kommunalpolitisches forum Land Brandenburg e.V.

„Gesundheitspolitik – kommunale und private Krankenhäuser – ist das wichtig?“ und „Was wollen wir uns im Rettungsdienst leisten?“ Handreichung zum kommunalpolitischen Tag vom 12. März 2005

kommunal – aktuell
02-05

März 2005

Impressum
Herausgeber:
kommunalpolitisches forum Land Brandenburg e.V.
Kontakt: Geschäftsstelle, Heinersdorfer Str. 8, 16321 Bernau;
Tel./Fax.: 03338/459293-94; 459295
e-mail:kf-land-brandenburg-ev@gmx.de
www..kf-land-brandenburg.de
V.i.S.d.P.: Steffen Friedrich
Redaktionsschluss
März 2005

Klinikprivatisierung bleibt riskant
Kommunen und Patienten werden beschnitten

Dr. Axel Holz
AG Gesund und Soziales
beim Bundesvorstand der PDS

Prognosen fallen einseitig aus

Folgt man den Aussagen der jüngsten Studie der Stuttgarter Wirtschaftsprüfungsgesellschaft „Ernst &Young“, wird sich der Gesundheitsmarkt in den nächsten 15 Jahre zu einem gigantischen Wachstumsmarkt entwickeln. Danach werden sich die Ausgaben für gesundheitliche Versorgung auf 500 Mrd. € verdoppeln . Der Staat werde sich aus der Gesundheitsversorgung zurückziehen. Die gesundheitliche Versorgung werde sich auf eine Grundversorgung beschränken und auf Kopfpauschalen basieren. Das Wachstum werde im Wesentlichen durch die privaten Haushalte getragen, deren Anteil an den Gesamtausgaben von 12 auf 30 Prozent steigen. Verbunden sei der Prozess mit einem massiven Kliniksterben. Jedes vierte der rund 2000 deutschen Krankenhäuser werde schließen müssen. Von zuletzt 723 staatlichen Krankenhäusern würden 225 übrig bleiben. Dagegen werde die Zahl der Privatkliniken von 468 auf 675 zunehmen. Um diesem Horrorszenario Glauben zu schenken, müsste Politik auf ihr demokratisches Geschäft verzichten und durch reine Wirtschaftsinteressen ersetzt werden. so weit sind wir aber noch nicht in Europa. Amerikanische Gesundheitsexperten haben wiederholt vor einer Privatisierung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung gewarnt. Tatsächlich finden überall in Europa Umstrukturierungsprozesse statt, um die bestehenden Solidarsysteme durch mehr Wirtschaftlichkeit und eine nachhaltige Finanzierung auf solide Grundlagen zu stellen. Eine Abkopplung der Finanzierung des Gesundheitswesen von der einseitigen Fixierung auf den sinkenden Arbeitsmarkt wird bei der Lösung dieser Aufgabe ebenso notwendig sein wie die weitere Beteiligung von Unternehmen und Versicherten an der Finanzierung der Gesundheitsleistungen. „Ernst & Young“ haben darauf verwiesen, dass ihre Studie frei von politischem Kalkül sei. Eben dieses Kalkül müssen wir aber in Rechnung stellen, wenn für die Entwicklung des Gesundheitswesens verantwortliche Lösungen gefunden werden sollen.
Derzeit haben wir einen ausgewogenen Krankenhausmarkt, bestehend aus öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern. Der Gesetzgeber legt Wert auf die Ausgewogenheit der Trägerlandschaft. Das Wirtschaftsinstitut RWI hat 2004 prognostiziert, dass sich der Anteil der privaten Kliniken in den nächsten fünf Jahren von 22 auf 30-40 % erhöhen wird. Offensichtlich wird mit derartigen Studien selbst Politik gemacht. Beim HPS-Gesundheitstag in Frankfurt am Main haben im vergangenen Jahr Experten aus der privaten Klinikwirtschaft den derzeitigen Marktanteil der privaten Kliniken auf 10 % geschätzt und eine vage Entwicklung dieses Marktes auf 15-20 % bis 2010 vorausgesagt. Eine vollständige Privatisierung der Krankenhauslandschaft sei Utopie, heißt es dort. Auch das Anlegerverhalten sei in diesem Sektor eher zurückhaltend. Bisher existiert mit dem Rhön-Klinikum erst ein

Konzern, der den Gang an die Börse gewagt hat. Langfristig wird es nach der Einschätzung von Experten ein Nebeneinander von privaten und öffentlich-rechtlichen Trägern geben.

Der Krankenhausmarkt ist in Bewegung

Die stufenweise Einführung von Fallpauschalen (DRG) im deutschen Krankenhaussystem ist beschlossene Sache. Damit erfolgt in der Vergütung von Krankenhausleistungen schrittweise der Übergang von Pflegesätzen zu DRG und Sonderentgelten. Im internationalen Vergleich lagen die deutschen Krankenhäuser bei den Fallzahlen und in der Verweildauer bisher im oberen Bereich. Ziel der Umstellung ist es, die Vergütung an den tatsächlichen Leistungen zu orientieren und schließlich bundesweit für gleiche Leistungen gleiche Vergütungen zu zahlen. Damit soll die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser erhöht werden, Fallzahlen und Verweildauer gesenkt werden und bestimmte Leistungen in den nachgelagerten ambulanten oder Rehabilitationssektor verlagert werden. Mit Sicherheit wird damit die Krankenhauslandschaft verkleinert. Bedroht sind v.a. kleine Krankenhäuser in Ostdeutschland. Die sind dort trotz drastischer Reduzierung der Krankenhauslandschaft in den letzten fünfzehn Jahren überdurchschnittlich vertreten. Alternativen zur Aufrechterhaltung der notwendigen medizinischen Versorgung bei der Schließung eines Teiles der Häuser werden weiter unten aufgezeigt. Die Ankündigung der DRG-Einführung ab 2004 hatte bereits im Vorjahr zu einer Absenkung der Krankenhausverweildauer auf durchschnittlich 8,9 Tage je Krankenhausfall geführt. Zusätzlich sank die Zahl der Krankenhausfälle 2003 zum ersten mal seit Einführung der Krankenhausstatistik im Jahre 1991 um 130.000 auf 17,3 Millionen.

