



Abb. 1: Die ÄLRD haben kein freies Ermessen, wenn sie „medizintechnische Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel festlegen“.

Sonografiegeräte und andere Produkte: Wer entscheidet über Anschaffungen im Rettungsdienst?

Immer wieder stellt sich die Frage, welche Strukturen und Anschaffungen im Rettungsdienst sinnvoll und wirtschaftlich sind. Die Kostenträger/Leistungsträger wollen naturgemäß Ausgaben vermeiden. Andererseits erhöhen diverse Anschaffungen die Versorgungsqualität (wenn die Technik richtig genutzt wird). Konkret sollen Weisungsbefugnisse der Träger und der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) und deren Grenzen diskutiert werden. Als Beispiel wird das Bundesland Hessen verwendet. In anderen Bundesländern (auf die teilweise verwiesen wird) sind die landesrechtlichen Vorgaben oft vergleichbar.

Kosten im Rettungsdienst entstehen i. d. R. durch Vorgaben für die Vorhaltung (wann und wo werden Fahrzeuge besetzt und das Personal eingesetzt?), daneben durch die Ausstattung der Fahrzeuge (Medizintechnik von EKG über Beatmungsgerät bis hin zur Sonografie). Konkret geht es um Vorgaben in Bezug auf die Anschaffung und Nutzung von Technik, Medikamenten, Geräten etc. gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer, zumal Festlegungen im Rahmen der „medizintechnischen Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel“ (§ 20 Abs. 3 Nr. 5 HRDG) meist weitere erhebliche Kosten (Aus-/Fortbildung des Personals) nach sich ziehen. Die Kosten tragen zunächst die Leistungserbringer

im Rettungsdienst (i. d. R. die Hilfsorganisationen); diese müssen (jedenfalls im sog. Konzessionsmodell) die Kosten wiederum mit den Leistungsträgern/Krankenkassen verhandeln und haben das Risiko, dass die (z. B. von ÄLRD vorgegebenen) Anschaffungen als unwirtschaftlich beurteilt werden und die Investitions- und Folgekosten möglicherweise nicht bezahlt werden. Dieses Risiko ist umso höher, als aktuell sowohl öffentliche Hand als auch Krankenkassen erhebliche Finanzierungslücken in allen Bereichen haben. Ferner wird erörtert, inwieweit der jeweilige Bereichsbeirat in entsprechende Entscheidungsprozesse einbezogen werden muss.

Autor:

René M. Kieselmann
Rechtsanwalt
Partner
Fachanwalt für Vergaberecht
SKW Schwarz
r.kieselmann@
skwswschwarz.de

Co-Autor:

Dr. Mathias Pajunk

Rechtlicher Rahmen – Zuständigkeiten und Befugnisse

Nachfolgend werden die Akteure im Rettungsdienst und deren gesetzliche Rollen dargestellt. Danach wird der rechtliche Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Bundes- und Landesrecht dargestellt. Anschließend werden die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst und des Bereichsbeirates umrissen. Abschließend wird abgeleitet, dass die ÄLRD nur ein begrenztes Recht zur Festlegung haben und dabei (jedenfalls bei Festlegungen mit größeren Kostenfolgen) die Pflicht haben, sich (u. a. im Bereichsbeirat) abzustimmen.

Konflikt

Wer entscheidet über Anschaffungen und Strukturen? Der Rettungsdienst und allgemein das Gesundheitswesen sind stark regulierte Segmente im Bereich zwischen öffentlicher und privater Tätigkeit. Eine wirklich „freie“ Marktwirtschaft existiert nicht. Stattdessen sind oft wirtschaftliche Fehlanreize zu beobachten. Strittig ist immer wieder, was „wirtschaftlich“ ist und welche Strukturentscheidungen sinnvoll sind.

In fast allen Bundesländern sind jedenfalls drei wesentliche Akteure für die Strukturen und deren Ausformung in unterschiedlichen Rollen verantwortlich:

- Träger (Verwaltung, Landkreise, kreisfreie Städte, Zweckverbände)
- Krankenkassen (Kostenträger, Leistungsträger, Sozialversicherungsträger etc.)
- Leistungserbringer (Hilfsorganisationen und sonstige Private).

