Finanzierung des Rettungswesens
Wie die Krankenkassen die Entgelte beeinflussen können

Constanze Abig

Die Kosten für Krankentransporte und Rettungsfahrten sind als Fahrkosten im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Annähernd 2,45 Milliarden € wenden die Kassen jährlich dafür auf – Tendenz steigend. Gleichzeitig sind die Ausgaben für Krankentransporte und Rettungsfahrten im Vergleich zu den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gestiegen. Bei der Suche nach Rationalisierungskonzepten sollte das Augenmerk daher auf die rechtlichen Rahmenbedingungen gerichtet werden. Durch deren Überarbeitung ließen sich im Rettungswesen erhebliche Summen einsparen – ohne die Qualität der Versorgung anzugreifen.

Das Rettungswesen der Bundesrepublik genießt einen ausgezeichneten Ruf: die Rettungsmittel sind auf dem neuesten Stand der Medizintechnik, sie werden flächendeckend und rund um die Uhr vorgehalten und können ihren Einsatzort binnen weniger Minuten erreichen. Das Personal verfügt – nicht zuletzt infolge der Einführung eines gesonderten Ausbildungsgangs zum Rettungsassistenten – über eine exzellente Qualifikation. Gleichzeitig bestehen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven, die das deutsche Rettungswesen zu einem der teuersten Europas machen.

Rechtliche Rahmenbedingungen im Rettungswesen

Von besonderem Interesse ist insoweit die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern. Das Rettungswesen ist der Gefahrenabwehr sowie der Daseinsvorsorge zuzuordnen und fällt somit in die Regelungszuständigkeit der Bundesländer. Diese haben jeweils eigene Rettungsgesetze erlassen, in denen die Organisation, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes eine Regelung erfahren haben. Der Bund ist dagegen aufgrund seiner Kompetenz für die Sozialversicherung dafür zuständig, die Übernahme der Kosten von Notfallrettung und Krankentransporten durch die Krankenkassen zu regeln.

Das Rettungswesen ist gemeinhin der Trägerschaft der Landkreise und kreisfreien Städte überantwortet. Ihnen obliegt die bedarfsgerechte, flächendeckende Sicherstellung eines funktionsfähigen Rettungsdienstes. Die Länder gewähren den Trägern Zuschüsse zu den Investitionskosten. Im Übrigen sehen die Rettungsgesetze die Erhebung von Entgelten für die Nutzung der Einrichtungen des Rettungsdienstes vor. Die Benutzungsentgelte sind entsprechend dem Selbstkostendeckungsprinzip so auszugestalten, dass sie alle Kosten des Rettungsdienstes decken, deren Finanzierung nicht anderweitig sichergestellt ist.

Dabei lassen sich zwei Modelle für die Bestimmung der Entgelthöhe ausmachen. In einigen Bundesländern werden die Entgelte einseitig durch eine Abgabensatzung der Kreise bzw. kreisfreien Städte festgelegt. Dieser Satzung liegt eine Kosten- und Leistungsrechnung zugrunde, die unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Krankenkassenverbände erarbeitet wird.

In der weit größeren Zahl der Länder werden die Benutzungsentgelte dagegen zwischen den Aufgabenträgern, den Leistungserbringern und den Krankenkassen vereinbart. Kommt eine Einigung nicht zustande,

ist in der Regel eine Schiedsstelle zur einseitigen Festlegung der Entgelte befugt. Die Kassen sind in sehr unterschiedlichem Umfang in die Vereinbarungen einbezogen; teilweise wird ihnen lediglich ein Anhörungsrecht gewährt. Dies führt regelmäßig dazu, dass die Kassen ihre Interessen nur in beschränktem Maß geltend machen können und ist insofern bedenklich, als sie die wesentlichen Kostenträger im Rettungswesen sind.

Dieses Dilemma hat auch der Bundesgesetzgeber erkannt. Wohl wissend, dass die Gesetzgebungskompetenz der Länder nicht ausgehöhlt werden darf, hat er einige Regelungen in das SGB V aufgenommen, die den Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Rettungswesen zur Wirksamkeit verhelfen sollen.