Nun haben sich erstmals die Spitzenverbände der Krankenkassen und die deutsche Krankenhausgesellschaft für das Jahr 2005 auf einen DRG-Katalog geeinigt. Die Zahl de Fallgruppen steigt von 39 auf 845, die der Sonderentgelte von 26 auf 71. Dadurch sollen v.a. die Leistungen der Maximalversorgung abgebildet werden. In den nächsten drei Jahren soll das Vergütungsniveau auf ein bundeseinheitliches Niveau angepasst werden. Die Länder steuern dagegen und wollen den Übergang zu einer leistungsgerechten Vergütung auf zehn Prozent pro Jahr beschränken. Budgetverluste für ineffiziente Häuser werden zunächst auf ein Prozent begrenzt. Hintergrund ist das fiskalische Interesse der Länder, durch ineffiziente Unikliniken nicht belastet zu werden. Kleine Häuser in Regionen mit schwacher Versorgungsstruktur sind bereits durch Strukturzuschläge geschützt. Das ist die Regie der DRG-Einführung. Perspektivisch ist geplant, die Abrechnung der DRG an Mindestfallmengen zu binden. Dadurch soll die qualifizierte Erbringung einzelner Leistungen gesichert werden. Eben an diesem Punkt wird sich das Schicksal wenig effizienter kleinerer Häuser scheiden.

Perspektiven der Krankenhausfinanzierung

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hatte in § 14 für die neuen Bundesländer von 1995 bis 2004 ein Förderprogramm für Krankenhausinvestitionen vorgesehen. Jährlich sind etwa 700 Mill. € in die Sanierung des ostdeutschen Krankenhausbestandes geflossen. Die Fördermittel werden jeweils zur Hälfte vom Bund und den Ländern unabhängig von der Trägerschaft der Krankenhäuser bereitgestellt, wenn das betreffende Krankenhaus im Krankenhausplan aufgeführt ist. Mittlerweile sind die Krankenhäuser im Ostdeutschland im Durchschnitt in besserer Verfassung als in den alten Ländern. In Mecklenburg-Vorpommern ist von den verbleibenden Krankenhäusern nur das in Neustrelitz bisher nicht saniert worden.

Insgesamt sind allein in Mecklenburg-Vorpommern 1,8 Mrd. € in die Krankenhauslandschaft investiert worden. Bis 2014 wird es weitere Investitionsförderungen für die Krankenhäuser geben. Die Krankenhausbenutzungsbeiträge von 6-7 € je Patient und Krankenhaustag werden von den Krankenhäusern erhoben und über die Krankenhausgesellschaf weiter als Investitionsfond an das Sozialministerium weitergeleitet. Davon sollen auch in Zukunft Investitionen in den Krankenhäusern finanziert werden.
Insgesamt werden die Landesmittel zur Krankenhausförderung zukünftig geringer ausfallen. Grundsätzlich bleibt es aber bei der dualen Finanzierung durch Bund und Länder. Die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung ist eher unwahrscheinlich. In diesem Falle müssten die Krankenversicherungsbeiträge aller Kassen um +0,5 Prozentpunkte angehoben werden. Bei dem gegenwärtigen politischen Druck zur Senkung der Kassenbeiträge ist damit aber nicht zu rechnen.
Die schrittweise Einführung der DRG wird dazuführen, dass zukünftig die Krankenhausplanung der Marktentwicklung hinterherlaufen wird. Ab 2008 ist der Markt komplett für die DRG-Abrechnung freigegeben. Das bedeutet, dass es ab diesem Zeitpunkt keine Budgets mehr geben wird, sondern ausschließlich DRG und Sonderentgelte.
Für die Krankenhäuser sind bereits jetzt Ersatzinvestitionen in der Geräte-Medizin notwendig, die nicht allein aus den Überschüssen finanziert werden können. So haben die Schweriner Helios-Kliniken bei einem jährlichen Überschuss von etwa einer halben Million € einen Investitionsersatzbedarf von mindestens 10 Mill. €. Kommunale Krankenhausträger geraten deshalb häufig unter finanziellen Druck. Das eigentliche Problem dabei ist der Wunsch der Krankenhäuser, notwendige Ersatzinvestitionen aus den Investitions- und pauschalen Fördermitteln des Landes möglichst schneller zu realisieren, als das Land die notwendigen Mittel bereitstellen kann. Diese Garantie kann ein privater Betreiber aber auch nicht geben. Das vermeintliche Privatisierungsargument erweist sich bei genauerer Betrachtung als ein Scheinargument. Die Investitionszusagen der privaten Klinikkonzerne werden in der Regel auch nur zeitlich gestreckt realisiert.

Auswirkungen der Privatisierung und Alternativen
Klinikprivatisierungen bewirken ebenso wenig an sich eine Verbesserung wie eine Verschlechterung der Versorgung. In jedem Falle entscheidet die konkrete Führung des Hauses über den Erfolg und die Positionierung des Anbieters in der Krankenhauslandschaft. Privatisierungen öffentlicher Einrichtungen sind aber immer mit Stellenabbau, mit Arbeitsverdichtung und Lohnkürzungen verbunden. 70 bis 80 Prozent der Krankenhauskosten sind Personalkosten. Mit Sicherheit wird eine privater Betreiber bei der wirtschaftlichen Umstellung des Krankenhauses den Hebel hier ansetzen. Statt BAT wird der Betreiber Haustarifverträge abschließen. Während die Gehälter der Ärzte in der Regel steigen, wird der generell stark gebeutelte Pflegesektor nun auch noch finanziell gestutzt.
Entlassungen können bei Privatisierungen durchaus vermieden werden. Der Zusammenschluss der hessischen Kliniken Gießen und Marburg sieht nach der Privatisierung den Verzicht auf Kündigungen bis 2010 vor. Bei einem Auslaufen von jährlich 5-10 % befristeter Verträge würden so bis 2010 3.000 der insgesamt 10.000 Arbeitsplätze wegfallen. Tatsächlich ist für die Anpassung einer Klinik an den schrumpfenden Markt durch Klinikfusionen, Schließungen, integrierte Versorgung und die Abgabe von Aufgaben an medizinische Versorgungszentren eine Privatisierung nicht zwingend erforderlich. Allein die Umwandlung der Rechtsform bietet für den wirtschaftlichen Erfolg keine Garantie. Durch die Privatisierung von

