

**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 34. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Inneres und Sport**  
**am 18. Januar 2024**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung zur aktuellen Situation bei der Aufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen aus der Ukraine und Asylbewerbern**  
*Unterrichtung* ..... 5  
*Aussprache* ..... 7
  
2. a) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**  
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2219](#)
  
- b) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**  
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/2742](#)
  
- Anhörung**
  - *Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände* ..... 9
  - *ver.di, Landesbezirk Niedersachsen-Bremen* ..... 15
  - *Arbeiter-Samariter-Bund, LV Niedersachsen e. V.* ..... 18
  - *Johanniter Landesverband Niedersachsen/Bremen* ..... 18
  - *Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Niedersachsen e. V.* ..... 18

---

- <i>Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V., Sektion Niedersachsen/Bremen</i> .....	23
- <i>Landesausschuss Rettungsdienst</i> .....	24
- <i>Landkreis Cloppenburg, Dezernat Ordnung und Verkehr, Rettungsdienst</i> .....	25
- <i>Landkreis Oldenburg, Brand- und Katastrophenschutz, Rettungsdienst</i> .....	25
- <i>Verband der Ersatzkassen Niedersachsen</i> .....	29
- <i>AOK Niedersachsen</i> .....	30
- <i>Dr. Insa Seeger, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg</i> .....	34

**Anwesend:**

## Ausschussmitglieder:

1. Abg. Doris Schröder-Köpf (SPD), Vorsitzende
2. Abg. Rüdiger Kauroff (in Vertretung des Abg. Sebastian Zinke) (SPD)
3. Abg. Deniz Kurku (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
4. Abg. Alexander Saade (SPD)
5. Abg. Julius Schneider (SPD)
6. Abg. Ulrich Watermann (SPD)
7. Abg. André Bock (CDU)
8. Abg. Saskia Buschmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Birgit Butter (CDU)
10. Abg. Lara Evers (CDU)
11. Abg. Alexander Wille (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
12. Abg. Michael Lühmann (GRÜNE)
13. Abg. Nadja Weippert (GRÜNE)
14. Abg. Stephan Bothe (zeitweise vertreten durch Abg. Stefan Marzischewski-Drewes) (AfD)

## Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialdirigent Dr. Wefelmeier (Mitglied).

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrat Biela.

## Niederschrift:

Regierungsrätin Harmening,  
Regierungsrätin March-Schubert,  
Parlamentsredakteur Dr. Zachäus, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 10 Uhr bis 12.20 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:**

*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 32. und die 33. Sitzung.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 1:

## **Unterrichtung durch die Landesregierung zur aktuellen Situation bei der Aufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen aus der Ukraine und Asylbewerbern**

### **Unterrichtung**

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Ich möchte die erste Sitzung im neuen Jahr für einen Rückblick auf das Jahr 2023 nutzen. Insofern werde ich heute mehr Zahlen nennen als sonst.

Zu den **Zugangszahlen**: Laut EASY-System, das die Erstankünfte in der Landesaufnahmebehörde (LAB NI) registriert, haben wir 2023 insgesamt 29 003 Asylsuchende bei uns aufgenommen. Das ist, wie ich schon des Öfteren betont habe, eine sehr hohe Zahl. Zum Vergleich und um die Dimension zu verdeutlichen: 2022 waren 22 613 und 2021 13 906.

Die Zugänge im Dezember waren vergleichsweise niedrig. Das zeigt sich auch bei den aktuellen Zugangszahlen. Im gesamten Dezember waren lediglich 1 752 Zugänge zu verzeichnen. Die meisten Zugänge gab es im Jahr 2023 im Oktober mit 4 189 Zugängen.

Die wöchentlichen Zugänge befinden sich momentan auf einem Allzeittief. In der vergangenen Woche waren es lediglich 181 Zugänge, in der Woche davor 393. Im Oktober hatte ich - Sie erinnern sich sicherlich - von 1 500 und mehr Zugängen pro Woche berichtet.

Die Zahl der tatsächlichen Ankünfte ist immer etwas höher; sie ist für uns aber nicht so entscheidend, weil von diesen Personen immer auch einige weiterziehen.

Interessant sind noch die Asylantragszahlen vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Auch dort gibt es eine Diskrepanz zwischen der Zahl der Ankommenden in der LAB NI und der Zahl derer, die dann tatsächlich einen Asylerst- und Folgeantrag stellen. Die Gesamtsumme der Antragstellenden für 2023 beträgt laut Statistik des BAMF 34 631. Dass die Zahl über der Zahl der Zugänge in der LAB NI liegt, ist nicht erstaunlich. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass das BAMF Asylanträge zum Teil zeitverzögert aufnimmt, insbesondere aber auch damit, dass auch Folgeantragsteller mit eingerechnet sind.