So statuiert § 133 Abs. 1 SGB V, dass die Vergütung der Rettungsdienstleistungen – vorbehaltlich abweichender landesrechtlicher Vorgaben – zwischen den Krankenkassen und geeigneten Unternehmen vereinbart werden soll. Werden dagegen aufgrund landesrechtlicher Vorgaben die Entgelte einseitig durch Satzung festgelegt, sind die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, ihre Leistungspflicht auf Festbeträge zu beschränken. Der Bundesgesetzgeber wollte damit der Vertragslösung Vorrang vor einer einseitigen Festlegung der Entgelte einräumen. Die Befugnis der Krankenkassen zur Festsetzung von Festbeträgen soll demnach nicht dazu dienen, die Kosten eines Transports auf den Versicherten abzuwälzen, sondern Entgeltverhandlungen und das Zustandekommen einer Einigung zwischen den Krankenkassen und den Trägern des Rettungsdienstes fördern.

Vertragslösung in der Entgeltbestimmung

Seitens der Krankenkassen sind die örtlichen Kassen für den Vertragsschluss zuständig. Ihnen ist es jedoch unbenommen, diese Befugnis an ihren Landes- oder Bundesverband zu delegieren. Dies bietet sich insbesondere beim Vertragsschluss mit überregional tätigen Hilfsorganisationen, z. B. dem Deutschen Roten Kreuz oder dem ADAC, an. Auf Seiten der Leistungserbringer verhandeln die Träger entsprechender Einrichtungen und Unternehmen. Deren rechtliche Ausgestaltung, insbesondere ihre Zuordnung zum öffentlichen oder privaten Recht ist unerheblich. Des Weiteren spielt es keine Rolle, ob der Leistungserbringer gemeinnützig oder mit Gewinnerzielungsabsicht tätig ist.

Im Unterschied zu Verträgen mit den Kassenärzten oder Verträgen über die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist der Vertragsgegenstand bei den Rettungsdienstleistungen auf Vergütungsvereinbarungen beschränkt. Einzelheiten der Versorgung können mithin keinen Eingang in die Verträge finden. Sie ergeben sich unmittelbar aus den Rettungsdienstgesetzen der Länder. Insbesondere sind die Krankenkassen nicht befugt, in den Verträgen mit den einzelnen Anbietern einen bestimmten Leistungsumfang festzuschreiben, um so die Flächendeckung in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu erreichen. Ebenso ist es den Kassen versagt, vor Abschluss der Verträge eine Bedarfsprüfung vorzunehmen.

Bei den Preisvereinbarungen sollen die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sowie die preisgünstigsten Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zielen darauf ab, zwischen dem Ziel der Beitragsstabilität und der Pflicht einer bedarfsgerechten und ausreichenden medizinischen Versorgung zu vermitteln. Sie sollen der Gefahr entgegenwirken, dass die Leistungserbringer wegen des Grundsatzes der Beitragsstabilität nicht mehr dem Gebot der bedarfsgerechten Versorgung genügen. Vorrang hat jedoch in jedem Fall das Interesse der Versicherten, jederzeit einen ausreichenden Rettungsdienst in Anspruch zu nehmen. Kollidiert der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen mit den Empfehlungen der Konzertierten Aktion, haben die Kassen die Versorgung der Versicherten daher selbst dann sicherzustellen, wenn die Hinweise der Konzertierten Aktion dadurch nicht eingehalten werden können.

Die Orientierung der Preisvereinbarungen an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten soll ebenfalls kostendämpfend wirken. Sie wurde vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Kostenentwicklung für Rettungsleistungen eingeführt. Insbesondere waren die erheblichen Preisunterschiede zwischen den Ländern, einzelnen Gemeinden und Landkreisen sowie zwischen privaten Unternehmen und Hilfsorganisationen Anlass dieser Regelung. Die Kassen sind also gesetzlich verpflichtet, Preisvergleiche zwischen mehreren Anbietern durchzuführen und ihre Vereinbarungen an den günstigsten Angeboten zu orientieren. Dabei sind auch private Anbieter zu berücksichtigen. Dies stärkt nicht zuletzt die Verhandlungsposition der Krankenkassen, indem sie ihnen im Einzelfall einen Spielraum zur Vereinbarung geringerer Entgelte verschafft. Die Ermöglichung verstärkter Konkurrenz unter den Leistungserbringern kann zudem positive Auswirkungen auf die Preisentwicklung haben. Die in den Vereinbarungen erzielten Preise stellen Höchstpreise dar. Sie können daher unterschritten werden, so dass unterhalb der Obergrenze ein Wettbewerb unter den Anbietern möglich ist.