Kliniken werden die bestehenden Probleme verkauft, aber nicht gelöst, meint der Präsident des Allgemeinen Patientenverbandes Christian Zimmermann. Für das Überleben einer Klinik sollten Arbeitsteilung, Organisation, Personalentwicklung und Qualifizierung verbessert werden. Die Entwicklung eines strategischen Konzeptes ist dafür unabdingbar.
Gelegentlich haben Privatisierungen auch direkten Einfluss auf die Patientenversorgung. Der Abbau von Betten, die Überbelegung von Zimmern, die Einschränkung von Leistungen und eine Verschlechterung der Patientenversorgung durch Nichtbesetzung frei werdender Stellen sind nach Krankenhausprivatisierungen keine Seltenheit. Trotz hoher Investitionen, etwa in einen modernen Küchenkomplex, kann sich die Verpflegungssituation durchaus verschlechtern. Patientenbeschwerden belegen das nach der Schweriner Privatisierung ausdrücklich.
Die aus der Wirtschaft und der Kassenlandschaft bekannte Ausgliederung von Unternehmensteilen ist durchaus ohne Privatisierung möglich. Die Ausgliederung von spezialisierten Servicebereichen, wie die beim Verkauf des Hamburger Landesbetriebes Krankenhäuser (LBK) vorgeschlagenen Bereiche Reinigung, Logistik, Zentralsterilisation, Software und IT, sollen den Krankenhausbetrieb auf das Kerngeschäft ausrichten. Warum soll eine solche Ausgliederung durch Übergabe an Fremdfirmen oder die Überleitung eines Teils der spezialisierten Beschäftigten in ausgegliederten Gesellschaften nicht auch in öffentlich-rechtlichen Häusern möglich sein? So kann das vorhandene Know-how in Verbindung mit Überleitungsverträgen weiter genutzt werden.
Schließlich ist der Verlust des Einflusses der Kommunen auf die Versorgungssituation ein triftiges Argument gegen die Privatisierung. Private Betreiber werden das Versorgungsangebot in lukrativen Bereichen spezialisieren und die Grundversorgung einschränken. Das Resultat sind längere Wege der Patienten, um überhaupt noch die Grundversorgung in der Region wahrnehmen zu können. Ähnliches gilt für Forschung und Ausbildung. Forschungsschwerpunkte werden in privatisierten Kliniken auf Gewinn versprechende Felder gelegt. Die Ausbildung hingegen verbleibt in der Regel bei der Kommune, wie die Privatisierung des Schweriner Medizinischen Zentrums zeigt. So werden Gewinne privatisiert und Risiken sozialisiert – zulasten der Kommunen, die sich eigentlich eine finanzielle Entlastung durch den Verkauf versprechen.
Ein wichtiges Argument bei der Ausgestaltung des Klinikangebotes stellt die Präsenz von Patienteninteressen dar. Dieser Aspekt spielt in der Bundespolitik eine wachsende politische Rolle. Durch die Etablierung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Mitspracherechte der Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss und zukünftig auch in den Ländern sollen Patienteninteressen verstärkt vertreten werden. Die Klinikprivatisierung schließt diese Interessenvertretung nahezu aus. Selbst Rudimente kommunaler Vertretung haben nur noch einen Alibicharakter, wie die Absenkung der Aufsichtratsplätze bei den Helios-Kliniken für Vertreter der Stadt auf klägliche drei Plätze zeigt.

Pro und kontra Privatisierung

Die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser ist durch die zunehmend mangelhafte Finanzausstattung der Kommunen gefährdet. Eine generelle Lösung hierfür ist nur bundespolitisch durch größeren finanziellen Spielraum der Kommunen möglich.
Die Kommunen stehen derzeit in einem Zwiespalt. Aber die Entscheidung über die Zukunft der kommunalen Krankenhäuser liegt dennoch in ihrer Hand. Deshalb ist eine ausgewogene Entscheidung der Kommunen notwendig. Durch Kooperationen mit anderen Häusern, den Zusammenschluss von Abteilungen und die

Zusammenarbeit mit Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren kann auch unter dem bestehenden Marktdruck die Existenz vieler kommunaler Krankenhäuser gesichert werden.
Auf der einen Seite stehen kurzfristige Gewinne durch den Verkauf einer kommunalen Klinik. Auf der anderen Seite stehen Personalabbau, Lohndumping, die Einschränkung von Patienteninteressen, längere Patientenwege, die Abkopplung einer ausgewogene Forschung und medizinischen Ausbildung vom Krankenhausträger und die Aufgabe des kommunalen Einflusses auf das Versorgungsprofil. Mitunter spielt auch die Furcht der kommunalen Politiker vor der Verantwortung der Kommune für Strukturberänderungen im Krankenhaus eine Rolle. Die Kommunen aber müssen sich entscheiden.

Ein bisschen Privatisierung ist nicht möglich
Private Krankenhäuser wollen Gewinn machen und eine dauerhafte Rendite erzielen. Sicher haben Kommunen, die sich für eine Krankenhausprivatisierung entscheiden, Einfluss auf den Privatisierungsprozess. Die Vertragsgestaltung lässt durch umfassende Verhandlungen dafür Raum. So hat die Stadt Hamburg vertraglich die Übernahme der wenig lukrativen Suchtklinik dauerhaft gesichert und eine Verlegung des Konzernsitzes in die Hansestadt vereinbaren können.
Aber die Klinikkonzerne haben ein ebensolches Interesse, diesen Raum nach Möglichkeit einzuschränken und sie verfügen dafür über ein professionelles Instrumentarium. Das beginnt bereits in vielen Fällen mit der nichtöffentlichen Ausrichtung der Bietergespräche und Vorlegung der Angebote. In Hamburg bleibt die Stadt auf Pensionslasten von 500 Mill. € sitzen, die sich in den kommenden Jahren auf 1,2 Mrd. € erhöhen werden. Die Lösung dieses Problem der Stadt war jedoch ursprünglich der Ausgangspunkt der Privatisierungsüberlegungen gewesen. Durch Verrechnung mit aufgelaufenen Pensionslasten trotz schwarzer Zahlen im Rechnungsergebnis erhält die Stadt letztlich vom vereinbarten Verkaufspreis in Höhe von 330 Mill. € nur 20 bis30 Mill. € ausgezahlt. Weitere Zahlungen erfolgen stufenweise in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Erfolg des zweitgrößten Krankenhausverbundes in Europa.
Die Diskussion darüber, ob eine Mehrheitsbeteiligung der Kommune vorteilhaft ist, hat sich als große Illusion erwiesen. Falls keine Mehrheitsübernahme durch den Konzern möglich ist, wird nicht selten ein Stufenmodell angestrebt. Irgendwann steht die Kommune trotz Vertretung im Aufsichtsrat mit ihrem Einfluss vor der Tür. Das lehrt mittlerweile die Erfahrung. Die Bremer Gesundheitssenatorin Karin Röpke (SPD) hat dies im Zusammenhang mit notwendigen Strukturanpassungen von vier Bremer Krankenhäusern erkannt. Man wolle in Bremen den Fehler der Vollprivatisierung nicht mitmachen, sondern die Gesundheitswirtschaft weiter mitgestalten.

