

Unterrichtung

Hannover, den 15.11.2022

Die Präsidentin des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -

Qualitativ hochwertige Notfallversorgung auch zukünftig flächendeckend sicherstellen - Notaufnahmen und Rettungsdienste durch Neuordnung der Notfallversorgung nachhaltig entlasten

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/11410

Beschluss des Landtages vom 30.06.2022 - Drs. 18/11475 - nachfolgend abgedruckt:

Qualitativ hochwertige Notfallversorgung auch zukünftig flächendeckend sicherstellen - Notaufnahmen und Rettungsdienste durch Neuordnung der Notfallversorgung nachhaltig entlasten

Die Notfallversorgung stellt als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit akutem Versorgungsbedarf eine essenzielle Säule im deutschen Gesundheitssystem dar. Zum breiten Spektrum der Notfallversorgung zählen sowohl ambulant behandelbare Notfälle als auch Fälle mit akuter Lebensgefahr und stationärem notfallmedizinischem Versorgungsbedarf. Um diesen unterschiedlichen Behandlungsbedarfen gerecht zu werden, ist die deutsche Notfallversorgung in einem gestuften System organisiert, das den Bürgerinnen und Bürgern eine ambulante Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, eine Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie die Versorgung durch den Rettungsdienst bietet. In den letzten Jahren hat jedoch die Inanspruchnahme von Rettungstransporten und Notaufnahmen zugenommen, wodurch es in den Notaufnahmen teilweise zu langen Wartezeiten kommt und diese im Extremfall für ihre vordringlichen Aufgaben blockiert werden.

Unterschiedliche Studien gehen davon aus, dass zwischen 30 % und 50 % der Patientinnen und Patienten, die die Notfallaufnahme aufsuchen, aus medizinischer Sicht durch das ambulante System versorgt werden könnten. Eine Reform der Notfallversorgung sollte deshalb darauf abzielen, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten auf allen Ebenen stärker zu nutzen und Personen, die keiner stationären Notfallbehandlung bedürfen, möglichst von vornherein in das ambulante System zu lenken. Damit können Krankenhäuser und Rettungsdienste deutlich entlastet werden.

Die durch den Landtag eingesetzte Enquetekommission zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung bestätigt die beschriebenen Herausforderungen in ihrem Abschlussbericht. Für eine flächendeckende Sicherstellung ist eine Neuordnung der Notfallversorgung aus Sicht der Kommission unerlässlich. Dies betrifft insbesondere die bessere Verzahnung der verschiedenen Ebenen der Notfallversorgung, die Reduzierung der Fehlinanspruchnahme sowie damit einhergehend die stärkere Steuerung von Patientenströmen, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste nachhaltig zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund bittet der Landtag die Landesregierung,

1. sich auf Bundesebene für eine Neuregelung der Notfallversorgung einzusetzen sowie dafür erforderliche Maßnahmen umzusetzen, soweit diese in den unmittelbaren Zuständigkeitsbereich des Landes Niedersachsen fallen. Entsprechend den Handlungsempfehlungen der Enquetekommission zur medizinischen Versorgung in Niedersachsen sind bei der Neuregelung besonders zu beachten,
 - a) integrierte Notfallzentren, in denen die Notfallversorgung über einen zentralen Empfang („Ein-Tresen-Modell“) in enger Zusammenarbeit zwischen der kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenhäusern erfolgt, möglichst an Krankenhausstandorten aufzubauen,