Zu den Zugängen aus der **Ukraine** hatte ich schon relativ lange keine aktuellen Zahlen mehr berichtet, weil sich die Gesamtzahl der Ukrainer im Ausländerzentralregister nahezu nicht verändert. Wir sind immer noch bei 111 910 ukrainischen Staatsangehörigen, die wir seit Kriegsbeginn am 24. Februar 2022 in Niedersachsen aufgenommen haben. Für das gesamte Jahr 2023 waren es laut Erstregistrierungssystem für Ukrainer in Niedersachsen 26 232.

In den Kommunen sind also nicht nur die 29 003 Asylerstantragsteller untergekommen, sondern es wurden auch 26 232 ukrainische Staatsangehörige aufgenommen.

Zum aktuellen Stand der **Unterbringungssituation** in der LAB NI: Wir haben, Stand heute, 13 941 Plätze zur Verfügung, die mit 5 969 Geflüchteten belegt sind. Das ist eine Gesamtauslastungsquote von 42,82 %. Wir haben zudem eine Messehalle auf dem Messegelände mit weiteren 3 000 zur Verfügung stehenden Plätzen im Zulauf, die wir aber noch nicht belegt haben, weil wir noch andere Kapazitäten haben. Rein rechnerisch haben wir somit 16 941 Plätze zur Verfügung.

Im zweiten Halbjahr 2023 hatten wir 60 potenzielle neue Liegenschaften in der Überprüfung. Wir haben schriftliche Angebote eingeholt, uns Unterlagen zukommen lassen und jeweils auf eine Anmietbarkeit bzw. Nutzbarkeit - es würde auch ein Kauf in Betracht kommen - geprüft. Konkret sind 16 Liegenschaften in eine engere Auswahl gekommen. Wir hatten auch das Staatliche Baumanagement dabei, um die Nutzbarkeit aus baufachlicher Sicht zu betrachten. Derzeit befinden sich sechs Liegenschaften in einer intensiveren Prüfung, damit wir sie zeitnah nutzen bzw. durch Umbaumaßnahmen für uns nutzbar machen können.

Ein Rückblick auf die **Abschiebungen** im Jahr 2023: Wir haben insgesamt 1 100 Abschiebungen vorgenommen, davon 204 Überstellungen nach der Dublin-III-Verordnung. Das sind deutlich mehr als 2022. Damals waren es nur 798 Abschiebungen mit 195 Rücküberstellungen nach der Dublin-III-Verordnung.

**Freiwillige Ausreisen** - eine Stärke des Landes Niedersachsen - hatten wir im Jahr 2023 1 213. Ich finde es erfreulich, dass wir mehr freiwillige Ausreisen als Abschiebungen hatten.

Im Jahr 2023 sind insgesamt 574 **Russische Staatsangehörige** nach Niedersachsen gekommen, um Asyl zu beantragen. 2022 waren es nur 311.

Bei den **Hauptherkunftsländern** der Menschen, die nach Niedersachsen kommen, gibt es keine Veränderungen. Im Jahr 2023 steht weiterhin Syrien auf Platz 1, die Türkei auf Platz 2 und Kolumbien auf Platz 3, gefolgt von Afghanistan und dem Irak.

Zu den **rechtlichen Änderungen**, die 2023 zu verzeichnen waren: Allen voran beschäftigt uns das Fachkräfteeinwanderungsgesetz 2.0. Dieses ist zwar bereits 2020 in Kraft getreten, hat aber 2023 zentrale Änderungen erfahren, die jetzt peu à peu greifen und die Fachkräfteeinwanderung ganz anders aufziehen. Dementsprechend war das ein sehr zentrales Gesetzesvorhaben.

Zudem hat uns das Gesetz zur Einführung eines Chancen-Aufenthaltsrecht beschäftigt, das zum 31. Dezember 2022 in Kraft getreten ist. Wir hatten in Niedersachsen insgesamt mehr als 8 000 Anträge auf einen Aufenthaltstitel nach Chancen-Aufenthaltsrecht, von denen mehr als 7 000 positiv beschieden wurden. Das Chancen-Aufenthaltsrecht ist eine Chance für langjährig Geduldete, einen Aufenthaltstitel zu bekommen. Dementsprechend ist das sehr zu begrüßen.

