stehe darüber hinaus zur Verfügung und werde gebraucht. Falls dies mit dem Gesetzentwurf weg, müsse es anderweitig durch den öffentlichen Rettungsdienst ersetzt werden.

In Kiel führe das Unternehmen mit §-10-Genehmigungen Krankentransporte unter eigener Lenkung mit eigener Leitstelle durch. Insofern verweise er auf seine Anregungen zur Zentralisierung in der Stellungnahme. Weiterhin betreibe es in Kiel eines der beiden Intensivmobile in Schleswig-Holstein insbesondere zu den für den anderen Anbieter nicht so günstigen Zeiten nachts und am Wochenende.

Auch er könne absolut nicht erkennen, dass sich Private nicht bewährt hätten.

### **Fachverband Leitstellen e. V.**

Maren Bartels, 2. stellv. Vorsitzende

[Umdruck 18/6877](#)

Für den Fachverband Leitstellen erläutert die zweite stellvertretende Vorsitzende Bartels die Kernpunkte der Stellungnahme 18/6877. Dabei hebt sie insbesondere die Ausführungen zu § 16 Absatz 3 zur jährlichen Fortbildung und zu § 6 Absatz 4 des Gesetzentwurfs hervor.

\* \* \*

Herr Peters antwortet dem Abg. Heinemann auf seine Frage nach den Anteilen an den Kranken- und Rettungsdiensttransporten, der Anteil in Stormarn und Segeberg an Krankentransporten im öffentlichen Rettungsdienst betrage etwa 70 %, die Notfallrettung etwa 30 %. Stormarn und Segeberg lägen näher zu Hamburg, weshalb er sich vorstellen könne, dass diese Anteile in anderen Landesteilen anders ausfielen. Hinzu kämen Fahrten, die nicht von der GKV erstattet würden, etwa Rückholtransporte.

Herr von der Wehl ergänzt, im Bereich der Rettungswache in Bad Malente unter Leitung der öffentlichen Leitstelle habe Clinotrans etwa zehn Stunden pro Tag mit Krankentransporten und sechs Stunden pro Tag mit Notfallrettung zu tun. In Kiel führe das Unternehmen keine Notfallrettung aus, daher sei es zu 100 % mit Krankentransporten beschäftigt.

Herr von der Wehl erläutert der Abg. Rathje-Hoffmann, der Kreis Ostholstein decke 100 % des Krankentransportrettungsdienstes ab. Die Wache von Clinotrans werde zusätzlich zu diesen 100 % gerufen. Zehn Stunden pro Tag sei der Krankenwagen durchgängig unterwegs, während der Rettungswagen etwa sechs Stunden pro Tag im Einsatz sei. In den restlichen 18 Stunden seien etwa zwei Stunden Rüstzeiten enthalten. Die übrigen 16 Stunden stellten reine Bereitschaftszeiten dar.

Der Abg. Klahn legt Herr von der Wehl dar, dass Clinotrans bei Krankenrückholdiensten zu etwa 90 bis 95 % durch den ADAC Ambulanzdienst München beauftragt werde. Der Rest entfalle auf Beauftragungen durch andere Krankenrückholdienstleister. Ihm fehle ein entsprechender Ausnahmetatbestand bei der jetzigen Formulierung des Gesetzentwurfs.

Weiterhin führt er als Antwort auf die Frage der Abg. Nicolaisen aus, zu seiner Idee der zentralen Koordination aller Rettungsmittel über eine einzige Leitstelle könne man erstens in den Kreis Ostholstein blicken. Dort verfüge sein Unternehmen über eine Genehmigung außerhalb des Rettungsdienstes, werde aber über die öffentliche Leitstelle gelenkt. Zweitens gehe es ihm um den Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes wie in Kiel, wo es zwei Telefonnummern gebe, um einen Krankenwagen anzufordern. Ab und zu würden zwei Krankenwagen zu einem einzigen Patienten geschickt. Dies halte er für eine Vergeudung von Ressourcen, weil die öffentliche Leitstelle bereits 100 % abdecken müsse, sein Unternehmen aber einen zusätzlichen Disponenten vorhalte. Eine zentrale Disposition der Krankentransporte führe zur gleichmäßigen Auslastung der zur Verfügung stehenden Rettungsmittel und somit zur Verkürzung von Wartezeiten der Patienten.

Dem Abg. Heinemann antwortet Herr von der Wehl, bei Krankentransporten handele es sich weder um Kassenleistungen noch um Krankenfahrten. Vielmehr werde der Krankentransport mit Fachpersonal und gegebenenfalls Notarzt begleitet. Oft würden Patienten unter schwierigen medizinischen Bedingungen bis hin zum Einsatz des Intensivmobils in die Heimat zurückverlegt. Nach der derzeitigen Formulierung des Entwurfs müsse für jeden einzelnen Kreis eine Genehmigung beantragt werden, um Patienten mit dem Krankenwagen abholen zu können.

Herr Peters merkt auf die Frage der Abg. Klahn an, ein Krankentransport erfolge nur auf ärztliche Verordnung nach Inaugenscheinnahme durch den Arzt. Laut Studien seien bei 1,8 bis 2 % der Transporte Notfälle während der Fahrt entstanden. Auch in solchen Situationen treffe das qualifizierte Personal Sachentscheidungen, etwa über die Hinzuziehung des örtlichen Rettungsdienstes. Bei Transporten im Taxi oder bei Liegendtransporten im Mietwagen könne so etwas nicht geleistet werden.



Punkt 2 der Tagesordnung:

### **Verschiedenes**

Eine Aussprache hierzu ergibt sich nicht.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dudda, schließt die Sitzung um 15:45 Uhr.

gez. Peter Eichstädt

Vorsitzender

gez. Wolfgang Dudda

stell. Vorsitzender

gez. Petra Tschanter

Geschäftsführerin