

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/6942

**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

Zum
Gesetzentwurf
Landesregierung Schleswig-Holstein

Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz – SHRDG)

- Die PKV begrüßt die im Entwurf vorgesehene Stärkung der Integrierten Leitstellen und die verbesserte sektorenübergreifende Vernetzung als Grundlage für eine medizinisch differenzierte und effizientere Steuerung von Hilfeersuchen.
- Die vorgesehenen Maßnahmen zur Digitalisierung und Telenotfallmedizin werden grundsätzlich unterstützt, da sie zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Entlastung der Notfallstrukturen beitragen können.
- Die Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen über einheitliche, verhandelte Benutzungsentgelte wird von der PKV ausdrücklich begrüßt. Voraussetzung bleibt jedoch eine strikte fall- und leistungsbezogene Ausgestaltung.
- Pauschale Struktur-, Vorhalte- und Infrastrukturkosten sollten nicht über Benutzungsentgelte finanziert werden. Eine Finanzierung staatlicher Aufgaben der Daseinsvorsorge über PKV-Beitragsmittel ist abzulehnen.
- Die PKV lehnt es ab, dass Fehlfahrten und Fehleinsätze nach § 2 Abs. 14 und 15 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 SHRDG in die Kosten des Rettungsdienstes einbezogen und über die Vollkostendeckung nach § 11 Abs. 1 SHRDG zulasten der Kostenträger mitfinanziert werden.

I. Vorbemerkungen

Der Gesetzentwurf zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes in Schleswig-Holstein (SHRDG) zielt darauf ab, die Notfallversorgung durch bessere Steuerung, stärkere Vernetzung und den Einsatz digitaler und telemedizinischer Instrumente zukunftsfähig auszurichten.

Der PKV-Verband begrüßt das Ziel des Gesetzentwurfs, die rettungsdienstliche Versorgung in Schleswig-Holstein zukunftsfähig weiterzuentwickeln und die verschiedenen Strukturen der Notfallversorgung stärker miteinander zu vernetzen. Angesichts steigender Einsatzzahlen, zunehmender Belastungen der Notfallrettung und fortbestehender struktureller Fehlsteuerungen ist es sachgerecht, die Steuerung von Hilfeersuchen zu verbessern, sektorenübergreifende Kooperationswege zu stärken und digitale sowie telemedizinische Instrumente verbindlich zu integrieren.

Besonders hervorzuheben sind die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Integrierten Leitstellen, die Einführung einer medizinisch standardisierten Notrufabfrage und die Schaffung landeseinheitlicher Einsatzkategorien. Diese Elemente können wesentlich dazu beitragen, Fehlsteuerungen zu vermeiden, Hilfesuchende zielgerichteter in die jeweils geeigneten Versorgungsstrukturen zu lenken und die vorhandenen Ressourcen des Rettungsdienstes effizienter einzusetzen. Ebenso können die geplante Einbindung der Telenotfallmedizin, die Ausweitung digitaler Kommunikationswege und die Implementierung eines digitalen Ersthelfersystems entscheidend zur Qualitätssteigerung in zeitkritischen Notfällen beitragen.

Vor diesem Hintergrund sollte jedoch dringend eine klare Abgrenzung zwischen den vom Rettungsdienst fall- und leistungsbezogen zu finanzierenden Aufgaben und den staatlichen Aufgaben der Daseinsvorsorge erfolgen. Struktur-, Vorhalte- oder Koordinierungsaufgaben, die unabhängig vom Einzelfall entstehen und dem gesamten System dienen, sollten nicht über die beitragsfinanzierte Entgeltstruktur des Rettungsdienstes getragen werden.

II. Im Einzelnen

1. Die Stärkung der Integrierten Leitstellen als zentrale Steuerungsinstanz der Notfallversorgung wird von der PKV ausdrücklich begrüßt. Der Gesetzentwurf sieht hierzu unter anderem vor, die Notrufabfrage landeseinheitlich digital zu standardisieren, medienbruchfreie digitale Fallübergaben zu ermöglichen, interoperable Schnittstellen zur Telenotfallmedizin und zu digitalen Ersthelfersystemen bereitzustellen sowie die Leitstellen stärker in eine einheitliche digitale Einsatz- und Qualitätsdokumentation einzubinden. Im Kabinettentwurf zur Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene ist vorgesehen, Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (116117) im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems verbindlich digital zu vernetzen, die Abfragesysteme beider Leitstellen aufeinander abzustimmen und eine medienbruchfreie digitale Datenübermittlung sicherzustellen, einschließlich klarer Übernahme- und Weiterleitungsprozesse zwischen beiden Stellen.

Vor diesem Hintergrund sollte das SHRDG sicherstellen, dass die landesrechtlichen Vorgaben zur Aufgabenwahrnehmung und technischen Ausstattung der Integrierten Leitstellen an die

im Kabinettdentwurf vorgesehenen bundesrechtlichen Vorgaben zu Abfragesystemen, digitaler Vernetzung und Fallweitergabe anschlussfähig bleiben, um spätere parallele oder nicht kompatible Strukturen zu vermeiden.

2. Die Einführung medizinisch differenzierter Einsatzkategorien stellt aus Sicht der PKV einen sachgerechten Systemwechsel dar. Die Abkehr von einer starren Hilfsfrist hin zu einer prioritäts- und bedarfsorientierten Disposition ermöglicht eine zielgerichtetere Versorgung und einen effizienteren Einsatz begrenzter Ressourcen. Entscheidend für den Erfolg ist eine transparente und regelmäßig evaluierte Ausgestaltung der Einsatzkategorien, wie sie der Gesetzentwurf bereits vorsieht.