Diese Akteure haben systemisch teilweise unterschiedliche Interessen: Die Krankenkassen wollen möglichst wenig Kosten, aber dennoch eine qualitativ gute Versorgung der Versicherten. Die Leistungserbringer wollen gute Arbeit mit ausreichender Refinanzierung. Die Träger sehen sich zunächst in der gesetzlich angeordneten Gewährleistungsverantwortung für eine öffentliche Aufgabe (u. a. einen funktionierenden Rettungsdienst sicherzustellen). Sie wollen ebenfalls ihre Aufgabe gut erfüllen und sich möglichst wenig exponieren („Rechtssicherheit“ ist ein oft gehörter Wunsch).

Die Interaktion zwischen den Akteuren findet abseits von informellen Gesprächen v. a. statt

- in den Bereichsbeiräten/Bereichsausschüssen
- bei Kostenverhandlungen (oft werden Budgets oder Benutzungsentgelte verhandelt, alternativ setzen die Träger aufgrund Landesrecht Gebühren für die Leistungen fest)

- vor Schiedsstellen (in vielen Bundesländern ist eine Schiedsstelle die erste Instanz bei Meinungsverschiedenheiten zur Wirtschaftlichkeit, gegen deren Entscheidung geht es in zweiter Instanz vor das Verwaltungsgericht).

Wirtschaftlichkeitsgebot (SGB V, HRDG etc.)

Rechtliche Regelungen im Rettungsdienst stammen aus verschiedenen Bereichen: vom Bundesrecht (SGB V – Sozialgesetzbuch [SGB] Fünftes Buch [V] – Gesetzliche Krankenversicherung) über Landesrecht (Landesrettungsdienstgesetze etc.) bis hin zu untergesetzlichen Regelungen (Bedarfsplanung, SOPS etc.). Alle Regelungen haben sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit im Blick – was konkret „wirtschaftlich“ ist, ist naturgemäß strittig.

Signifikante Kosten sollten nicht ohne Begründung und Abstimmung verursacht werden, weil sonst Träger und Leistungserbringer Risiko laufen, dass sie selbst auf diesen ggf. unwirtschaftlichen Kosten sitzen bleiben.

Aus § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V ergibt sich, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen (§ 2 SGB V), die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

In Bezug auf den Rettungsdienst ergibt sich darüber hinaus noch Folgendes in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit aus dem SGB V: § 60 Abs. 1 S. 1 SGB V stellt klar, dass die Fahrkosten (begrifflich und regulatorisch ein schon seit langem kritizierter Anachronismus, da der präklinische Rettungsdienst auch außerhalb von „Fahrten“ medizinisch tätig sein kann) „nur“ unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden. Konkret sieht § 60 Abs. 1 S. 1 SGB V vor: „Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.“ Spezifische Regelungen für Kostenübernahme mit Bezug zum Rettungsdienst (Rettungsfahrten mit RTW/NAW und qualifizierter Krankentransport mit dem KTW) trifft § 60 Abs. 2 SGB V.

§ 133 SGB V regelt das Spannungsverhältnis, wenn „Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt“ werden. Dies ist der Fall, wenn Gebührensatzungen durch Träger erlassen werden. Für diesen

Fall (wenn nicht bi-/trilateral ein Budget verhandelt wird) ermöglicht die Regelung, dass die Krankenkassen nicht unbeschränkt leistungspflichtig sind und unwirtschaftliche Kosten nicht erstatten müssen:

„(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind, oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist.

(3) Absatz 1 gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.“

Damit wird erkennbar ein Regulativ für Träger gesetzt, damit nicht über Gebührensatzungen Kosten ohne Kontrolle auf die Sozialversicherungsträger abgewälzt werden. Die Nummer 2 in Absatz 2 bezieht sich i. d. R. auf Vorhaltungen, die für den Katastrophenschutz (KatS) gedacht sind (dabei gibt es naturgemäß Grauzonen, weil z. B. Ressourcen des KatS auch bei größeren Unfällen unterhalb der Katastrophenschwelle [MANV] genutzt werden und auch nach SGB V abrechenbar sind). Die Nummer 3 in Absatz 2 macht deutlich, dass es gewisse „rechtlich vorgegebene“ Verpflichtungen zur Sicherstellung des Rettungsdienstes gibt. Wenn man diesen rechtlich vorgegebenen Rahmen (der im Einzelfall zu definieren ist) überschreitet, wird die Leistungserbringung „unwirtschaftlich“. Dies hat wiederum zur Folge, dass „die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten (...) in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken“ können. Wenn somit ein Rettungsdienstbereich deutlich höhere Kosten erzeugt (z. B. durch teure Festlegungen der ÄLRD zur Ausstattung und Ausbildung), werden diese Kosten nicht refinanziert. Dies erzeugt dann wiederum die Frage, inwieweit der Träger diese Wünsche der ÄLRD (zu Lasten der Leistungserbringer und Kosten-/Leistungsträger!) selbst finanzieren muss. Dies macht