- b) die Bildung regionaler und integrierter Leitstellen zur Koordination aller nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes zu unterstützen und die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen zu schaffen, damit die Notrufnummer 112 und die Servicenummer 116117 und die 19222 in der integrierten Leitstelle zentral entgegengenommen werden können,
 - c) die rechtlichen Grundlagen für die Disponentinnen und Disponenten in den Leitstellen zu schaffen, um die verbindliche und rechtssichere Weiterleitung eingehender Hilfersuchen in die richtige Versorgungsebene zu gewährleisten („Weisungsbefugnis“),
 - d) einheitliche Standards in der Notfallversorgung einzuführen, insbesondere durch die Ausweitung eines einheitlichen systematischen Abfrage-Systems zur Ersteinschätzung auf alle Anlaufstellen der Notfallversorgung und der digitalen Vernetzung bestehender Leitstellen von Rettungsdienst und Kassenärztlicher Vereinigung,
 - e) die Aufnahme der Notfallmedizin mit Ausnahme des Rettungsdienstes in das SGB V zu prüfen,
 - f) die rechtlichen Grundlagen für die Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher und zur Nicht-Mitnahme bei offensichtlich nicht-sachgerechter Inanspruchnahme zu schaffen sowie
 - g) die Einschränkung des Prinzips der freien Arztwahl in Notfällen nach § 76 SGB V rechtlich umzusetzen.
2. gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen die Rahmenbedingungen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu verbessern und dabei
- a) zukünftig die Planung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung unter Beachtung verlässlicher Strukturen und der Belastbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes abzustimmen,
 - b) eine öffentlichkeitswirksame Kampagne zur Bekanntmachung der Servicenummer 116117 durchzuführen,
 - c) Kooperationsmodelle zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen im langzeitstationären Bereich zu unterstützen,
 - d) Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzqualifikation Geriatrie zu ermöglichen, als sogenannte Heimärztinnen beziehungsweise Heimärzte eingesetzt zu werden, sowie
 - e) die Möglichkeit zu schaffen, Pflegepersonal und Ärztinnen beziehungsweise Ärzte mittels Telemedizin zu verknüpfen.
3. gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren ein Gesamtkonzept zu entwickeln und umzusetzen, wie erfolgreich durchgeführte Modellprojekte aufeinander abgestimmt flächendeckend eingesetzt werden können, um die Notfallversorgung nachhaltig zu entlasten. Dabei sind besonders der Einsatz von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern, von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern mit telemedizinischer Anbindung, von Telenotärztinnen und -ärzten, Mobilien Ersthelferinnen und Ersthelfern sowie das Patientenshuttle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zu berücksichtigen.
4. bei den verantwortlichen Akteuren der Selbstverwaltung sowie den zuständigen Kostenträgern auf eine Verlängerung und Finanzierung des Pilotprojekts „Gemeindenotfallsanitäter“ der Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg über das Jahr 2022 hinaus hinzuwirken,
5. die landesweit flächendeckende Einführung von IVENA umzusetzen und die Teilnahme für alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser gesetzlich zu verankern,
6. die bedarfsgerechte Ausbildung von Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitätern sicherzustellen,

7. die permanente Lokalisierung von Einsatzfahrzeugen per GPS für die Leitstellen unter Beachtung des Datenschutzes, insbesondere auch des Arbeitnehmerdatenschutzes, zu gewährleisten, sodass eine konsequente „Nächste-Fahrzeug-Strategie“ durch die Disponentinnen und Disponenten umgesetzt werden kann,
8. die Ausrüstung mindestens eines Feuerwehreinsatzfahrzeuges je Stadt, Gemeinde beziehungsweise Samtgemeinde mit einem automatisierten externen Defibrillator zu gewährleisten.

Antwort der Landesregierung vom 14.11.2022

Deutschland steht vor zunehmenden Herausforderungen bei der Sicherung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden medizinischen und pflegerischen Versorgung. Insbesondere eine Optimierung der Notfallversorgung birgt hohe Optimierungspotenziale. Durch eine gezielte und definierte Steuerung von Patientinnen und Patienten in die für ihren jeweiligen Notfall am besten geeignete Versorgungsebene kann eine optimale und effiziente Versorgung aller medizinischen Notfälle gewährleistet werden. Gleichzeitig werden die Rettungsdienste und Notaufnahmen der Krankenhäuser von Fehlinanspruchnahmen entlastet, sodass sie ihre wertvollen und knappen Ressourcen auf die Versorgung bedrohlicher Notfälle konzentrieren können. Die Landesregierung unterstützt deshalb ausdrücklich Reformbestrebungen zur Optimierung der Notfallversorgung in Niedersachsen.

Allerdings sind die Gesetzgebungszuständigkeiten für die unterschiedlichen Notfallversorgungsgebiete auf Bund und Länder verteilt. Maßgebliche Rahmenbedingungen für eine Reform der Notfallversorgung müssen deshalb auf Bundesebene gesetzt werden. Die im aktuellen Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP auf Bundesebene diesbezüglich angekündigten Maßnahmen begrüßt die Landesregierung grundsätzlich.

Der Landtag hat bereits 2019 die Enquetekommission zur medizinischen Versorgung eingerichtet, die auch für die Notfallversorgung umfangreiche Empfehlungen entwickelt hat. Die Landesregierung arbeitet an der Umsetzung der Empfehlungen der Enquetekommission. So führen das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) und das Ministerium für Inneres und Sport (MI) zu Fragen der Notfallversorgung intensive Gespräche mit den verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren. Dies erfolgt aktuell u. a. im Rahmen der AG Notfallversorgung unter Beteiligung des Landesausschusses Rettungsdienst (LARD), der Kassenärztlichen Vereinigung (KVN) sowie der Kostenträger (AOKN und vdek). Ziel der Landesregierung ist es, durch die Optimierungen der Abläufe sowie eine Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure, eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung in Niedersachsen auch weiterhin flächendeckend sicherzustellen sowie Fachkräfte möglichst zielgerichtet und effizient einzusetzen.