Satzungslösung und Festlegung von Festbeträgen

Können aufgrund landesrechtlicher Regelungen die Entgelte für Krankentransporte und Rettungsfahrten einseitig durch Satzung bestimmt werden, sind die Krankenkassen gehalten, ihre Leistungen in Höhe der festgelegten Entgelte zu erbringen. Unter bestimmten Voraussetzungen sind die Krankenkassen von dieser Verpflichtung befreit und dürfen ihre Leistungspflicht auf die Übernahme von Festbeträgen beschränken. Auch diese Regelung wurde vor dem Hintergrund überdurchschnittlicher Preissteigerungen sowie wegen mangelnden Wettbewerbs mit privaten Leistungsanbietern in das SGB V aufgenommen. Die Höhe des Festbetrages muss sich an den Kosten vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen orientieren. Als Richtwert sind bestehende vertragliche Vergütungsregeln heranzuziehen. Sind mehrere Anbieter vorhanden, sollte sich die Höhe des Festbetrages an den Preisen des günstigsten Anbieters orientieren. Die Differenz zwischen dem Festbetrag und dem tatsächlich für die Beförderungsleistung zu entrichtenden Entgelt ist vom Versicherten zu tragen. Der Gesetzgeber ist dabei davon ausgegangen, dies könnte die Satzungsgeber dazu veranlassen, die Benutzungsentgelte an die Festbeträge der Kassen anzunähern und damit die Preise im Rettungswesen zu senken.

Wurde einer Krankenkasse bei der Entgeltfestsetzung keine hinreichende Gelegenheit zur Erörterung gegeben, darf sie den Festbetrag selbst bestimmen. Ob die Kassen dieses Recht wahrnehmen, richtet sich nach dem Umfang ihrer Einbeziehung in das Rettungswesen, der sich im Einzelnen aus den Landesrettungsgesetzen ergibt. Eine pauschale Aussage kann daher nicht getroffen werden.

Die Festlegung von Festbeträgen ist ferner zulässig, wenn in die einseitige Entgeltbemessung Kosten eingeflossen sind, die über den Sicherstellungsauftrag hinausgehen. Dies ist der Fall, wenn die Investitions- und Anschaffungskosten auf die Benutzungsentgelte umgelegt werden, denn diese sind eigentlich durch Zuschüsse der Länder zu finanzieren. Daneben ist an die Fälle zu denken, in denen öffentliche Einrichtungen mit einem weiter gefassten Aufgabenbereich – genannt seien hier die Bundeswehr, der Bundesgrenzschutz oder die Feuerwehren – Rettungsdienstaufgaben übernehmen. Hier wird es häufig Probleme bereiten, die Kosten der einzelnen Aufgabenfelder auseinander zu halten, so dass die Kassen genau prüfen sollten, ob die Benutzungsentgelte nur dem Rettungsdienst dieser Einrichtungen zufließen.

Voraussetzung für eine derartige Prüfung ist freilich, dass Aufgabenträger und Leistungserbringer ihre Preisvorstellungen durch eine transparente Rechnungslegung untermauern. Aus einem Vergleich der einzusetzenden Kosten gegenüber dem damit erzielbaren Leistungsniveau lassen sich Fehlkalkulationen ermitteln. Besondere Aufmerksamkeit ist somit stets geboten, wenn sich Aufgabenträger oder Leistungserbringer weigern, die ihren Forderungen zugrunde liegenden Kostenvoranschläge offen zu legen. Die Intransparenz der Rechnungslegung wird dementsprechend auch als Hauptgrund für die Ressourcenverschwendung im Rettungswesen gesehen.