Ich wage einen kleinen Ausblick auf das Jahr 2024, was die Flüchtlingssituation anbelangt. Wir alle haben im vergangenen Jahr erlebt, welchen Schwankungen die Situation unterliegen kann. Ein Ausblick ist insofern ausgesprochen schwierig. Die Entwicklung hängt von geopolitischen Ereignissen auf der ganzen Welt ab, vor allen Dingen aber von geopolitischen Ereignissen, die - auch aufgrund einer lokalen Nähe - Auswirkungen auf Deutschland und dementsprechend auch auf Niedersachsen haben könnten.

Zum einen ist die Situation in der Ukraine weiterhin ungeklärt. Es kann sein, dass sich das Zugungsverhalten von Ukrainern nach Deutschland in die eine oder andere Richtung verändert.

Zum anderen gibt es die kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen Osten, die bisher keine großen Auswirkungen auf Deutschland haben, diese aber jederzeit entwickeln können.

Ein weiterer - und, wie ich glaube, zentraler - Punkt für 2024 ist die Reaktion der Europäischen Union auf das Flüchtlingsgeschehen. Die GEAS-Reform befindet sich auf der europäischen Ebene

in einem sehr weit fortgeschrittenen Verfahren, und es zeichnet sich ab, dass sie auch zum erfolgreichen Abschluss kommen wird. Deshalb kann es sein, dass sich Personen, die erwarten, dass sie, wenn die Reform greift, keinen Zugang mehr zu Europa haben, jetzt schon auf den Weg machen und dementsprechend vorzeitig versuchen, in der EU anzukommen. Und das kann dann eben auch Auswirkungen auf Niedersachsen haben. Noch spüren wir das nicht.

Das alles sind Faktoren, die das Jahr 2024 in die eine oder andere Richtung beeinflussen können. Dementsprechend sind wir auf alles vorbereitet.

## Aussprache

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Sie sprachen davon, dass ein Ausblick aktuell schwierig ist. Das kann ich gut nachvollziehen. Da spielen natürlich viele Faktoren mit rein.

Auf eine Anfrage von mir hat die Landesregierung geantwortet, dass man davon ausgeht, dass die Zuzugszahlen 2024 genauso sein werden wie 2023.\* Bleibt es bei dieser Aussage?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Bei meiner Aussage, dass 2024 bei den Zugangszahlen voraussichtlich mit einer ähnlichen Größenordnung wie 2023 zu rechnen ist, bleibt es. Aber, wie gesagt: Nehmen wir beispielsweise an, die Situation in der Ukraine beruhigt sich, dann könnten vielleicht mehr Ukrainer zurückkehren und weniger herkommen. Das sind Faktoren, die man schlecht vorhersagen kann. Deswegen diese ungefähre Prognose.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Wie sieht es mit der Arbeitsbelastung in der LAB NI aus? Der Ministerpräsident sprach ja davon, dass man sich hier - ich sage mal - schon dicht an einer Belastungsgrenze befindet. Plant die Landesregierung beispielsweise den weiteren Ausbau der LAB NI im Verwaltungsbereich? Wie sieht überhaupt die Arbeitsbelastung der einzelnen Mitarbeiter aus? Gibt es noch einen Rückstau mit Blick auf die Bearbeitung von Anträgen aus dem Jahr 2023?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Die Situation in der Landesaufnahmebehörde ist tatsächlich weiter angespannt. Die Landesregierung und der Landtag haben der LAB NI allerdings zusätzliche Stellen zugesprochen, und wir befinden uns weiter im Besetzungsverfahren. Ich kann aus dem Kopf nicht genau sagen, wie hoch die Stellenbesetzungsquote ist. Sie ist aber erstaunlich hoch. Auf die Ausschreibungen sind ordentlich Bewerbungen eingegangen, sodass sehr viel neues Personal im Zulauf ist. Wir haben allerdings tatsächlich die Situation, dass das vorhandene Personal erschöpft ist. Da ist eine sehr hohe Belastung feststellbar, auch im Verwaltungsbereich.

Was die Anträge anbelangt, ist nicht das Land das Nadelöhr. Die Landesaufnahmebehörde registriert tagesaktuell alle neu ankommenden Asylsuchenden, sodass Personen, die heute ankommen, maximal morgen registriert werden. Das Nadelöhr ist weiterhin das BAMF. Allerdings haben wir momentan ausreichend Plätze, sodass wir sicherstellen können, dass kein einziger Flüchtling, der noch nicht das vollständige BAMF-Verfahren durchlaufen hat, in eine Kommune weitergeschickt wird.

---

\* vgl. die Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung des Abgeordneten Stephan Bothe (AfD) in der Drucksache 19/3156.