Birgit Wöllert
MdL Brandenburg
Gesundheitspolitische Sprecherin der PDS-Landtagsfraktion

Liebe Mitstreiterinnen, liebe Mitstreiter, sehr geehrte Gäste,

ich würde mich nach dem grundsätzlichen Referat von Axel Holz gern auf einen Aspekt konzentrieren, nämlich auf die Privatisierungsabsichten bzgl. der Landeskrankenhäuser.
Unter den Stichworten „Trägerwechsel“ bzw. „Ausgliederung aus der Landesverwaltung“ sind schon vor etwa 5 Jahren von der Landesregierung verschiedene Modelle in die Diskussion gebracht worden. Die Privatisierung war dabei nur eine von mehreren Optionen.
Vorab für diejenigen, die nicht genau wissen, um welche Häuser es dabei geht: das sind psychiatrischen Kliniken in Brandenburg an der Havel, Eberswalde, Lübben und Teupitz. Außer in Lübben ist an diesen Standorten auch der sog. Maßregelvollzug angegliedert. In den Landeskrankenhäusern sind mehr als 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.
Ausgangspunkt für Veränderungen waren Überlegungen, die durchaus nachvollziehbar sind. Es hat sich gezeigt, dass auf einem Gebiet, auf dem wirtschaftliche Überlegungen eine immer größere Rolle spielen, die jetzige Konstruktion mit dem Ministerium, der Trägerverwaltung in den Händen des Landesamtes und den Häusern selbst einfach nicht flexibel und schnell reagieren kann.
Grundsätzlich wurden anfangs folgende Modelle zur Diskussion gestellt:
1.Weiterführung als Eigenbetrieb (also keine Veränderung)
2.Anstalt öffentlichen Rechts
3.GmbH mit Land als alleinigem Gesellschafter
4.„Kommunalisierung“
5.(materielle) Privatisierung

Ich weiß nicht, ob wirklich ernsthaft Alternativen zu einer Privatisierung geprüft worden sind. Inzwischen werden jedenfalls nach einem Kabinettsbeschluss vom Februar Verkaufsverhandlungen geführt. Für das „Sonderproblem“ Maßregelvollzug ist im letzten Jahr noch das Psychisch-Kranken-Gesetz geändert worden. Diese sieht die Möglichkeit einer sog. Beleihung privater Träger mit der Durchführung des Maßregelvollzuges vor.

Die PDS hat sich von Anfang gegen eine Privatisierung der Landeskliniken ausgesprochen. Es gibt weder fachliche noch wirtschaftliche Gründe, die für eine Privatisierung sprechen:
- Kliniken leisten gute fachliche Arbeit und schreiben schwarze Zahlen
- Synergieeffekte durch Psychiatrie und MRV unter gleicher Trägerschaft
- außer einem einmaligen Erlös bleiben Kosten für das unverändert oder steigen sogar (Erfahrungen z.B. in Thüringen)
- für die Beschäftigten (darauf hat Axel Holz verwiesen) bringt eine Privatisierung eher Nachteile

Ich kann im Moment nicht sagen, welche Landkreise zu den etwa 20 Bietern gehören, die bisher ihr Interesse bekundet haben und ob sie Chancen haben (wenn für die Landesregierung der Kaufpreis die entscheidende Größe ist, muss man sicher

skeptisch sein). Eine „Kommunalisierung“ wäre aber immerhin noch ein Weg, den auch die PDS mittragen könnte. Sie würde die Chance bieten, in Kooperation mit den kommunalen Krankenhäusern in der jeweiligen Region ein vernünftiges, bedarfsgerechtes Angebot zu schaffen und dabei überflüssige Konkurrenzkämpfe zu vermeiden.

„Gesundheitspolitik – Was wollen wir uns im Rettungsdienst leisten?“

Cornelia Sawatzki
Rettungsdienstreferentin der Landesvertretung Brandenburg
der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich mich für die Einladung bedanken, mit Ihnen über das Thema Rettungsdienst zu diskutieren und dabei die Positionen und Sichtweise der Krankenkassen zu vermitteln bzw. zumindest zu verdeutlichen.

Mein Ziel ist es, Ihnen zu vermitteln, dass die Brandenburger Krankenkassen keineswegs nach dem Motto „Sparen um jeden Preis – koste es was es wolle“ verfahren, sondern dass uns viel an einem gut organisierten und funktionierendem Rettungsdienstsystem liegt. Die Gelder, die nötig sind, um dieses funktionierende System zu erhalten und zu optimieren, werden von uns Kassen überhaupt nicht in Abrede gestellt. Jeder Versicherte, der in die Situation kommt, auf den Rettungsdienst zurückgreifen zu müssen, soll dies im Vertrauen darauf tun, dass das System funktioniert.

Wie so oft, ist auch hier die Thematik so vielschichtig, dass sich die Frage – die mir als Thema für das heutige Referat gestellt wurde – nicht mit einem Satz beantworten lässt. Daher gestatten Sie mir, zunächst kurz die Grundpfeiler des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes zu skizzieren:

Der Rettungsdienst im Land Brandenburg wird auf der Grundlage des **Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes (BbgRettG**) organisiert:

- Träger des Rettungsdienstes sind die Landkreise und kreisfreien Städte (§ 3 Abs. 1).
- Die Träger des Rettungsdienstes sind verpflichtet, die notwendige Anzahl von Rettungswachen einzurichten und zu unterhalten (§ Abs. 3).
- Die Träger des Rettungsdienstes haben auf der Grundlage einer leistungsfähigen und qualitätssichernden Organisation sowie einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung des Rettungsdienstes die Kosten für die ihnen nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben zu tragen (§ 10 Abs. 1)
- Die Träger des Rettungsdienstes erheben für die Leistungen des Rettungsdienstes einheitlich von allen Personen, die den Rettungsdienst in Anspruch nehmen, Benutzungsgebühren (§ 10 Abs. 2).
- Grundlage für die Ermittlung der Benutzungsgebühren ist eine mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbarte Kosten- und Leistungsrechnung. Die von den Trägern des Rettungsdienstes auf der

Grundlage der **Kosten- und Leistungsrechnung** ermittelten Benutzungsentgelte werden als Gebühren durch Satzung festgestellt (§ 10 Abs. 2).

Die gesetzlich geforderte **Kosten- und Leistungsrechnung (KLR)** wurde im April 2001 zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und den Kassenverbände vereinbart. Sie schaffte erstmals Transparenz und ermöglicht den Kassen damit Vergleichbarkeit der Kosten für einzelne Positionen zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten.

Zu diesem Zeitpunkt aus Sicht der Krankenkassen ein erster großer Erfolg.

Wie kommen nun die Gebühren in den einzelnen Landkreisen zu Stande?