Letztlich steht den Krankenkassen das Recht zur Bestimmung von Festbeträgen zu, wenn die Leistungserbringung im Vergleich zum gesetzlichen Sicherstellungsauftrag unwirtschaftlich ist. Dies ist der Fall, wenn infolge von Fehlplanungen und einer zu großzügigen personellen und sachlichen Ausstattung des Rettungsdienstes ein Überangebot auf dem Rettungsmarkt besteht. Dies kann naturgemäß nur dann ermittelt werden, wenn eine Vielzahl von Leistungserbringern ihre Dienstleistungen auf dem Markt anbietet, so dass ein Vergleich zwischen den einzelnen Einrichtungen angestellt werden kann. In jedem Fall ist eine genaue Analyse der eingesetzten Ressourcen geboten. Unter anderem kann überprüft werden, ob die Zahl der Rettungsleitstellen durch Zusammenfassung kleinerer Einsatzzentralen reduziert werden könnte. Daneben ist zu ermitteln, ob die vorhandenen Fahrzeuge und das Personal tatsächlich ausgelastet sind. Ferner birgt der häufige Einsatz von Rettungsfahrzeugen und hoch qualifiziertem medizinischen Fachpersonal für Krankentransporte Indizien für Fehlplanungen. Auch die Frequenz, in der die Leistungserbringer ihren Fuhrpark erneuern, kann Rückschlüsse auf ein Überangebot zulassen.

In der Literatur wird teilweise angenommen, die soeben geschilderten Bedingungen müssten kumulativ vorliegen, um die Festsetzung von Festbeträgen zu rechtfertigen. Diese Auffassung widerspricht jedoch sowohl dem Wortlaut der Norm als auch deren Sinn und Zweck: die Beschränkung der Leistungspflicht der Kassen dient der Kostendämpfung. Für diese besteht selbst dann ein hinreichender Anlass, wenn nur eine der genannten Voraussetzungen erfüllt ist.

Bindungswirkung der bundesrechtlichen Preisbegrenzung

Ausgangspunkt vieler Konflikte zwischen den Krankenkassen und den Trägern des Rettungsdienstes ist die Frage, ob die im SGB V vorgegebenen Grenzen für die Preisentwicklung im Rettungswesen für die Aufgaben-

träger bindend sind. Denn § 133 SGB V sieht vor, dass sich die für Transportleistungen abgerechneten Preise höchstens in dem Maß verändern dürfen wie die beitragspflichtigen Einnahmen sämtlicher Versicherten.

Im Allgemeinen bestreiten die Bundesländer, dass sich diese Preisdeckelung auf ihre Rettungsdienstgesetze auswirkt. Sie argumentieren, dass der Bund mit diesen Vorgaben in ihre Kompetenz zur umfassenden Regelung des Rettungsdienstes eingreife. Andererseits hat der Bund die Gesetzgebungsbefugnis für die Sozialversicherung, so dass es ihm im Grunde nicht verwehrt sein dürfte, Regelungen über die Kosten von Krankentransporten und Rettungsfahrten zu treffen.

Im Interesse der Kostendämpfung wäre es zwar wünschenswert, wenn die Länder dem Willen des Bundesgesetzgebers folgten. Eine Bindungswirkung lässt sich jedoch nur begründen, wenn dies mit dem Wortlaut sowie dem Sinn und Zweck der Norm vereinbar ist. Dass an den Anfang des § 133 SGB V ein Vorbehalt zugunsten abweichender landesrechtlicher Vorgaben gestellt wurde, bildet ein eindeutiges Indiz dafür, dass der Bund die Modalitäten der Entgeltbestimmung – und damit auch deren Höhe – grundsätzlich den Ländern überlassen wollte. Nur sofern das Landesrecht keine abweichenden Vorkehrungen trifft, sollen die Entgelte unter den in § 133 SGB V vorgesehenen Bedingungen vereinbart werden. Im Ergebnis findet die Preisdeckelung nur dann keine Anwendung, wenn das Landesrecht von vornherein keinen Raum für Preisvereinbarungen lässt. Ist dagegen die Vereinbarung der Entgelte im Landesrecht angelegt, sind die Preissteigerungsgrenzen bindend. Auf ihre Einhaltung beim Abschluss der Vergütungsverträge zu achten, obliegt in erster Linie den Krankenkassen. Sie sind unmittelbare Adressaten der Regelungen des SGB V und haben den Interessen der Solidargemeinschaft Gehör zu verschaffen.