Die vorausgeschickt, wird zu den Nummern 1 bis 8 der Landtagsentschließung Folgendes ausgeführt:

Zu 1 a):

Integrierte Notfallzentren (INZ), die mit einem zentralen Empfang („Ein-Tresen-Modell“) in enger Zusammenarbeit zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern eine gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten in die jeweils adäquate Behandlungsebene ermöglichen, sind aus Sicht der Landesregierung grundsätzlich ein zukünftig wünschenswertes Modell.

Der Bundesgesetzgeber hat bereits 2015 durch die Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen um die räumliche Ansiedlung ambulanter Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern erweitert (§ 75 Abs. 1 b Sozialgesetzbuch [SGB] Fünftes Buch [V] - Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]). In Niedersachsen wurden seitdem bereits 63 der 70 Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern angesiedelt.

Für diese Standorte wird eine Stärkung der bereits erfolgenden Zusammenarbeit zwischen KV-Bereitschaftspraxis und dem jeweiligen Krankenhaus durch den Aufbau von INZ von der Landesregierung grundsätzlich begrüßt.

Allerdings wird dies zusätzliches ärztliches Personal erfordern, da die Bereitschaftsdienstpraxen aktuell nur zu begrenzten Zeiten geöffnet sind und für INZ eine 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche (24/7-)Verfügbarkeit vorgesehen ist. Bislang wird der Bereitschaftsdienst stundenweise von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten geleistet, zukünftig würden Vollzeitkräfte benötigt.

Dieser zusätzliche Bedarf würde beim Aufbau von INZ an Standorten ohne bereits bestehende KV-Bereitschaftsdienstpraxis noch deutlich stärker ins Gewicht fallen. Nach Schätzungen der KVN wären ca. 725 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte erforderlich, um an den derzeit 145 (von 170) Krankenhäusern in Niedersachsen, die Notfalleleistungen abrechnen, eine 24/7-Verfügbarkeit im Rahmen eines INZ zu gewährleisten (pro Standort fünf Ärztinnen/Ärzte). Ein regulärer Bereitschaftsdienst wäre zusätzlich erforderlich, da INZ nach jetziger Konzeption keinen Fahrdienst übernehmen würden.

Zudem liegt bislang kein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren vor. Der vom Deutschen Bundestag beschlossene Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sieht eine Fristverlängerung bis Juni 2023 für die Entwicklung von Vorgaben zur standardisierten Ersteinschätzung in INZ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 120 Abs. 3 b SGB V vor.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ärzteknappeit insbesondere in ländlichen Regionen Niedersachsens sowie ausstehender Vorgaben durch den G-BA stellen INZ daher nach Einschätzung der Landesregierung für das Flächenland Niedersachsen derzeit leider keine kurzfristig umzusetzende Maßnahme dar.

Aus Sicht der Landesregierung sollten deshalb zunächst Maßnahmen priorisiert werden, die eine Verbesserung der (telefonischen) Steuerung von Patientinnen und Patienten zu den jeweils adäquaten Behandlungsebenen der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung bereits vor Aufsuchen eines Krankenhauses ermöglichen. Die Landesregierung begleitet und unterstützt die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure in diesem Prozess bereits (vgl. auch Nummern 1 b, c, d).

Zu 1 b):

Die Bildung regionaler und integrierter Leitstellen zur Koordination aller nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes stellt einen wichtigen Schritt zur Neugestaltung der Notfallversorgung dar, ist jedoch vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen sehr voraussetzungsreich.

Im Rahmen der AG Notfallversorgung (vgl. Vorbemerkung) setzt sich die Landesregierung seit Herbst 2021 dafür ein, den Austausch unter den Beteiligten zu fördern, Schnittstellen zu definieren und konkrete Umsetzungsschritte zu initiieren. Ziel ist es, eine schnellere und medizinisch notwendige Hilfe durch eine gezielte Zuordnung zu dem jeweils richtigen Sektor zu erreichen. Eine zentrale Entgegennahme der Notrufnummer und der Servicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes begegnet derzeit noch verschiedenen Schwierigkeiten.

So unterscheiden sich die Servicenummern 116117 und der 112 aktuell deutlich bezüglich des jeweiligen Standes der Digitalisierung und Standardisierung. In den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland kommt gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 6 SGB V ein bundesweit einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Anwendung. Daher werden unter der KV-Rufnummer 116117 bereits landes- und bundesweit alle Anrufe über das standardisierte Tool SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung) abgewickelt.

Die niedersächsischen Rettungsdienstleitstellen nutzen hingegen bislang kein einheitliches Dispositionssystem. Die Entscheidung darüber fällen die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger der Rettungsdienste nach eigenem Ermessen im eigenen Wirkungskreis. Derzeit werden in Niedersachsen elf verschiedene Systeme angewendet.