Das BAMF versucht allerdings auch, zu priorisieren. So werden insbesondere Fälle von Flüchtlingen aus den sicheren Herkunftsstaaten beschleunigt bearbeitet - nicht aus allen sicheren Herkunftsstaaten; aber das Gros der sicheren Herkunftsstaaten ist in der beschleunigten Bearbeitung.

Abg. **Birgit Butter** (CDU): Ich habe eine Frage zu den ins Auge gefassten neuen Liegenschaften. Sie sprachen von 60 Liegenschaften, von denen 16 in die engere Auswahl und sechs in eine intensivere Prüfung gekommen seien. Können Sie Aussagen zu den Kapazitäten treffen?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Ganz genau kann ich es Ihnen nicht sagen. Das ist tatsächlich in einem Planungszustand. Gehen Sie davon aus, dass wir in der Regel 500 Personen pro Standort unterbringen möchten.

Abg. **André Bock** (CDU): Sie hatten berichtet, dass auf dem Messegelände 3 000 Plätze avisiert sind. Würden diese das ganze Jahr über zur Verfügung stehen, oder wären sie bei großen Messen zurückzugeben, damit die Halle genutzt werden kann?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Die Messehallen stehen uns tatsächlich nicht durchgängig zur Verfügung. In der Jahresmitte gibt es einen Wechsel, der aber mit der Messe AG vorbesprochen ist, sodass wir ein Überlappungszeitfenster haben, um die ganze Einrichtung binnen zwei Wochen von einer Halle in eine andere Halle ziehen zu können.

Abg. **Alexander Wille** (CDU): Zur Prüfung neuer Liegenschaften: Das lässt mich wieder die Frage stellen, wie es denn mit dem Standort des NLBK in Celle-Scheuen aussieht. Können Sie dazu etwas sagen?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Da gibt es keine Veränderungen.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich habe eine Frage zum Korruptionsverdacht in der Ausländerbehörde in Osnabrück. Dort soll eine Mitarbeiterin im Zusammenhang mit widerrechtlich vorgenommenen Einbürgerungen angeblich über 40 000 Euro unterschlagen haben. Hat das Innenministerium darüber Kenntnis? Wird es zu Neuprüfungen der von dieser Sachbearbeiterin bearbeiteten Fälle kommen? Gibt es auch auf Landesebene eine Aufarbeitung dieser Fälle, oder bleibt das komplett in der Kommune?

MDgt'in **Dr. Graf** (MI): Diese Frage kann ich Ihnen leider nicht beantworten, da Einbürgerungen in meinem Fachbereich nicht bearbeitet werden.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 2:

a) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2219](#)

b) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/2742](#)

Zu a) *erste Beratung: 19. Plenarsitzung am 13.09.2023*

*federführend: AfluS*

*mitberatend: AfRuV, AfSAGuG*

Zu b) *erste Beratung: 24. Plenarsitzung am 08.11.2023*

*federführend: AfluS*

*mitberatend: AfRuV*

*mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 GO LT: AfHuF*

*beide zuletzt gemeinsam beraten: 30. Sitzung am 23.11.2023*

## **Anhörung**

### **Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8*

#### **Anwesend:**

- *Dr. Joachim Schwind, Geschäftsführer (NLT)*

- *Angela Dynatowski, Verwaltungsrätin (NLT)*

- *Stefan Wittkop, Beigeordneter (NST)*

**Dr. Joachim Schwind (NLT):** Ich freue mich, dass der gesamten Rettungsdienstfamilie die Gelegenheit gegeben wird, heute im Rahmen einer - zu Recht, wie ich finde - umfangreichen Anhörung das Thema Rettungsdienst in den Fokus zu nehmen. Der Rettungsdienst ist eine Leistung der kommunalen Ebene, die im wahrsten Sinne des Wortes Leib und Leben rettet.

Ich darf eingangs den Vertreter des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes (NSGB), der heute hier anwesend sein sollte, entschuldigen. Der NSGB ist thematisch aber auch weniger betroffen.