Abb. 2: Richtiger Einsatz von Medizintechnik kann Leben retten.

wiederum deutlich, dass signifikante Kosten nicht ohne Begründung und Abstimmung verursacht werden sollten, weil sonst Träger und Leistungserbringer Risiko laufen, dass sie selbst auf diesen ggf. unwirtschaftlichen Kosten sitzen bleiben.

Landesrettungsdienstgesetze und Wirtschaftlichkeit

Diverse Rettungsdienstgesetze der Bundesländer (nachfolgend Schwerpunkt Hessen) betonen ebenfalls an mehreren Stellen das Wirtschaftlichkeitsgebot. In § 1 HRDG stellt der Gesetzgeber Folgendes klar: „Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge und integraler Bestandteil eines umfassenden Bevölkerungsschutzes in allen Situationen, in denen die Gesundheit von Menschen gefährdet ist. Er hat die bedarfsgerechte, wirtschaftliche und dem aktuellen Stand der Medizin und Technik entsprechende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports sicherzustellen.“

Darüber hinaus ergibt sich aus § 10 Abs. 1 S. 1 HRDG: „Die Leistungserbringer können für die ihnen im Rahmen der bedarfsgerechten rettungsdienstlichen und notärztlichen Aufgabenerfüllung bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehenden Kosten im eigenen Namen privatrechtliche Benutzungsentgelte erheben. Über die Höhe der Benutzungsentgelte sollen die Leistungserbringer mit den Leistungsträgern Vereinbarungen treffen (...)“

Zudem werden die Träger gem. § 17 Abs. 3 Nr. 3 HRDG verpflichtet, den Leistungsträgern/Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte zur Beurteilung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes zu erteilen. Dies dient ersichtlich der Vorbereitung und kritischen Begleitung der vom Gesetz vorgesehenen Verhandlung über die Entgeltvereinbarungen. In anderen Bundesländern ist z. B. „mit den Kostenträ-

gern auf das Einvernehmen zu den kostenrelevanten Unterlagen“ hinzuwirken (Sachsen, § 31 Abs. 2 SächsBRKG; Niedersachsen: § 15 NRettdG – Beteiligung der Kostenträger; Nordrhein-Westfalen: gem. § 14 Abs. 2 RettG NRW ist der Entwurf der Gebührensatzung den Verbänden der Krankenkassen mit beurteilungsfähigen Unterlagen zur Stellungnahme zuzuleiten usw.).

Die Konstellation, dass durch den Träger/ÄLRD durch Festlegung (s. u.) Kosten bei den Leistungserbringern erzeugt werden, wird nicht explizit geregelt. Landesrechtlich ist oft eine Mischfinanzierung in einem bestimmten Bereich festgelegt. Übergreifende Einrichtungen der Gefahrenabwehr (z. B. Leitstellen, Funktechnik) werden grundsätzlich staatlich (also nicht von den Leistungsträgern/Krankenkassen/Kostenträgern) (mit-)finanziert und vom Rettungsdienst (mit-)genutzt.

Für eigene Aufwendungen (die nicht staatlich refinanziert werden) können die Träger „Benutzungsgebühren [...] erheben. Dabei können 20 % der entstandenen Personalkosten der Zentralen Leitstellen nicht in Ansatz gebracht werden (Eigenanteil).“ (§ 9 HRDG).



Abb. 3: Welche Medizintechnik wird eingesetzt? Oft entscheidet der ÄLRD.