Zudem sind die Kriterien zur Einstufung von Notfällen in den bislang von KVN und Rettungsdienst verwendeten Abfragesystemen nicht deckungsgleich, sodass die Entwicklung standardisierter Kriterien erforderlich ist.

Sollte die integrierte Disposition durch die Rettungsdienstleitstellen erfolgen, müsste zudem sichergestellt werden, dass diese auch überregional tätig werden können, weil der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst regional anders aufgeteilt ist als die Rettungsdienstleitstellenbezirke. Integrierte Leitstellen müssten nach derzeitiger Rechtslage auch die Aufgaben der über die 116117 erreichbaren Terminservicestellen übernehmen.

Vor dem Hintergrund dieser Komplexität wird aus Sicht der Landesregierung als erster Schritt eine stärkere Verschränkung der Servicenummern 116117 und 112 priorisiert, wie es auch im Koalitionsvertrag auf Bundesebene formuliert ist.

Ein konkretes Pilotprojekt „Digitale Schnittstelle 112/116117“ wird bereits von der AG Notfallversorgung vorbereitet. Dabei soll eine digitale Schnittstelle zur Übermittlung von Einsatzdaten zwischen der KVN-Software SmED und verschiedenen Leitstellen-Software-Systemen mit drei Pilotleitstellen erprobt werden. KVN und Kostenträger des Rettungsdienstes zeigen grundsätzlich Bereitschaft, die Kosten für die Modellerprobung aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Für Herbst 2022 sind weitere Planungsschritte für eine zügige Umsetzung des Vorhabens geplant. Bei Erfolg der Maßnahme könnte perspektivisch eine Ausweitung angestrebt werden.

Die Landesregierung begleitet und unterstützt die verantwortlichen Aktivitäten bei diesem Vorgehen.

Zu 1 c):

Die Schaffung rechtlicher Grundlagen, die den Disponentinnen und Disponenten eine verbindliche und rechtssichere Weiterleitung eingehender Hilfeersuchen ermöglicht, wird grundsätzlich befürwortet. Die Zuständigkeit hierfür liegt auf Bundesebene.

Die in § 6 Abs. 3 Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG) enthaltene Weisungsbefugnis der Rettungsleitstelle betrifft bisher nur das im Rettungsdienstbereich tätige Rettungsdienstpersonal, nicht jedoch die Notärztinnen und Notärzte im Einsatz. Eine Weisungsbefugnis im Bereich des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes bedarf der näheren rechtlichen Prüfung, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Regelung im SGB V.

Diesbezüglich ist zu beachten, dass es sich hierbei um selbstständig tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt. Diese führen den Bereitschaftsdienst in eigener Verantwortung durch und unterliegen keinen „Weisungen“ bei der im Ergebnis immer selbst vorzunehmenden Beurteilung eines medizinischen Falles. Die Landesregierung setzt hier auf die vielfach bewiesene hohe Verantwortlichkeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Wesentlich ist, dass es einheitliche und verbindliche Kriterien gibt, die eine rechtssichere Disponierung ermöglichen. Im Rahmen der AG „Gemeindenotfallsanitäter“ (vgl. zu Nummern 3 und 4) ist ein Abgleich der von KVN-Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst zugrunde gelegten Einstufungskriterien vorgesehen. Dies ist aus Sicht der Landesregierung ein wichtiger erster Schritt, den MS und MI weiterhin konstruktiv begleiten.

Zu 1 d):

Die Einführung eines einheitlichen systematischen Abfrage-Systems zur Ersteinschätzung für alle Anlaufstellen der Notfallversorgung befürwortet die Landesregierung grundsätzlich.

Eine verbindliche Festlegung von einheitlichen Standards insbesondere durch die Ausweitung eines einheitlichen systematischen Abfragesystems zur Ersteinschätzung für die drei Bereiche der Notfallversorgung bedarf aufgrund der verteilten Gesetzgebungszuständigkeiten auf Bund und Länder einer vertieften rechtlichen Prüfung und Bewertung.¹

Prioritär sollte eine Vereinheitlichung der Dispositions-Software in den Rettungsdienstleitstellen im Hinblick auf die Abfragesystematik angestrebt werden, um damit eine Verzahnung mit der KV-Software SmED zu vereinfachen. Das unter 1 b) dargestellte Pilotprojekt kann hierfür Erkenntnisse über die Eignung der verschiedenen aktuell im Rettungsdienst eingesetzten Softwareprodukte liefern. Im Anschluss daran könnte die Möglichkeit für die Bereitstellung einer landesweit einheitlichen Rettungsdienstleitstellen-Software durch das Land - analog IVENA - oder alternativer Ansätze zur Vereinheitlichung der Abfragesysteme geprüft werden.