Als Vorbemerkung: Sie haben vielleicht mitbekommen, dass der Bundesgesundheitsminister ein Eckpunktepapier zur „Reform der Notfallversorgung“ auf Bundesebene vorgelegt hat. Als Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände kann ich Sie nur herzlich bitten: Passen Sie auf! Was der Bund machen will, ist in Teilen sinnvoll, in Teilen zielt es aber auf die völlige Abschaffung der Zuständigkeit des Niedersächsischen Landtages ab. Aus unserer Sicht hat sich der Innenausschuss seit 1992, seit der Einführung des NRettdG, intensiv mit dem Ret-

tungsdienst in Niedersachsen befasst. Die Qualitätsvorgaben, die Standards sind von Ihnen beraten und entschieden worden, und das sollte nicht nach Berlin abgegeben werden. Vorgeschlagen vom Bund ist die Festlegung eines Prozesses zur Entwicklung von bundesweiten Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste. Das ist nichts anderes als der Versuch, die Festlegung der Standards aus Hannover wegzunehmen und sie nach Berlin zu verlegen. Wir sind da hoch aufmerksam; das haben Sie vielleicht unserer schriftlichen Stellungnahme entnommen. Die Kommission, die für den Bund vorarbeitet, ist ohne Länder, Praktiker des Rettungsdienstes, Träger, Hilfsorganisationen besetzt. Das kann kein guter Weg für eine Reform sein. Insofern scheint mir das ein wichtiger Punkt.

Wir sind in Niedersachsen - das will ich noch einmal ausdrücklich sagen - gut aufgestellt und fühlen uns auch mit der Zuständigkeit des Landes für diese Schlüsselstelle der Gefahrenabwehr gut. Ich will nur darauf hinweisen, was unsere gemeinsamen Leitstellen für Rettungsdienst und Feuerwehr seit dem 23. Dezember 2023 leisten mussten. Die Einsatzkoordination von mehr als 100 000 Einsatzkräften ist keine Frage, die man einfach mit einer Strukturreform verändern kann, denn daran hängt die Funktionsfähigkeit der Gefahrenabwehr insgesamt.

Ich komme nun zu den beiden Gesetzentwürfen. Zunächst zu dem Gesetzentwurf der CDU-Fraktion zur Einführung des Gemeindenotfallsanitäters: Beim Thema Gemeindenotfallsanitäter haben wir aus den Modellregionen äußerst positive Rückläufe zur Frage, ob es einen Bedarf im sogenannten Low-Code-Bereich gibt, also in dem Bereich, der nicht die Lebensrettung betrifft, bei dem aber jemand ein akutes Hilfsbedürfnis hat. Das ist eine Fragestellung in der Versorgung an der Schnittstelle zwischen dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, der funktionieren und unter der Nummer 116 117 rund um die Uhr zur Verfügung stehen sollte, und dem Rettungsdienst in seinen Ausformungen, wo es nicht um Leib- und Lebensbedrohung geht.

Wir finden es grundsätzlich richtig, diesen neuen Versorgungspfad, dieses Bedürfnis der Bevölkerung abzubilden. Wir haben an dieser Stelle aus verschiedenen Gründen, die oftmals diskutiert wurden - Unsicherheit der Bevölkerung, abnehmende Gesundheitskompetenz, überlastete Hausarztpraxen etc. -, einen großen Bedarf. Das zeigen die Modellprojekte. Wir glauben aber, für eine Regulierung, wie sie im Gesetzentwurf vorgeschlagen ist, ist die Zeit noch nicht reif, weil wir hier in den Bereich des SGB V und in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung gehen.

Der Bundesgesundheitsminister hat im Eckpunktepapier vom 16. Januar 2024 unter Punkt 2.2 den Gemeindenotfallsanitäter erwähnt und sieht hier ein Regelungsanliegen des Bundes. Aus unserer Sicht sollte das Land auf diese Öffnung im SGB V warten, weil dadurch die dauerhaften Abrechnung- und Finanzierungsfragen, die sich an der Schnittstelle zwischen den Kostenträgern des Rettungsdienstes und den Kassenärztlichen Vereinigungen befinden, besser geregelt werden können. Es müsste jetzt sehr kritisch festgestellt werden, ob es eine Landeskompetenz gibt. Die Kassenärztliche Vereinigung zur Kostentragung zu bringen, halten wir für sehr schwierig. Auch die Frage, ob sie alle Einsätze bezahlen muss, die eigentlich Kassenarzteeinsätze waren, finde ich vom Grundsatz her sympathisch. Aber das wird in der Praxis nicht umsetzbar sein. Warum? - Weil es einen endlosen Streit darüber geben wird, wie das Bild ex ante und wie es ex post war. Man hat es hierbei immer mit Menschen zu tun, die um sich und um Andere in Sorge sind. Wir würden am Schluss, wenn denen geholfen wurde, sehr ungern möglicherweise noch über Jahre einen Verwaltungsvorgang zu der Frage führen, ob zu der Zeit eine Hausarztpraxis zugänglich war und ob dies für den Disponenten und/oder für den Patienten erkennbar war oder nicht.