Aufgaben des ÄLRD

Aufgabe des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst ist nach dem HRDG die Sicherstellung der effizienten und effektiven Erfüllung der Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements. Ähnlich formulieren diverse andere Bundesländer (dort wird der ÄLRD teilweise auch LNA – Leitender Notarzt – genannt, z. B. § 10 Abs. 2 RDG BaWü), weitere Rechtsgrundlagen, z. B. für Niedersachsen: § 10 NRettdG; für Nordrhein-Westfalen: § 7 Abs. 3 RettG NRW.

Damit ist schon in der Grundstruktur klargestellt, dass die ÄLRD keine allgemein strukturellen Aufgaben haben, sondern i. d. R. auf den Bereich

des Qualitätsmanagements und die Medizin beschränkt sind. Die Qualität wird naturgemäß auch durch Strukturentscheidungen beeinflusst: Schlechte Fahrzeuge und schlechtes Material (z. B. leicht verwechselbare Ampullen) können ggf. Patienten und Personal gefährden.

Trivial ist allerdings die Erkenntnis, dass Qualität nicht allein durch Anschaffungen und Material beeinflusst wird – fachkundiges und motiviertes Personal gehört ebenfalls dazu. Dieses muss mit den medizinischen Geräten umgehen können und vom Nutzen und der Handlungsrelevanz überzeugt sein.

Ebenfalls unbestritten ist, dass Entscheidungen zu Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel wirtschaftlich sein müssen. Wirtschaftlichkeit kann man anhand unterschiedlicher Punkte bemessen. Allgemein legt man in den Wirtschaftswissenschaften und diversen rechtlichen Bereichen (z. B. Vergaberecht) eine gewisse Kosten-/Nutzen-Relation zugrunde.

Aufgaben Bereichsbeirat (und Landesbeirat)

Bereichsbeiräte/-ausschüsse beraten und unterstützen die Entscheidungsfindung im jeweiligen Rettungsdienstbereich. Sie sollen die Zusammenarbeit der Beteiligten sichern und Qualität erzeugen. In der Regel sind die Träger und Leistungserbringer in den Ausschüssen/Beiräten, auf der „Gegenseite“ die Krankenkassen.

Der Bereichsbeirat wirkt insbesondere bei der Fortschreibung des Bedarfs-/Bereichsplanes mit. Dieser ist die Grundlage für zentrale Strukturentscheidungen mit signifikanten Auswirkungen auf die Kosten (Rettungswachen, Vorhaltezeiten für Fahrzeuge etc.). Entsprechende Gremien auf Landesebene befassen sich insbesondere mit Fragen des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst.

Wenn die Beteiligten im Bereichsbeirat zusammenarbeiten sollen (so die gesetzliche Aussage in diversen Bundesländern), ergibt sich logisch zwangsläufig auch die Pflicht zur gegenseitigen Information und Abstimmung bei wichtigen Struktur- und Investitionsentscheidungen.

Begrenzttes Recht der ÄLRD zur Festlegung, Pflicht zur Abstimmung

Die ÄLRD haben kein freies Ermessen, wenn sie „medizintechnische Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel festlegen“ (§ 20 Abs. 3 Nr. 5 HRDG). Zunächst sind sie auf den Unterbereich ihrer gesetzlichen „Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements“ festgelegt. Darüber

hinaus haben sie im Rahmen der üblichen Ermessenskontrolle im Verwaltungsrecht diverse weitere rechtliche Vorgaben zu beachten (s. dazu nachfolgend). Dies geht von Vorgaben im Landesrecht und Vergaberecht über Normen bis zur allgemeinen Vorgabe der Wirtschaftlichkeit. Daraus resultiert wiederum eine Pflicht, sich (u. a. im Bereichsbeirat) mit den weiteren Beteiligten, insbesondere den Leistungsträgern/Krankenkassen, zur Frage der Wirtschaftlichkeit abzustimmen.