¹ Vgl. zur Einführung von Ersteinschätzungstools in Integrierten Notfallzentren die Antwort zu 1 a) sowie zur Vereinheitlichung der Abfragesysteme in integrierten Leitstellen und digitalen Vernetzung der Dispositionssysteme der Leitstellen von Rettungsdienst und Kassenärztlicher Vereinigung die Antwort zu 1 b).

Zu 1 e):

Die Landesregierung befürwortet die Aufnahme der Notfallmedizin mit Ausnahme des Rettungsdienstes in das SGB V. Im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP auf Bundesebene ist ein solcher Schritt bereits angekündigt. Die konkreten Vorschläge der Bundesregierung dazu bleiben abzuwarten und sind zu gegebener Zeit im Einzelnen zu bewerten.

Zu 1 f):

Unstrittig sind Veränderungen notwendig, um die Ressourcen der Notfallversorgung effizient zu nutzen. Hierzu sind verschiedene Maßnahmen möglich. Eine Prüfung der rechtlichen Grundlagen für die Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher und zur Nicht-Mitnahme bei offensichtlich nicht-sachgerechter Inanspruchnahme auf Bundesebene wird befürwortet. Die maßgeblichen Rahmenbedingungen setzt der Bund auf Bundesebene. Diese sind abzuwarten und dann im Konkreten zu bewerten. In einem zweiten Schritt sind dann landesrechtliche Konsequenzen (insbesondere bezüglich des NRettDG) zu prüfen. Dabei ist für die Landesregierung insbesondere das Sicherheitsbedürfnis der Patientinnen und Patienten in (echten) Notfällen maßgeblich.

Für den Niedersächsischen Rettungsdienst wird im Rahmen der vorgesehenen Novellierung des NRettDG auch geprüft, inwieweit durch eine rechtliche Grundlage im NRettDG eine Möglichkeit für die kommunalen Träger geschaffen werden kann, damit bei missbräuchlicher oder offensichtlich nicht-sachgerechter Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ein Kostenersatz verlangt wird. Dabei wird allerdings auch der damit verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen sein.

Zu 1 g):

Aus Sicht der Landesregierung ist es wesentlich für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, dass Patientinnen und Patienten im Notfall in der jeweils am besten geeigneten Versorgungsebene versorgt werden. Dies kann durch gezielte, professionelle Steuerung der Patientinnen und Patienten in die geeignete Versorgungsebene gewährleistet werden. Vor diesem Hintergrund befürwortet die Landesregierung die Einschränkung des Prinzips der freien Arztwahl in Notfällen nach § 76 SGB V und wird sich hierfür auf Bundesebene einsetzen.

Zu 2 a):

Der Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsplanung kommt auch in Bezug auf die Notfallversorgung eine zentrale Bedeutung für die zukunftsfähige Gestaltung des Gesundheitswesens zu. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen.

Die maßgeblichen Rahmenbedingungen dafür sind zunächst im SGB V durch den Bundesgesetzgeber zu regeln. Die Landesregierung wird die aktuellen Spielräume für eine sektorenübergreifende Versorgung bezüglich der Notfallversorgung prüfen und insbesondere die Vertragspartner der Selbstverwaltung in der medizinischen Versorgung und in der GKV bei der Umsetzung unterstützen und begleiten.

Zu 2 b):

Zur Bekanntmachung der Servicenummer 116117 hat die KVN bereits umfangreiche Maßnahmen durchgeführt und setzt diese weiterhin fort (z. B. TV- und Online-Spots, Informationsseiten im Internet, Plakatwerbung, Lieferung von Werbe- und Informationsmaterial an Arztpraxen). Eine Versichertenbefragung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2021 hat gezeigt, dass 37 % der Befragten (34 % der niedersächsischen Befragten) den ärztlichen Bereitschaftsdienst und seine Nummer kennen. Die Bekanntheit ist im Vergleich zu den Vorjahresbefragungen kontinuierlich gestiegen.

Die Landesregierung bittet die KVN, diese Maßnahmen fortsetzen, um die Bekanntheit weiter zu erhöhen und zusätzliche Maßnahmen zur qualitativen Verbesserung des Angebots der 116117 umzusetzen (z. B. Reduktion von Wartezeiten und schnellerer Kontakt zu einer persönlichen Ansprechpartnerin / einem persönlichen Ansprechpartner).

Zu 2 c):

Gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 6 des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) darf ein Heim nur betrieben werden, wenn in ihm die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner gesichert ist.