Insofern wäre unser Rat beim Thema Gemeindenotfallsanitäter, zu warten, was der Bund machen wird, weil diese Sache aus unserer Sicht vom Bund geregelt werden muss; denn für das Funktionieren des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes - hier liegt auch eine Ursache für die Überlastung des Rettungsdienstes - sind nun mal die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen im SGB V entscheidend. Sie sehen also, wir können gönnen, erwarten aber grundsätzlich auch, dass der Bund die Landeskompetenz für den Rettungsdienst vollumfänglich beachtet.

Wir sollten auch noch einmal gemeinsam darüber nachdenken, ob der Begriff „Gemeindenotfallsanitäter“ wirklich der richtige ist, und zwar aus zwei Gründen. Wir schätzen die Gemeinden sehr. Sie spielen aber bisher in der Gesundheitsversorgung keine Rolle. Wie Sie wissen, sind die Landkreise und kreisfreien Städte Träger des Rettungsdienstes, und die Gemeinden haben - auch wenn die Bürger und Bürgermeister das gern hätten - überhaupt keine Steuerungsmöglichkeiten für den ambulanten Ärztebereich. Ich kann als politische Gemeinde in Niedersachsen eine Mangelversorgung bei mir feststellen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) melden - die haben dann andere Zahlen -, aber ich kann keine Arztsitze und keine Dienstpläne beeinflussen. Insofern ist der Begriff mit Blick auf das in ihm enthaltene Wort „Gemeinde“ schwierig.

Auch der zweite Wortteil „Notfallsanitäter“ ist schwierig. Wir haben das Berufsbild Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter, und wir schätzen diese Kolleginnen und Kollegen sehr. Sie haben sozusagen eine Premiumausbildung und tragen bereits jetzt wesentliche Teile des Rettungsdienstes, und sie werden das in Zukunft noch mehr tun. Aber für diesen Bereich der „Low-Code-Hilfe“ wird es auch andere angemessene Berufsbilder geben. Dafür muss man aus unserer Sicht nicht unbedingt Notfallsanitäter sein, sondern es wären beispielsweise auch Krankenschwestern mit Zusatzausbildung, erfahrene Arzthelferinnen etc. denkbar.

Ich habe in der schriftlichen Stellungnahme ein paar Möglichkeiten zur Bezeichnung aufgeführt. Ich bin mir sicher, dass der Landesausschuss Rettungsdienst, wenn es um Begriffsfindungen geht, auch einen Konsensvorschlag machen wird, wenn wir in den Bereich der Umsetzung im SGB V kommen.

Zum Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen, zur Telenotfallmedizin: Hier ist zunächst ein Dank zu richten an alle, die das Thema bereits in den vergangenen Jahren weitergetragen haben - den Landesausschuss Rettungsdienst, der ein Konzeptpapier erstellt hat, aber auch an den Landkreis Goslar, der seit zwei Jahren mit großem Erfolg ein viel beachtetes Pilotprojekt durchführt. Auch andere haben sich auf den Weg gemacht. Unsere Landkreisversammlung hat im März 2023 gesagt, dass es sich dabei um den richtigen Weg handelt. Insofern sind wir froh, dass die Landesregierung das Thema aufgegriffen hat, dass Sie das Thema im Landtag aufgegriffen haben. Wir haben so gute Erfahrungen aus dem Pilotprojekt in Goslar, dass wir sagen, das muss eigentlich so schnell wie möglich in der Praxis ausgerollt werden.

In diesem Zusammenhang will ich insbesondere Frau Gonschorek vom Innenministerium danken. Nach einem Signal des Landesausschusses, dass dringend Unterstützung benötigt wird, um dieses landesweite Projekt voranzubringen, hat sie sich dem Thema sehr beherzt angenommen. Ihr ist es zu verdanken, dass wir so weit sind, wie wir sind. Insofern gibt es, wie Sie den Stellungnahmen insgesamt sicherlich entnehmen konnten, einen großen Rückhalt, wenn es darum geht, die Telenotfallmedizin in Niedersachsen einzuführen.

Zum Verfahren will ich der Ehrlichkeit halber auch sagen: Der Landkreistag, die kommunalen Spitzenverbände sind trotzdem Fan eines Gesetzgebungsverfahrens, das auch eine Anhörung auf Ebene der Landesregierung vorsieht. Sie haben selbstverständlich das Recht und die Möglichkeit, alles zum Fraktionsentwurf zu machen. Hier stellen sich aber eine Fülle von schwierigen Detailfragen, wenn es darum geht, wie man dieses Projekt und die landesweite Einführung abbildet. Die Hoffnung auf die Expertise des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes eint uns an dieser Stelle. Ich will aber auch sagen: Es handelt sich um komplexe Fragen, bei denen wir eine ordentliche Verbandsbeteiligung gut fänden.