Allgemeine Vorgaben außerhalb des Rettungsdienstbereiches

- Landesvorgaben: Aus Landesrecht (z. B. Landesrettungsdienstplan Hessen, 3.3.1 Rettungsmittel zur Durchführung der Notfallversorgung) sind teilweise Vorgaben zu Fahrzeugen und Ausstattung ersichtlich. Diese sagen aber nichts zu Sonografie und zu Einzelheiten der Rettungsmittelausstattung aus. Der Landesrettungsdienstplan verweist auf die jeweiligen Bereichspläne und stellt klar, dass die Infrastruktur regelmäßig „auf ihre aktuelle Bedarfsnotwendigkeit hin zu prüfen“ ist und der Plan spätestens alle fünf Jahre fortzuschreiben ist. Auch hier wird die Pflicht zur Abstimmung betont: „Soweit sich innerhalb dieses Zeitraumes wesentliche Veränderungen ergeben haben, sind diese mit dem Bereichsbeirat nach § 16 Abs. 2 HRDG zu beraten und im Rahmen der Fortschreibung der Bereichsplanung umzusetzen.“ (5.1 am Ende; S. 23). In anderen Bundesländern bestehen ähnliche Vorgaben. Auch damit wird die Interaktion zwischen den Beteiligten sichergestellt, insbesondere mit den Leistungsträgern/Krankenkassen. Die Leistungsträger können so entstehende Kosten schon in der Anfangsphase hinterfragen, so dass ein kritischer Austausch zur Wirtschaftlichkeit schon vor der Beschaffungsentscheidung stattfinden kann (und man sich nicht später über hohe Mehrkosten vor der Schiedsstelle und dem Verwaltungsgericht streitet).
- Vergaberecht (Beschaffung der Träger): Wenn der Träger (ergänzend zu den Leistungserbringern) Infrastruktur beschafft (Leitstellentechnik, Einsatzdatenerfassung, Tele-Notarzt-Systeme etc.) begrenzt dies ebenfalls Befugnisse der ÄLRD. Dabei steht dem Träger insbesondere ein umfassendes Bestimmungsrecht (§ 31 VgV) im Hinblick auf den Beschaffungsbedarf zu. Er muss aber auch produktneutral (!) ausschreiben. Daneben trifft der Träger letztlich (anhand der vorab festlegten Eignungs- und insbesondere Zuschlagskriterien) die Entschei-



Einsatz in lebensbedrohlichen Lagen

Zwar selten, aber eine besondere Herausforderung

SEGmente Band 11

Notarzt und Notfallsanitäter beim Terroranschlag

von S. Müller, A. Jansch, G. Hill, P. Fischer

- **Erfahrungen aus nationalen und internationalen Lagen**
- **Einsatzgrundsätze für Terror- und Bedrohungslagen**
- **Maßnahmen der Patientenversorgung**

Die Autoren stellen Konzepte für den Rettungsdienst zum Verhalten in lebensbedrohlichen Einsatzlagen vor. Sie besprechen verschiedene Einsatzlagen, wie Amokläufe und Attentate, und erklären physikalische Phänomene und pathophysiologische Konsequenzen von Explosions-, Schuss- und Stichwaffenverletzungen. Darauf aufbauend werden die rettungsdienstliche Taktik und die (Vor-)Sichtung beim Terroranschlag dargelegt.



- 3. Auflage 2023
- 112 Seiten
- 13 Abbildungen, 6 Tabellen
- durchgehend farbig, Softcover

Best.-Nr. 146B3

€ **10,90**

Bestellen Sie jetzt direkt
in unserem Online-Shop:

www.skverlag.de/shop

S+K
Stumpf+Kossendey
Verlag

Investitionsentscheidungen am Beispiel Sonografie auf RTW

- Träger/ÄLRD haben kein freies Ermessen
- Wirtschaftlichkeit muss dargestellt werden
- zuständige Gremien müssen am Diskussionsprozess beteiligt werden
- Entscheidung muss gut begründet sein
- Kostenträger haben ein Mitspracherecht

derung, welches Angebot den Zuschlag erhalten soll. In diesem Prozess kann und sollte sich der ÄLRD auch einbringen, hat aber keine Letztentscheidungskompetenz.

- Wissenschaft/Medizin/Normung: In bestimmten Normen (DIN/EN, z. B. EN 1789) ist die Mindestausstattung für diverse Rettungsfahrzeuge festgelegt. Dort ist nach aktuellem Stand die Sonografie nicht im Standard enthalten, jedenfalls nicht auf den Rettungswagen (RTW). Bei arztbesetzten Rettungsmitteln (NEF – Notarzteinsatzfahrzeug) verbreitet sich mobiles Ultraschall.

Das Recht, Ausstattung etc. festzulegen, ist schon per se beschränkt. Es gibt kein freies Ermessen – weder des Trägers noch der ÄLRD.