Mit Blick auf die im Kabinettdentwurf des Bundes vorgesehenen Vorgaben zu einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs (§ 123c SGB V des Kabinettdentwurfs) sollte zudem sichergestellt werden, dass die landesrechtlich definierten Einsatzkategorien technisch wie inhaltlich kompatibel ausgestaltet werden. Die im Kabinettdentwurf vorgesehene bundeseinheitliche digitale Dringlichkeitsbewertung bildet künftig die Grundlage für Steuerungs-, Priorisierungs- und Weiterleitungsentscheidungen und erfordert eine funktionale Anschlussfähigkeit der landesrechtlichen Regelungen.

3. Die PKV ist bereit, medizinisch notwendige Leistungen des Rettungsdienstes fall- und leistungsbezogen zu vergüten. Bislang war der Rettungsdienst im Schwerpunkt als Transportleistung mit notfallmedizinischer Erstversorgung ausgestaltet. Mit der Notfallreform auf Bundesebene und dem vorliegenden SHRDG-Entwurf (§ 1 Abs. 2 SHRDG; § 2 Abs. 1 SHRDG) wird der Rettungsdienst nun erstmals ausdrücklich als medizinische Leistung normiert. Daraus folgt die Notwendigkeit einer einzelfallbezogenen Dokumentation und Abrechnung, um die künftig gesetzlich definierten medizinischen Leistungsbestandteile rechtssicher und systemgerecht vergüten zu können. Pauschalen sind hierfür nicht geeignet, da sie eine versicherten- und tarifbezogene Zuordnung der erbrachten medizinischen Leistungen nicht ermöglichen.

Der SHRDG-Entwurf legt in § 10 Abs. 2 SHRDG fest, dass sämtliche Kosten, die durch die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben entstehen, als Kosten des Rettungsdienstes gelten. Da § 11 Abs. 1 SHRDG zugleich eine vollständige Refinanzierung aller dieser Kosten über Benutzungsentgelte verlangt, werden alle Aufwendungen, die aus den dauerhaft angelegten Organisations-, Koordinierungs- und Digitalisierungsaufgaben folgen, automatisch entgeltrelevant – unabhängig davon, ob sie einzelfallbezogen anfallen oder rein struktureller Natur sind. Die gesetzlichen Aufgaben sind dabei überwiegend strukturell angelegt, sodass das System zwingend dazu führt, dass Vorhalte- und Infrastrukturkosten komplett in die Entgeltkalkulation einfließen.

Dies umfasst insbesondere die in § 23 SHRDG normierten dauerhaften technischen und organisatorischen Leitstellenaufgaben (z. B. standardisierte digitale Notrufabfrage, dauerhafte digitale Datenübermittlung, landeseinheitliche Koordinierungs- und Kommunikationssysteme), die in §§ 25–26 SHRDG verankerten landesweiten Qualitäts- und Datenverarbeitungsstrukturen (u. a. zentrale Datenanalyse, Qualitätsindikatoren, Pflichtdatenübermittlungen) sowie den

Aufbau und laufenden Betrieb des digitalen Ersthelfersystems, dessen Kosten nach § 27 Abs. 4 SHRDG sogar ausdrücklich in die Benutzungsentgelte einzubeziehen sind.

Besonders deutlich zeigt sich der strukturelle Kostencharakter bei den Sonderrettungsmitteln: § 4 Abs. 5 SHRDG bestimmt, dass Sonderrettungsmittel „einschließlich ihrer Besetzung“ vorzuhalten sind, und erfasst damit nicht nur Fahrzeuge und Ausrüstung, sondern auch deren spezialisierte personelle und organisatorische Vorhaltung.

Pauschale Aufbau- und Strukturkosten – gleich ob für Leitstellen, Qualitätsstrukturen, Integrierte Notfallzentren, Gesundheitsleitsysteme oder Ersthelfersysteme – können jedoch nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden. Sie sind Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge und daher originär aus Landesmitteln zu finanzieren. Eine pauschale Belastung über GKV und PKV würde zudem dazu führen, dass andere Kostenträger profitieren, ohne sich an den entstehenden Strukturkosten zu beteiligen (z. B. Beihilfe, freie Heilfürsorge, AsylbLG-Leistungen, Unfallversicherung).

Eine klare gesetzliche Abgrenzung zwischen einsatzbezogenen rettungsdienstlichen Leistungen und allgemeinen Struktur- und Vorhaltekosten ist daher unerlässlich, um eine strukturelle Überdehnung der Benutzungsentgelte zu vermeiden.

Zu berücksichtigen ist ferner die Behandlung von Fehlfahrten und Fehleinsätzen. § 10 Abs. 2 SHRDG sieht ausdrücklich vor, dass zu den Kosten des Rettungsdienstes auch solche gehören, „die durch Fehlfahrten und Fehleinsätze verursacht werden“. Solche Einsätze binden knappe Ressourcen, beeinträchtigen die Verfügbarkeit für echte Notfälle und verursachen erhebliche Kosten. Eine uneingeschränkte Kostenbelastung der Kostenträger ist jedoch nicht sachgerecht. Nach der Rechtsprechung des OVG Berlin-Brandenburg (Urt. v. 28.01.2026 – OVG 6 A 13/25) ist es mit dem Grundsatz der Leistungsproportionalität nicht vereinbar, Gebührenschuldner zu Kosten heranzuziehen, „die weder von ihnen verursacht wurden noch ihnen zuzurechnen sind“. Zu den Kosten der medizinischen Notfallrettung gehören daher nicht solche Kosten, die durch Fehlfahrten und Fehleinsätze verursacht werden. Es ist zu vermeiden, dass diese Kosten über Benutzungsentgelte mittelbar zulasten der Kostenträger mitfinanziert werden.