Abschließend noch ein Hinweis: Wir finden es außerordentlich wichtig, dass es bei der Telenotfallmedizin ein einheitliches Landessystem gibt. Das ist vorgesehen. Wir sind auch zuversichtlich, dass es kommunal getragene Leitstellen geben wird, die sich als Standorte der Telenotärztinnen und -ärzte zur Verfügung stellen, weil wir das nicht überall im Land brauchen werden. Wenn Sie regeln, dass mit denen Einvernehmen bestehen muss, ist das deswegen gut, weil diese umfangreiche organisatorische und insbesondere personelle Voraussetzungen schaffen und insbesondere auch Notärztinnen und -ärzte für den Dienst gewinnen müssen.

Zu den Einzelvorschriften im NRettdG, die nicht die Telenotfallmedizin betreffen, möchte ich auf unsere schriftliche Stellungnahme verweisen. Zudem möchte ich noch einmal betonen, dass wir uns freuen würden, wenn wir die nächste Novelle des Gesetzes mit mehr Themen und längerer Vorbereitungszeit angehen könnten.

**Stefan Wittkop (NST):** Ich möchte drei Punkte ergänzen. Zunächst möchte ich mich beim Ausschuss für die Änderung in § 10 Abs. 2 Satz 4 NRettdG bedanken. Das hat uns sehr geholfen; die Kommunen haben dies sehr begrüßt.

Zweitens möchte ich in Anlehnung an die Ausführungen von Dr. Schwind ebenfalls darauf hinweisen, dass der Rettungsdienst in Niedersachsen gut aufgestellt ist. Es gibt gute und funktionierende Strukturen. Wir, die Landkreise und die kreisfreien Städte, sind an dieser Stelle unterschiedlich aufgestellt - das ist systembedingt. Dennoch haben wir diese Stellungnahme in einer großen Einigkeit vorgetragen, was insbesondere für den Bereich Telenotfallmedizin gilt. An dieser Stelle einen besonderen Dank an alle Beteiligten. Unser Präsidium und unsere Oberbürgermeisterkonferenz haben diesen Bereich gern unterstützt.

Drittens kommt es nicht jeden Tag vor, dass der Städtetag einzelne Landkreise lobt und hervorhebt. Es gibt an dieser Stelle aber gute Gründe dafür, weil der Landkreis Goslar und der dortige Ärztliche Leiter Rettungsdienst Dr. Steffen hier wirklich hervorragende Arbeit geleistet haben. Sie haben das dortige Pilotprojekt wirklich vorangebracht. Daher hier auch einen ganz herzlichen Dank in Richtung Goslar.

**Abg. Ulrich Watermann (SPD):** Wir nehmen die Hinweise gern entgegen und freuen uns stets, wenn wir hier zu bestimmten Bereichen Beispiele hören. Vielleicht könnten sich die kommunalen Spitzenverbände darauf einlassen, dass dieser Landtag durchaus das Anrecht hat, einzelne Landkreise, die er beispielhaft hören möchte, auch anzuhören. Bei anderen Gesetzentwürfen oder Entschließungsanträgen gab es merkwürdige und gewöhnungsbedürftige Entwicklungen.

Ich habe noch eine weitere Anmerkung. Wenn ich zum Beispiel mit den Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeistern oder den Landrätinnen und Landräten rede, dann wird immer wieder gesagt, dass wir viel schneller sein müssten und dass doch alles einfacher gehen müsste. Ich

bin bekanntlich durchaus ein Fan davon. Doch dann komme ich zu einer Anhörung wie heute und höre, dass doch alles gründlicher sein müsste und es noch weitere Beratungsrunden geben müsste usw.

Gerade in der jetzigen Zeit, in der wir einen solchen Druck verspüren, ist es für mich schwierig, beides zusammenzubringen. Daher müssten wir uns irgendwann mal darüber verständigen, was wir denn wollen. Wollen wir nun schneller sein? Dann müssten wir uns auch mal über unsere - doch sehr rituellen - Beratungsformalitäten und darüber, wie wir die Beratungsabläufe beschleunigen können, unterhalten. Ich muss offen gestehen: Das würde mir gefallen. Die Komplexität ist zwar vorhanden, und es gründlich zu machen, ist auch gut; aber gründlich heißt nicht, dass es lange dauern muss, sondern man kann auch schnell und gründlich arbeiten. Ich nehme gern die Rückmeldung über die aktuellen Abläufe entgegen, möchte aber als Gesetzgeber auch kritisch anmerken: Wir können diese Hürde nur überwinden, wenn andere uns nicht ständig Steine in den Weg legen, über die wir dann nicht mehr kommen.