- Wirtschaftlichkeit und Qualität (Einheitlichkeit): Die ÄLRD haben, wie oben dargelegt, die Aufgabe der Qualitätssicherung. Die Ausstattung der Rettungsmittel (über die arztbesetzten Rettungsmittel hinaus) kann sich durchaus auf die Qualität auswirken. Allerdings muss eine Anschaffung mit signifikanten Folgekosten sich vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit rechtfertigen. Es ist unklar, ob mobiler Ultraschall flächendeckend für RTW (also über NEF hinaus) einen signifikanten Mehrwert bringt oder unwirtschaftlich ist. Der Einbau in die RTW muss sicher möglich sein. Gerade induktive Ladehalterungen sind teilweise problematisch. Neben den Investitionskosten von ca. 2.000 – 4.000 Euro kommen in den Folgejahren noch Kosten für sicherheitstechnische Kontrollen etc. (MPG) hinzu. Die Aus- und Fortbildung des Personals erzeugt weitere erhebliche Mehrkosten, nicht nur für Unterricht/Praktika selbst, sondern vor allem durch den Zeitbedarf (Personalausfall). Diese erheblichen Kosten müssen mit dem Nutzen und der Handlungsrelevanz für das nicht-ärztliche Personal abgewogen werden (v. a. vor dem Hintergrund, dass die allermeisten NA-besetzten Rettungsmittel

über Sonografie verfügen). Diese Überlegungen müssen offen abgewogen und diskutiert werden – das entspricht im Übrigen auch dem Grundsatz der Fehlervermeidung, den man im Rettungsdienst über CRM (Crew Resource Management) schon seit längerem implementiert, um gute Entscheidungen im Sinne und Patienten treffen zu können. Eine kritische und offene Abwägung aller Punkte gehört dazu.

Recht zur Festlegung beinhaltet Pflicht zur Abstimmung

Das Recht, Ausstattung etc. festzulegen, ist wie dargelegt schon per se beschränkt. Es gibt kein freies Ermessen – weder des Trägers noch der ÄLRD. Die Wirtschaftlichkeitsvorgaben müssen eingehalten werden. Da dies in diversen Einzelfällen strittig ist (zumal der Spardruck bei den Kassen massiv steigt), muss zu relevanten Investitions- und Strukturentscheidungen eine Abstimmung im jeweiligen Bereichsbeirat stattfinden und die Entscheidung wohl abgewogen dokumentiert werden. Anderenfalls ist das Risiko sehr hoch, dass die Kosten-/Leistungsträger Mehrkosten ablehnen und ggf. auch vor Schiedsstelle und Verwaltungsgericht Recht bekommen.

Falls Träger/ÄLRD Anschaffungsentscheidungen ohne die rechtlich vorgesehene Abstimmung treffen, müssen sie ggf. die Kosten aus den kommunalen Haushalten selbst finanzieren. Angesichts der rasant steigenden Kosten und Defizite in Haushalten und bei den Kostenträgern ist dies ein schwieriges Unterfangen. ☪

Anmerkungen:

1. Gabriel M, Mertens S, Priefß HJ, Stein RM (Hrsg.) (2022) Beck'scher Online-Kommentar zum Vergaberecht. BeckOK VergabeR/Essig, 28. Ed. 30. April 2022, GWB Wirtschaftlichkeit in der öffentlichen Beschaffung Rn. 1-38.
2. Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (Hrsg.) (2001) Gemeinsame Stellungnahme der DIVI und der BAND zum Typ B (Notfallkrankwagen) und Typ C (Rettungswagen) der Europäischen Norm EN 1789 vom 23. Januar 2001. <https://band-online.de/europaeische-norm-krankkraftwagen-en-1789/> (Abruf: 15. August 2023) und DIN EN 1789:2020-12: Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen; Deutsche Fassung EN 1789:2020.
3. Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (Hrsg.) (2019) DEGUM fordert: Notarzteinsatzfahrzeuge flächendeckend mit Sonografie ausstatten. www.degum.de/presse/pressemitteilungen/im-detail/news/degum-fordert-notarzteinsatzfahrzeuge-flaechendeckend-mit-sonografie-ausstatten.html (Abruf: 15. August 2023).

Der Autor



René M. Kieselmann

ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Vergaberecht. Er ist seit 1993 ehrenamtlich im Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz aktiv.