Die Feststellung der Benutzungsentgelte als Gebühren durch Satzung der Träger des Rettungsdienstes erfolgt landeseinheitlich für alle Rettungsdienstbereiche auf Grundlage der in dem vereinbarten Vordruck der KLR enthaltenen Darstellung der Kostenarten und Leistungen des Rettungsdienstes. Die Rettungswachen, die Leitstelle und die Verwaltung bilden dabei die Kostenstellen.

Es werden Gebühren gebildet für den Krankentransportwagen (KTW), den Rettungswagen (RTW), das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) sowie ein Kilometer-Zuschlag und eine Notarztpauschale (NAP).

Entsprechend der Vereinbarung zur KLR wird den Krankenkassenverbänden vor Erlass der Satzung Gelegenheit zur Stellungnahme und abschließenden Erörterung mit dem jeweiligen Träger des Rettungsdienstes gegeben, wobei Einvernehmen anzustreben ist. Die Frist der Stellungnahme beträgt 2 Monate nach Zugang der KLR und des Entwurfs der Satzung bei den Kassenverbänden.

In der Praxis sieht das so aus, dass wir die Kalkulationsunterlagen vom Träger des Rettungsdienstes erhalten und uns dazu äußern. Das heißt, wir äußern mögliche Bedenken und diskutieren diese mit dem Träger – durch das fehlende Verhandlungsrecht haben wir aber bislang keine wirklich gleichberechtigte Partnerposition. Daher bleibt bei grundsätzlichen – aus unserer Sicht schwer wiegenden – Differenzen nur der gerichtliche Klageweg. Aber dazu vielleicht nachher noch ausführlicher.

Der Rettungsdienst hat die Aufgabe insbesondere der Flächen deckenden Sicherstellung mit Leistungen der Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransportes. Somit verursacht die Vorhaltung dieses Systems, das rund um die Uhr einsatzbereit ist, hohe Kosten.

Ca. 85 – 90 % der Kosten sind einsatzunabhängige Kosten, also fixe Kosten, die z.B. für die Vorhaltung an Personal, Gebäuden und Fahrzeugen anfallen.

Lediglich **10 – 15 % der Gesamtkosten** im Rettungsdienst **sind variable Kosten,** die für Kraftstoffe, medizinisches Verbrauchsmaterial usw. bei den Einsätzen anfallen.

Unter den fixen Kosten wiederum stellen die **Personalkosten** den deutlich höchsten Anteil dar **mit ca. 90 % der Fix- bzw. ca. 75 % der Gesamtkosten des Rettungsdienstes.** Der Teil der Personalkosten, der auf das Einsatzpersonal bzw. fahrende Personal entfällt beläuft sich dabei auf ca. 55 – 65 % der Gesamtkosten des Rettungsdienstes.

Unter Kostenaspekten ist damit klar, welchem Einzelfaktor bei der Suche nach Einsparmöglichkeiten bzw. beim Streben nach Wirtschaftlichkeit ein besonderes Augenmerk zuteil wird.

Die geplanten Gesamtkosten für den Rettungsdienst im Land Brandenburg belaufen sich im Jahr **2005 auf ca. 105 Mio. €.**

Gegenüber **den geplanten Kosten für das Jahr 2004** stiegen die Kosten um ca. € 2,6 Mio. € (= 2,5 %). Dem allgemeinen Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V wird damit nicht Rechnung getragen. **Alle anderen** im Gesundheitswesen tätigen **Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Krankenhäuser)** können in diesem Jahr mit einer **Vergütungserhöung von maximal 0,38 %** rechnen.

Die Höhe der Personalkosten je Mitarbeiter ist für die Kassenverbände immer wieder Kritikpunkt.

Die Mehrzahl der Träger des Rettungsdienstes haben die Durchführung des Rettungsdienstes auf Hilfsorganisationen übertragen (z.B. DRK, JUH oder ASB).

Die Kassenverbände bzw. die Gebührenschuldner erwarten selbstverständlich, dass der Träger auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung bei den Hilfsorganisationen hinwirkt und die Kosten nicht lediglich als „Durchlaufposten“ betrachtet, da die Rechnungen letztendlich von Dritten beglichen werden. Die Gebührenschuldner erwarten, dass der Träger des Rettungsdienstes die von den Hilfsorganisationen angemeldeten Kosten nicht ohne kritische Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anerkennt.

So hat z. B. erst die wiederholte Nachfrage seitens der Kassenverbände im Erörterungsverfahren in zwei Landkreisen dazu geführt, dass der Träger die Höhe der für das Jahr 2005 geplanten Personalkosten bei den beauftragten Hilfsorganisationen nochmals kritisch hinterfragt hat. Im Ergebnis konnte der Kalkulationsansatz in den Personalkosten spürbar gesenkt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt in den Erörterungen mit den Trägern des Rettungsdienstes für die Gebührenkalkulationen des Jahres 2004 und 2005 war das zum 01.01.2004 geänderte Arbeitszeitgesetz (ArbZG).

So haben drei Landkreise bereits im Jahr 2004 bzw. 2005 das zum 01.01.2004 geänderte Arbeitszeitgesetz umgesetzt, obwohl dies nicht angezeigt war. Damit verbunden war ein erhöhter Bedarf an Einsatzpersonal. Mit der Novellierung des ArbZG wurde jedoch eine Übergangsregelung geschaffen, die besagt, dass abweichende tarifvertragliche Regelungen bis zum 31.12.2005 weiter gelten. Mit der vorzeitigen und nicht zwingenden Umsetzung des ArbZG entstanden bzw. entstehen in diesen Landkreisen Mehrkosten von je ca. € 500.000 im Jahr, die der Gebührenschuldner zu tragen hat.

In einem dieser Landkreise wurden die Gebührenschuldner darüber hinaus mit diesen Mehrkosten belastet, obwohl die notwendigen Voraussetzungen nicht geschaffen wurden, d.h. das notwendige zusätzliche Personal wurde nicht eingestellt. Die erhobenen Gebührensätze standen somit in keinem Verhältnis zur erbrachten Leistung.

Um eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten, sollten die Träger des Rettungsdienstes die Verträge mit den Hilfsorganisationen entsprechend der Empfehlung des MASGF auf höchstens 5 Jahre befristen und die Übertragung der Aufgabenerfüllung regelmäßig neu ausschreiben.

Auch dies kann zu deutlichen Kosteneinsparungen ohne Qualitätsverluste führen, wie in einem Landkreis aktuell geschehen. Das Phänomen in diesem Fall ist, dass in diesem Landkreis letztendlich der alte Leistungserbringer auch der neue Leistungserbringer ist. Die Leistungserbringung ist weiterhin ohne Einschränkungen sichergestellt, jedoch zu wirtschaftlicheren Konditionen.