Die Bestimmungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, welche im Wesentlichen aus dem Heimgesetz des Bundes (HeimG) in das Niedersächsische Heimgesetz (NHeimG) übernommen und mit der Novellierung des Niedersächsischen Heimgesetzes im Jahr 2016 (NuWG v. 29.06.2016) fortgeschrieben wurden, haben sich seit Jahren bewährt. Sie stehen insoweit im Kontext zu den weiteren zu erfüllenden Betriebsanforderungen an ein Heim, bei denen es den Gewerbetreibenden ebenso freigestellt ist, ob sie sich zur Erfüllung dieser Anforderungen eigener Beschäftigter, Leiharbeiterinnen oder Leiharbeiter oder eines externen Dienstleisters (Pflege- und Betreuungsdienst) bedienen.

Es hat sich seit Jahren bewährt, wenn nur wenige Hausärztinnen und Hausärzte die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner eines Heims insgesamt übernehmen. Daher bestehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bereits seit mehreren Jahren umfangreiche und sehr individuell ausgestaltete Kooperationsvereinbarungen nach § 119 b SGB V zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Festanstellung einer Heimgärtin / eines Heimarztes kann Betreiberinnen und Betreibern von Heimen nach den Bestimmungen des NuWG indes nicht aufgegeben werden. Zudem muss auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen die freie Arztwahl gewährleistet bleiben. Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen können daher nicht verpflichtet werden, die Dienstleistungen für ihre medizinische Versorgung nur von einer bestimmten Ärztin / einem bestimmten Arzt durchführen zu lassen.

Zu 2 d):

Aus den vorgenannten Gründen ist es nach den Bestimmungen des NuWG nicht möglich, Ärztinnen und Ärzte, egal mit welcher Zusatzqualifikation, als Heimgärtinnen oder Heimgärzte dergestalt einzusetzen, dass die Abnahme ihrer Dienstleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen verpflichtend ist. Inwieweit Betreiberinnen und Betreiber von Heimen dennoch Ärztinnen oder Ärzte als Heimgärzte beschäftigen, bleibt ihrer wirtschaftlichen Entscheidung zur Führung des Heimbetriebs und zur Erfüllung der Betriebsanforderungen an Heime gem. § 5 NuWG sowie zur Erreichung der Ziele gem. § 1 NuWG überlassen. Die Bestimmungen des NuWG zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner würden es aber selbst im Fall einer Einstellung einer Heimgärtin / eines Heimarztes verlangen, dass beispielsweise auch medizinische Anordnungen anderer Ärzte umzusetzen und die von diesen Ärztinnen oder Ärzten delegierten Tätigkeiten auszuführen sind, um die Anforderungen an die freie Arztwahl der Bewohnerinnen und Bewohner nicht zu unterlaufen.

Zu 2 e):

Die digitale Verknüpfung von Ärztinnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal ist eine wichtige Grundlage, um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Sinne des Patientenwohls zu verbessern. Die Landesregierung hat deshalb bereits mehrere Förderrichtlinien erlassen, die Maßnahmen in diesem Kontext unterstützen.

Mit der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Beschaffung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung (RL DigGes)“ stehen für die Förderprojekte im Bereich Telemedizin aktuell 6,2 Millionen Euro zur Verfügung. Mittels mehrfacher Informationsveranstaltungen wurden adäquate Zielgruppen zur Antragstellung motiviert, u. a. Alten- und Pflegeheime sowie Träger der ambulanten Pflege. Des Weiteren fördert das MS Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegedienste im ländlichen Raum. Digitalisierungsmaßnahmen stellen einen von vier Förderschwerpunkten der Richtlinie zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum dar. Im Jahr 2021 wurden - wie in den Vorjahren - mehr als 50 % der ausgeschütteten Fördermittel für den Bereich Digitalisierung vergeben. Eine Förderung von telemedizinischen Maßnahmen ist dabei wünschenswert, wird jedoch von den Projektträgern nur selten beantragt. Die Richtlinie soll zum

01.01.2023 neu aufgelegt werden. Es ist geplant, den Schwerpunkt Digitalisierung dabei um wichtige Schlüsseltechnologien zu ergänzen.

Zu 3:

Ein wichtiges Anliegen ist, die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure der Notfallversorgung bei der Entwicklung eines Vorgehens zur Verstärkung und abgestimmten Umsetzung erfolgreicher Modellprojekte im Bereich der Notfallversorgung zu unterstützen.