Forderungen an die Landesgesetzgeber

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, dass der Bund auch im Rettungswesen eine Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern erstrebt. Denn nur der Ausschluss von Monopolen stellt sicher, dass angemessene Preise für die Dienstleistungen der Rettungsberufe vereinbart werden.

Wer aber überhaupt Leistungen im Rettungswesen erbringen darf, richtet sich nach Landesrecht. Grundsätzlich sollen die Kreise und kreisfreien Städte keine eigenen Rettungsdienste betreiben, sondern die Aufgabe an Dritte übertragen. Die Zulassung privater, auf Gewinnerwirtschaftung ausgerichteter Unternehmer ist regelmäßig nur unter engen Voraussetzungen zulässig. Denn viele Rettungsgesetze statuieren einen Vorbehalt zugunsten der gemeinnützigen Hilfsorganisationen (so werden der Malteser Hilfsdienst, die Johanniter Unfallhilfe oder der Arbeiter Samariter Bund namentlich genannt) und sehen vor, dass nur diese Aufgaben im Rettungswesen erbringen dürfen. Private können die Zulassung nur erhalten, wenn dadurch die Funktionsfähigkeit des öffentlichen Rettungsdienstes nicht beeinträchtigt wird. In der Praxis werden diese – so genannten Funktionsschutzklauseln – sehr restriktiv gehandhabt. Dies führt dazu, dass den Hilfsorganisationen ein faktisches Monopol im Rettungswesen eingeräumt wird. Das deutsche Rettungswesen wurde daher bereits von der Europäischen Kommission kritisiert, da es wettbewerbsverfälschende Wirkungen zu Lasten privater Initiativen zeitigt und somit den Regelungen des EG-Vertrages zuwiderläuft.

Derartige Fehlentscheidungen der Landesgesetzgeber wirken sich in erheblichem Umfang auf die Handlungsoptionen der Krankenkassen aus und schwächen letztlich die Rettungsberufe in ihrer Funktion als Leistungserbringer. Denn durch eine Beschränkung des freien Wettbewerbes im Rettungswesen sind effektive Preisvergleiche der Krankenkassen unter den Anbietern ausgeschlossen. Die Krankenkassen können sich somit bei der Auswahl ihrer Leistungserbringer nicht an den preisgünstigsten Versorgungsmöglichkeiten orientieren.

Schlussfolgerungen

Die Krankenkassen sollten in jedem Fall von den ihnen eingeräumten Instrumentarien Gebrauch machen und den Interessen der Solidargemeinschaft zur Wirksamkeit verhelfen. Es kann nicht Sache der Krankenkassen sein, für die finanziellen Ausfälle einzuspringen, die dadurch entstehen, dass sich die Landkreise und kreisfreien Städte durch Kürzung der Zuschüsse immer mehr aus ihrer Finanzierungsverantwortung zurückziehen. Namentlich sollte die Möglichkeit, Festbeträge festzusetzen in Anspruch genommen werden, wenn die Kassen an der Entgeltbestimmung im Rettungswesen nicht hinreichend beteiligt werden. Dies soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht dazu führen, dass Fehlplanungen und überkommene Strukturen zu Lasten der Versicherten gehen. Vielmehr sind die Gesetzgeber der Länder am Zuge: Von ihnen kann erwartet werden, dass sie die in den Rettungsgesetzen niedergelegten Finanzierungsmodalitäten überdenken und den Krankenkassen größere Handlungsspielräume gewähren. Daneben sollte die Einbeziehung privater Unternehmer in das Rettungswesen verstärkt werden. Dies wirkt sich nicht