Rechtliche Möglichkeiten der Krankenkassen

Der Rettungsdienst ist der einzige Bereich, in dem die Krankenkassen im Land Brandenburg nach wie vor kein Verhandlungsrecht haben und die Kommunen per Satzung die Gebühren festlegen. Ob und in welchem Umfang die Stellungnahmen und Forderungen der Krankenkassen Berücksichtigung finden, liegt im Ermessen der Träger des Rettungsdienstes.

Den Krankenkassen steht jedoch offen, eine Gebührensatzung im Wege einer Normenkontrollklage vor dem Oberverwaltungsgericht des Landes Brandenburg (OVG) überprüfen zu lassen.

Dieses Rechtsmittel wenden die Krankenkassen bei berechtigtem Interesse auch konsequent an und hatten damit bisher Erfolg, wie die nachfolgenden Beispiele zeigen:

Trotz der vereinbarten KLR und der damit auch vereinbarten Ermittlung von Kostenüber- und –unterdeckungen hat **ein Landkreis** den für das Jahr 2002 ermittelten Gewinn von ca. € 465.000 nicht Gebühren mindernd in die folgende Satzung eingestellt. Im Ergebnis des von den Krankenkassen eingeleiteten Normenkontrollverfahrens (Az: 2 D 32/02.NE) ermittelte das OVG eine Kostenüberdeckung, die mit ca. € 860.000 weit über dem in der KLR ausgewiesenen Gewinn lag und an die Gebührenschuldner zurückgeführt werden musste. Das OVG stellte eindeutig fest, dass im Rettungsdienst erwirtschaftete Gewinne an die Gebührenschuldner zurückgeführt werden müssen.

Dieses Urteil hatte auch Auswirkungen auf **zwei weitere Landkreise**. Die betroffenen Landkreise weigerten sich jedoch das Urteil des OVG anzuerkennen. Mit einem Landkreis konnte zwischenzeitlich eine außergerichtliche Einigung erzielt werden, in deren Ergebnis dieser Landkreis in den nächsten 4 Jahren 2,8 Mio. € an die Gebührenschuldner zurückführt. Gegen den zweiten Landkreis wurde Anfang des Jahres eine Normenkontrollklage eingereicht.

In einem anderen Landkreis haben die Krankenkassen wegen vermuteter unwirtschaftlicher Leistungserbringung die Gebührensatzung aus dem Jahr 1998 im Wege der Normenkontrolle überprüfen lassen (Az: 2 D 19/99.NE). Die Satzung wurde leider bereits aus formellen Gründen für nichtig erklärt, sodass die von den Krankenkassen angegriffenen Punkte nicht abschließend geklärt wurden. Unabhängig davon verständigten sich der Landkreis und die Krankenkassen auf eine Begutachtung durch ein unabhängiges Unternehmen zur Organisation und wirtschaftlichen Durchführung des Rettungsdienstes. Dem schlossen sich langwierige Verhandlungen an, um die Kosten eines wirtschaftlich betriebenen Rettungsdienstes sowie die Beträge, die als Ausgleich für die unwirtschaftliche Leistungserbringung an die Gebührenschuldner zurück zu führen waren, zu ermitteln. Letztlich wurden im Dezember 2002 ca. 1,5 Mio. € an die Krankenkassen ausgezahlt.

Insgesamt wurden bzw. werden im Ergebnis von Normenkontrollverfahren und im Rahmen von Vergleichen zur Vermeidung von Normenkontrollverfahren von **5 Landkreisen in dem Zeitraum 2002 bis 2008 ca. 8,7 Mio. € an die Gebührenschuldner zurückgeführt. Mit diesem Betrag ließe sich ein mittelgroßer Rettungsdienstbereich im Land Brandenburg mindestens ein Jahr lang bequem finanzieren!**

Dieses Ergebnis zeigt, dass Wirtschaftlichkeitsreserven in nicht geringem Umfang vorhanden sind. Diese müssen erschlossen werden.

Fazit:

Entsprechend dem Brandenburgischen Rettungsdienstgesetz haben die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des Rettungsdienstes auf der Grundlage einer leistungsfähigen und qualitätssichernden Organisation sowie einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung des Rettungsdienstes die Kosten für die ihnen obliegenden Aufgaben zu tragen. Danach haben die Träger des Rettungsdienstes dafür Sorge zu tragen, die Kosten so gering wie möglich zu halten, auch und erst recht bei Vertragsabschlüssen mit Hilfsorganisationen zu Lasten Dritter.

Dieses gesetzliche Gebot der sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung ist der Maßstab, dem Rechnung zu tragen ist.

Die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied im Bereich Fahrkosten in den neuen Bundesländern lagen im Jahr 2004 mit 25,6 % deutlich über den Ausgaben in den alten Bundesländern. Demgegenüber lagen die beitragspflichtigen Einnahmen in den neuen Bundesländern im Jahr 2004 um 22 % merklich unter den Einnahmen in den alten Bundesländern.

Jede unwirtschaftliche Leistungserbringung ist eine Verschwendung von Geldern der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, die nicht akzeptabel ist und die Beitragszahler in nicht vertretbarem Maße belastet. Die Beitragszahler - aber auch die übrigen Gebührenschuldner - müssen erwarten, dass auch die Träger des Rettungsdienstes als im Gesundheitswesen Tätige ihrer Verantwortung gerecht werden und auf einen wirtschaftlichen und sparsamen Einsatz der finanziellen Mittel achten.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich hoffe, dass es mir gelungen ist, mit diesen Ausführungen einen Einstieg in die Diskussion zu liefern und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Birgit Wöllert
MdL Brandenburg
Gesundheitspolitische Sprecherin der PDS-Landtagsfraktion

Liebe Mitstreiterinnen, liebe Mitstreiter, sehr geehrte Gäste,

der Rettungsdienst wird in Brandenburg auf der Grundlage eines Landesgesetzes durchgeführt. Dieses Rettungsdienstgesetz bestimmt die Kreise und kreisfreien Städte zu Trägern des bodengebundenen Rettungsdienstes. Insofern ist das also für Kommunalpolitiker ein Thema, mit dem sie sich zwangsläufig befassen müssen. Selbstverständlich steht an erster Stelle aller Überlegungen, dass der Rettungsdienst qualifiziert durchgeführt wird, dass Hilfsfristen eingehalten werden, dass das Personal qualifiziert ist und die Technik und die Logistik funktionieren.
Dies alles vorausgesetzt, gibt es aber durchaus für Krankenkassen, für das Land und für die Kreise berechtigte Gründe, auch die Kostenentwicklung im Auge zu behalten. Die ersten Anstöße dazu gab es schon in den 90er Jahren. Innerhalb der Krankenversicherung wurde darüber geklagt, dass die Kosten in den neuen Ländern über denen im Westen liegen. Da zugleich von den Kassen im Westen erhebliche Mittel in den Osten transferiert wurden, spitzten sich die Auseinandersetzungen zu. Vergleicht man übrigens die einzelnen Ausgabenbereiche zwischen Ost und West, so ist bis heute festzustellen, dass die Ausgaben für Fahrtkosten bei 123,5 % des „Westniveaus“ liegen.