Die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur nachhaltigen Entlastung und zielgerichteten Steuerung der Patientenströme der drei Bereiche der Notfallversorgung muss vor allem auch dem Ziel einer nachhaltigen Entlastung der Notfallrettung der kommunalen Träger des Rettungsdienstes von „Fehlentsätzen“ dienen. Die Federführung hierzu liegt beim Bundesministerium für Gesundheit, das bereits zweimal entsprechende Referentenentwürfe vorgelegt hatte, die jedoch seitens der Niedersächsischen Landesregierung vor dem Hintergrund der konkreten Ausgestaltung von Strukturen, Prozessen und Zuständigkeiten als nicht zielführend bewertet wurden. Insbesondere bestand gegen die Referentenentwürfe ein starker Widerstand vonseiten der Rettungsdienstorganisationen sowie der Landkreise und kreisfreien Städte, die die Aufgabe als Träger des Rettungsdienstes im eigenen Wirkungskreis wahrnehmen.

Die Landesregierung engagiert sich u. a. bereits seit 2021 im Rahmen der AG Notfallversorgung für einen kontinuierlichen Austausch der wesentlichen Akteurinnen und Akteure der Notfallversorgung. Die AG befasst sich neben dem unter 1 b) beschriebenen Pilotprojekt insbesondere mit der Fortführung des Gemeindenotfallsanitäter-Projekts und einer Verzahnung des Einsatzes von Gemeindenotfallsanitäterinnen und Gemeindenotfallsanitätern mit dem vom MS geförderten Projekt „Notfallsanitäterinnen und -sanitäter mit telemedizinischer Anbindung“ (Einsatz im Bereitschaftsdienst KVN). Beide Projekte liegen örtlich und inhaltlich eng beieinander und streben bereits eine Kooperation an, die die Landesregierung begrüßt und begleitet (vgl. zu Nummer 4.).

Das Telenotarztprojekt des Landkreises Goslar, dem sich inzwischen auch der Landkreis Northeim angeschlossen hat und für das weitere Träger des Rettungsdienstes eine Anbindung erwägen, ist für das Land Anlass, eine flächendeckende und landesweite Einführung der Telenotarztmedizin zu prüfen und möglichst zeitnah in das NRettDG aufzunehmen. Es ist geplant, alle Akteurinnen und Akteure im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu beteiligen, um mithilfe der vielfältigen Expertise und den verschiedenen Blickwinkeln auf den Rettungsdienst eine effektive Unterstützung für das bestehende System zu entwickeln.

Im Projekt „Mobile Retter“ werden medizinisch qualifizierte Ersthelferinnen und Ersthelfer, die sich in unmittelbarer Nähe zum Notfall befinden, durch die GPS-Komponente ihrer Smartphones geortet und nach Wahl des Notrufs 112 durch die Leitstelle automatisch parallel zum Rettungsdienst alarmiert. Sie können durch die örtliche Nähe oft schneller als der Rettungsdienst am Notfallort sein und bis zu dessen Eintreffen bereits qualifizierte lebensrettende Maßnahmen einleiten. In Niedersachsen wird das Projekt derzeit in den Regionen Emsland/Grafschaft Bentheim, Cuxhaven, Celle, Osna-brück, Peine, Rotenburg (Wümme) und Harburg (im Aufbau) umgesetzt. Es handelt sich bei dem Projekt formal nicht um ein Instrument des Rettungsdienstes bzw. kein Rettungsmittel gemäß NRettDG, sondern um eine freiwillige Aufgabe in Verantwortung der jeweiligen Kommunen. Die Landesregierung begrüßt die Etablierung dieses ergänzenden Angebots.

Der Patientenshuttle der KVN wurde bereits vor zwei Jahren mangels Nachfrage bei den Patientinnen und Patienten eingestellt. Unabhängig davon sieht die Landesregierung bei der Frage einer Verbesserung der Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Gesundheitsversorgung allerdings in Zukunft weiteren Handlungsbedarf und strebt an, alternative Ansätze für Mobilitätsverbesserungen in diesem Bereich, auch in Verknüpfung mit Angeboten des Öffentlichen Nahverkehrs, gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren zu entwickeln und modellhaft zu erproben.

Zu 4:

MS und MI haben sich für eine Verlängerung und Finanzierung des Pilotprojekts „Gemeindenotfallsanitäter“ im Rahmen der AG Notfallversorgung bereits erfolgreich engagiert. Die Kostenträger (AOK, vdek) haben sich mit der Maßgabe, dass sich die KVN ab 2024 finanziell beteiligt, zunächst bereit erklärt, die Förderung des Gemeindenotfallsanitäter-Projekts noch bis Ende 2023 zu verlängern.