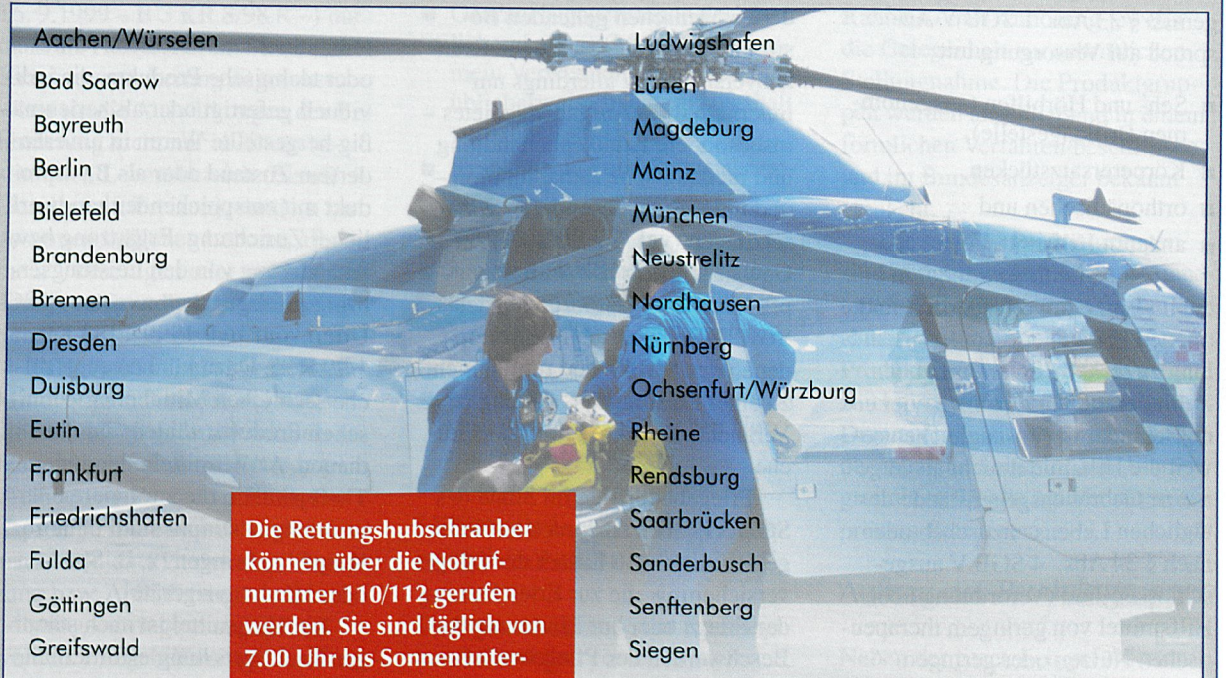
nur positiv auf die Preisstrukturen im Rettungswesen aus. Zum anderen würde dadurch dem Recht der Versicherten auf freie Auswahl unter den Leistungserbringern genügt.

In Zeiten leerer öffentlicher Kassen sind alle Beteiligten gehalten, auf die Belange der Solidargemeinschaft Rücksicht zu nehmen. Jedenfalls sollte die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen nicht dazu führen, dass eine effektive, qualitativ hochwertige Rettung nicht mehr finanzierbar ist.

Dr. Constanze Abig, Jena

Dieser Beitrag ist eine Kurzfassung der Arbeit „Die Rechtsstellung nichtärztlicher Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel des Rettungswesens in Deutschland und Frankreich", welche 2002 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena als Dissertation angenommen wurde. Die Forschungsarbeiten wurden durch den DAAD mit einem Kurzstipendium für Doktoranden unterstützt.

Standorte der Rettungshubschrauber



- Aachen/Würselen
- Bad Saarow
- Bayreuth
- Berlin
- Bielefeld
- Brandenburg
- Bremen
- Dresden
- Duisburg
- Eutin
- Frankfurt
- Friedrichshafen
- Fulda
- Göttingen
- Greifswald
- Güstrow
- Hamburg
- Hannover
- Ingolstadt
- Jena
- Karlsruhe
- Kassel
- Kempten
- Köln
- Leipzig
- Ludwigshafen
- Lünen
- Magdeburg
- Mainz
- München
- Neustrelitz
- Nordhausen
- Nürnberg
- Ochsenfurt/Würzburg
- Rheine
- Rendsburg
- Saarbrücken
- Sanderbusch
- Senftenberg
- Siegen
- Straubing
- Stuttgart/Böblingen
- Suhl
- Traunstein
- Uelzen
- Ulm
- VS-Schwenningen
- Wittlich
- Wolfenbüttel
- Zwickau

Die Rettungshubschrauber können über die Notrufnummer 110/112 gerufen werden. Sie sind täglich von 7.00 Uhr bis Sonnenuntergang einsatzbereit.