Die PDS hat sich in den letzten Jahren intensiv an den Diskussionen um den Rettungsdienst beteiligt und auch auf Reformen gedrängt. Dabei ging und geht es nicht darum, das will ich dick unterstreichen, irgendwelche Standards zu verschlechtern oder den Bürgern Leistungen zu kürzen. Aber ich halte es für berechtigt, dass Reserven aufgespürt und genutzt werden. Wo liegen diese Reserven?
Es sind hier zwei Punkt zu nennen.

1. ist zu hinterfragen, ob es bei den heutigen technischen Möglichkeiten notwendig ist, dass jeder Kreis eine eigene Rettungsleitstelle (nicht zu verwechseln mit Rettungswachen!) haben muss. Wissenschaftliche Studien haben beachtliche Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung und Kooperation mehrerer Kreise gibt.
2. Hat sich gezeigt, dass zumindest einige Kreise bei der Kalkulation bzw. Abrechnung von Leistungen gegenüber den Krankenkassen, auch Positionen einbezogen worden sind, die mit dem Rettungsdienst nichts zu tun haben. Und bei allem Verständnis für die klammen Kommunalkassen, kann es nicht sein, dass sich die Kreise auf Kosten der Beitragszahler entlasten.

   Ergebnis der bisherigen Diskussion war eigentlich nur eine Minireform im Jahr 1999 wurde die Kosten- und Leistungsrechnung eingeführt.

Nach einer Änderung des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes ist aktuell wieder Leben in die Diskussion gekommen. Es geht dabei um die Problematik der Leitstellen und deren Zusammenführung. Damit hat sich allerdings der Gesundheitsausschuss noch nicht befasst. Hintergrund: federführend ist das Innenministerium und zwar deshalb, weil wir sog. integrierte Leitstellen haben (das heißt auch der Brand- und Katastrophenschutz wird über diese Leitstellen geführt). Nach meiner Kenntnis sind dabei Modelle mit 4 oder 5 Leitstellen im Lande in der Diskussion.

Nach den beiden Impulsreferaten und dem Beitrag der gesundheitspolitischen Sprecherin der PDS-Landtagsfraktion, entwickelte sich rasch eine zum Teil sehr kontroverse Diskussion.
Im Folgenden wird der Versuch unternommen, einen Querschnitt der Diskussion wieder zu geben. Schon jetzt entschuldigen wir uns bei den Diskutanten, die sich hier nicht wiederfinden – es handelt sich um ***kein*** *Protokoll.*

Herr Arndt, Geschäftsführer Klinikum Neuruppin
Ihm erschienen die bisher gelieferten Beiträge zu Realitätsfern. Er brachte zum Ausdruck, dass auch ein Klinikum bzw. ein Krankenhaus in dieser Gesellschaft geführt werden muss, wie jedes andere Unternehmen. Unabhängig davon, ob es uns gefällt oder auch nicht. Konkurrenzfähigkeit kann nur gewährleistet werden, wenn auch notwendige Entlassungen im Interesse einer höheren Effizienz kein Tabu-Thema sind. Tarifverhandlungen sollten weg von BAT – Haustarife sind aus seiner Sicht hilfreicher. Unterschied zwischen privatem Träger und kommunal geführten Träger gleich Null. Die widersprüchlichen Entwicklungen der Politik in den letzten Jahren machen es den kommunal geführten Häusern nicht einfach, um ihr Kerngeschäfts zu meistern.
Der Kostenaufwand steigt aber ständig. Wir wollen ein Angebot für den Bürger auf höchstem Niveau. Das schließt die Fläche in der Hochleistung aus. Ansonsten bekommt der Bürger eine Scheinversorgung. Geräte müssen immer auf neuestem Niveau sein.
Leistung kann nur erbracht werden mit einer entsprechenden Struktur. Markt wird von zu vielen unterschiedlich strukturierten Häusern bedient.
Die zugesagten Gelder fließen zu spät, deshalb müssen wir regelmäßig in Vorlage gehen. Daraus wiederum erwächst uns eine hohe Zinsbelastung. In der Folge werden die Gewinne dann mit berücksichtigt, aber niemals bei den privaten Häusern.
Es geht nicht darum, eine Versorgung zu gewährleisten, es geht nur darum, Ausgaben für die Krankenkassen zu reduzieren um jeden Preis. Das Gesundheitswesen zu privatisieren wäre der Tod des Gesundheitswesens.
Hier und nur hier ist die Politik gefragt, nämlich Bedingungen zu schaffen, um kommunalen Unternehmen überhaupt eine Chance zum Überleben einzuräumen. Nicht alles darf dem Markt überlassen werden.

Frau Grünewald, Geschäftsführerin Carl-Thiem-Klinikum (Cottbus)
Sie brachte zum Ausdruck, dass sie sich sehr darum bemüht hat, Verbünde aufzubauen. Es ist ihr nicht gelungen. Gefragt ist, dass auch ein Klinikum nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt werden muss. Dabei muss aber auch der Patient im Mittelpunkt stehen und sollte nicht im Wege sein.

Die Investitionen sind bereits bis 2014 mit Krediten belegt. Man muss aber auch über Gewinne reden dürfen. Kommunale Häuser müssen sie genauso machen dürfen wie private und andere Häuser. Eine Fusion mit Berlin wäre die Rettung im Moment. Die Fallkosten liegen in Berlin höher als in ihrem Haus. Die gleiche gesundheitliche Leistung wird an dem einen Ort anders bewertet und eingestuft, als an anderen Orten. Das kann es doch nicht sein.
Kommunale Häuser können genauso erfolgreich sein wie private Häuser, wenn die entsprechenden richtigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Frau Kirsch, Abgeordnete der SVV Schwedt
Noch in diesem Jahr wird über den Fortgang des Klinikums entschieden. Alle reden nur über Privatisierung, wie sieht es mit Verbundlösungen aus?
- noch im Verlauf der Diskussion wurde vereinbart, dass Frau Kirsch einige praktische Beispiele von Verbundlösungen zur Verfügung gestellt bekommt-

Frau Krüger, Kreistagsabgeordnete aus dem Landkreis Oder-Spree
Sie betonte, dass PDS-Abgeordnete grundsätzlich dem Privatisierungsdruck entgegensteuern müssen. Privatkliniken veröffentlichen niemals der Kommune die Zahlen, die erwirtschaftet werden. Die Gewinne stehen nicht den Patienten zur Verfügung, sondern gehen in andere Hände, in die Hände der Aktionäre.