Parallel arbeitet eine neu konstituierte Arbeitsgruppe (UAG der AG Notfallversorgung) unter Beteiligung der Kostenträger (AOK, vdek, IKK), KVN, MS und MI sowie der Projektpartner des Gemeindefallnotfallsanitäter-Projekts seit September 2022 an Möglichkeiten für eine zukünftige Kooperation zwischen dem Gemeindefallnotfallsanitäter-Projekt und dem vom MS geförderten Projekt „Notfallsanitäterinnen und -sanitäter mit telemedizinischer Anbindung“ (Einsatz im Bereitschaftsdienst KVN). Im Rahmen der UAG soll geklärt werden, wie die Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger effizient und „aus einer Hand“ erfüllt werden können, welche ergänzenden Fachkräfte ggf. eingebunden werden können, wie gemeinsame Standards zur Kategorisierung und Disponierung der Notfälle entwickelt werden können und wie ein für alle Beteiligten umsetzbares Finanzierungskonzept aussehen kann.

Ergebnisse der Evaluation des niedersächsischen Modellprojekts (ILEG-Studie - Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindefallnotfallsanitäters; gefördert durch Innovationsfonds des G-BA), deren Abschluss für die zweite Jahreshälfte 2023 erwartet wird, sollen bereits prozesshaft in die Arbeit einfließen. MS und MI werden diese Arbeiten weiter konstruktiv begleiten.

MS hat zudem das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 05.10.2022 gebeten zu prüfen, wie rechtliche Voraussetzungen zur Einführung des Konzepts der „Gemeindefallnotfallsanitäterinnen und -sanitäter“ in der Fläche geschaffen werden können und Unterstützung aus Niedersachsen angeboten.

Zu 5:

Der Landtag hat in seiner 139. Sitzung am 28.06.2022 die Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) beschlossen. Das Gesetz tritt am 01.01.2023 in Kraft.

Nach § 18 Abs. 3 NKHG erfolgt die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst unter Nutzung eines vom MS festgelegten digitalisierten Verfahrens. Der Krankenhausträger wiederum hat dieses digitalisierte Verfahren zu nutzen, um seine Meldepflicht nach § 6 Abs. 5 Satz 2 des NRettdG zu erfüllen. Mit dieser gesetzlichen Regelung wird die Teilnahme an dem bereits etablierten IVENA-System in ganz Niedersachsen verpflichtend.

Zu 6:

Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Ausbildung von Notfall- und Rettungssanitäterinnen und Notfall- und Rettungssanitätern ist primär Aufgabe der kommunalen Träger des Rettungsdienstes. Nach Auffassung des Landes dürften die ungünstigen Arbeitszeiten wie Schichtdienst ein Nachteil für die Gewinnung von Auszubildenden sein; es ist fraglich, ob die inzwischen durchaus angemessene Entlohnung des Rettungsdienstpersonals und der Auszubildenden dies aufwiegen kann. Das Land hat hier aufgrund der gesetzlich geregelten Zuständigkeiten keine unmittelbare Möglichkeit der Einflussnahme, da die kommunalen Träger des Rettungsdienstes diese Aufgabe im eigenen Wirkungskreis im Rahmen ihrer Selbstverwaltung eigenständig wahrnehmen.

Zu 7:

Auch für die Lokalisierung von Einsatzfahrzeugen per GPS liegt die Verantwortung bei den kommunalen Trägern des Rettungsdienstes. Im Rettungsdienst sind zwischenzeitlich viele Rettungsmittel mit GPS ausgestattet, die den Leitstellen eine jederzeitige Ortung des Stand- bzw. Einsatzortes ermöglicht. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Rettungsdienstpersonal einen Anspruch auf Arbeitnehmerdatenschutz hat. Die „Nächste-Fahrzeug-Strategie“ wird zwar bisher nicht überall verfolgt, aber im Rahmen der interkommunalen Zusammenarbeit der Träger des Rettungsdienstes vielerorts bereits erfolgreich angewandt.

Zu 8:

Die Ausstattung von Feuerwehrfahrzeugen mit AEDs (Automatisierte externe Defibrillatoren) kann eine sinnvolle Maßnahme zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls darstellen. Die Finanzierung ist Aufgabe der kommunalen Träger des Rettungsdienstes, da diese spezielle Ausstattung kein Bestandteil der Normausstattung der Fahrzeuge ist. In einigen Einzelfällen sind durch Fördervereine oder private Initiativen den Feuerwehren AEDs zur Verfügung gestellt worden. Grundsätzlich sollte zwischen dem Träger des Rettungsdienstes und den Trägern des Brandschutzes (Städte/Gemeinden) Art und Umfang (z. B. Beschaffung durch den Träger des Rettungsdienstes, Schulungsangebot in Abstimmung mit der ärztlichen Leiterin / dem ärztlichen Leiter Rettungsdienst, Hinterlegung der

mit AED ausgestatteten Fahrzeuge im Leitstellensystem) abgestimmt werden. Die Handhabung und Anwendung in den Feuerwehren kann im Rahmen der regelmäßig stattfindenden standortspezifischen Erste-Hilfe-Ausbildung erfolgen.