Herr Lauterbach, Verwaltungsdirektor Klinikum Barnim GmbH
Es existieren nur noch eine Hand voll kommunaler Häuser, die wirtschaftlich arbeiten. Zum Beispiel waren mit der Privatisierung vom Krankenhaus Frankfurt/Oder große Hoffnungen verbunden. Das Geld ist mittlerweile weg. Versprechungen sind nicht eingehalten worden. Das Helios-Klinikum errichtet ein neues Krankenhaus aus Eigenmitteln. Höhere Erlöse für die gleichen Leistungen bringen das mit sich. 10 bis 15 % Rendite nach Steuern! Kommunale Häuser müssen ähnlich strukturiert arbeiten, anders geht es nicht. Das Geld soll dann für weitere Investitionen verwendet werden. Darum kämpfen wir für den Erhalt der kommunalen Häuser im Land Brandenburg. Es geht auch darum, was ein Krankenhausträger als größter Arbeitgeber der Region der Kommune auch zurückgeben kann. Synergieeffekte mit der Landesklinik sind in Arbeit mit entsprechenden Arbeitskonzepten.

Auf die etwas zugespitzten Fragen: Was ist angemessener Rettungsdienst? und Was darf ein Rettungsdienst kosten?

Antwortete Frau Binder-Pinkepank, Rettungsdienstreferentin VdAK Potsdam sinngemäß wie folgt:
Alles, was zur Rettung notwendig ist, um Hilfsfristen einzuhalten, muss getan werden. Und wird auch von den Krankenkassen akzeptiert. Leben retten steht im Vordergrund. Die Gewinne der Krankenkassen sind vom Gesetzgeber so gewollt, weil die Beitragssätze nicht weiter steigen sollen. Kassen müssen dort sparen, wo es möglich ist.

Frau Enders, Amtsleiterin Ordnungsamt der Stadt Lübben
Betonte, dass ihr Landkreis bisher ohne Normkontrollverfahren die Aufgaben bewältigen konnte. Bisher konnte man sich immer gütlich einigen. In der Praxis hat

es sich bewährt, jährlich eine Anhörung mit den Krankenkassen durchzuführen. Weiterhin konnten 12-Stunden-Schichten im Rettungsdienst eingeführt werden. Allerdings nach zähen Verhandlungen mit der Gewerkschaft. Die Gewerkschaft erwies sich als schwieriger Partner. Wirtschaftlichkeit ist dann nicht mehr gegeben, wenn sich „Ver.di“ quer stellt. Man darf nicht vergessen, dass es nicht mehr all zu viele Notärzte gibt. Das ist ein gemeinsames Problem, das auch gemeinsam gelöst werden muss.

Herr Arndt, Geschäftsführer einer Rettungsdienst GmbH aus Neuruppin

Wirtschaftlichkeit und Gebühr passen nicht zusammen. Geben Sie das Rettungsproblem an das Krankenhaus, damit wäre das Ausschreibungsthema vom Tisch.
Wir mussten unseren Personalbestand aufstocken, um ordentlich zu arbeiten.
80 bis 90 % der Kosten sind Personalkosten. Notarzteinsatz ist bei uns kein Problem. Bei uns ist das eine Pflichtaufgabe der Anästhesisten. Natürlich hab ich dadurch mehr Mitarbeiter. Große Probleme entstehen aber immer mit der Durchsetzung des Arbeitszeitgesetzes. Hier ist auch wiederum die Politik gefragt, nämlich Richtlinien auf einer vergleichbaren Basis zu erlassen, um die Kosten nicht ins Unermessliche ansteigen zu lassen – hier nenne ich nur das Stich- bzw. Reizwort: „Schlafwachen“

Herr Fuchs, Leiter des Rettungsdienstes im Landkreis Oder-Spree
Es gibt einzelne Positionen, die man als unwirtschaftlich betrachten muss. Mich bewegen einige andere Gründe. Ausschreibung, Vergabe der Leistungen. Unterschiedliche Arbeitszeiten sind natürlich ein Problem. Viele oder wenig Einsätze sind eben so. Da können die Mitarbeiter nichts dafür. Warum alle fünf Jahre ausschreiben? Das gibt es in keiner anderen Branche. Einmal akzeptierte Tarifverträge sollten so stehen bleiben. Sonst gibt es soziale Unruhe. Damit könnte man auch Kontinuität hineinbringen.
Hilfszeit beginnt beim Eintreffen des Anrufes in der Leitstelle. Rettungshubschrauber wird oft nicht akzeptiert. Gibt es nur bei ärztlicher Begutachtung. Widerspruch! Ganzes Procedere muss vereinfacht werden, geht so nicht in der Praxis.
Organisation der Notarztbereitschaften: Sollte – wie im Westen bereits praktiziert – vorwiegend über Leitstellen organisiert werden.

Frau Steckler-Meltendorf, Juaniter-Unfallhilfe
Sie unterstütze die Forderung von Herrn Fuchs. Auch sie ist der Meinung, dass die Praxis, alle 5 Jahre auszuschreiben, ein Unding ist. Sie trat dafür, dass die Kosten reduziert werden, was sie auch getan haben. Aber es ist nicht zu vertreten, alle 5 Jahre die Mitarbeiter zu verlieren. Es muss auch andere Wege geben, Kosten zu reduzieren, nicht immer über den Weg der Ausschreibungen.

Frau Enders
Sie machte auf ein weiteres, noch nicht hinreichend gelöste Problem aufmerksam. Wasserrettung steht im Rettungsdienstgesetz, aber niemand ist bereit, diesen zu finanzieren. Alle hoffen auf Ehrenamtlichkeit, es ist aber eine Pflichtaufgaben, die finanziert werden muss.

Prof. Dr. Pickart, Leitender Notarzt
Rettungsdienst ist durch eine Unmenge von Problemen belastet. Führungs- und Leitungstätigkeit ungeheuer wichtig. Kommunalpolitiker müssen sich dafür verwenden, dass die Funktion des ärztlichen Leiter Rettungsdienst durchgesetzt wird. Ich bin von MOL dazu berufen worden und muss alle zwei Jahre berichten über die Tätigkeit. Qualitätskontrollen im Rettungsdienst sind diffizil, unglaublich.