**Dr. Joachim Schwind:** Das können wir gerne bilateral klären. Ich kann dazu nur sagen, dass heute zwei Landkreise eingeladen sind und hier auch sitzen.

**Abg. Alexander Wille (CDU):** Ich habe eine Frage zur Kostenträgerschaft beim Einsatz der Gemeindenotfallsanitäter - ich bleibe mal bei diesem Begriff. Sie haben auf die Situation um das SGB V und die diesbezügliche Regelungskompetenz des Bundes hingewiesen. Wie würden Sie den Schritt bewerten, wenn der Gemeindenotfallsanitäter als weiteres reguläres Rettungsmittel in das NRettdG aufgenommen und damit auch die Kostenträgerschaft geklärt würde?

**Dr. Joachim Schwind:** Am besten fragen Sie dazu die Kostenträger. Nach der jetzigen Systematik gibt es eine Grenze. Diese Grenze liegt da, wo der kassenärztliche Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechzeiten anfängt; das ist im SGB V geregelt. Dann gibt es eine in der Praxis und im menschlichen Leben schwierige, aber in der Theorie relativ harte Grenze dort, wo bezüglich der Notfallrettung der Anwendungsbereich des NRettdG eröffnet ist.

Wenn Sie als Landesgesetzgeber sagen würden, dass alles, was der Gemeindenotfallsanitäter machen soll, unter die Notfallrettung fallen soll, dann könnten Sie das aus meiner Sicht grundsätzlich machen. Sie würden aber die Frage aufwerfen, wo in Niedersachsen die Zuständigkeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes außerhalb der Sprechzeiten ist. Wenn das nicht sauber abgegrenzt wird, dann wird das bei den Kostenträgern möglicherweise für erhebliche Probleme sorgen, weil das eine sozusagen aus dem Budget der Ärzteschaft kommt - das wird Herr Tiedemann von der AOK besser darlegen können - und das andere aus dem Rettungsdienstbereich.

Aus unserer Sicht ist das ein neues Versorgungsangebot, dass zwischen Rettungsdienst und Bereitschaftsdienst anzusiedeln bzw. von beiden Teilen getragen ist. Wenn Sie mich heute nach einem Vorschlag fragen, dann würde ich sagen, dass dies eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Trägern des Rettungsdienstes bzw. letztlich den Kostenträgern des Rettungsdienstes voraussetzt. Darüber hinaus müsste es eine Evaluation der tatsächlichen Einsätze geben. Das könnte man ja machen, und es wäre einfacher, als jeden einzelnen Einsatz zuzuordnen.

Nach dem, was ich aus den Pilotprojekten weiß - nicht nur aus Niedersachsen -, sind die Spannen immer in einem Korridor zwischen 40 % und 60 %; mal 60 % kassenärztliche Versorgung, mal

60 % Rettungsdienst. Wenn das stets in diesem Bereich stattfindet, dann wäre eine Möglichkeit, die Kosten hälftig zu tragen. Niedersachsen hat relativ gute Erfahrungen mit dem Vereinbarungsmodell gemacht. Das sieht das NRettdG jetzt auch vor. Das ist für alle Beteiligten mühsam. Die Kollegen der kommunalen Praxis gehen nicht gern zu Kostenverhandlungen. Die Krankenkassen kommen auch nicht immer gern. Aber am Schluss muss man sich einigen. Ich glaube, es gibt mit der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich eine Basis, wenn klar ist, dass sie einen Anteil tragen muss. Aber diese Ansage des Bundesgesetzgebers braucht es. Wenn klar wäre, dass sie einen Anteil tragen muss, dann wird es auch gelingen, mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung eine Vereinbarung zur Kostentragung zu finden. Denn dadurch gibt es bekanntlich in ganz erheblicher Weise auch eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte, und Ärzte für den Bereitschaftsdienst sind auch schwer zu finden. Auch die sehr belasteten Praxisinhaberinnen und -inhaber machen das nicht gern.

Ich glaube daher: Es gibt einen Korridor. Aber aus meiner Sicht müsste das erst im SGB V gelöst werden. Eine jetzige Regelung, nach der die Kostenträger des Rettungsdienstes alles zahlen, würde ich aus Sicht der Kostenträger und aus systematischer Sicht weder richtig noch fair finden.

**Abg. Stefan Marzischewski-Drewes (AfD):** Sie haben die Gesetzesinitiative des Bundes zu Recht erwähnt. Wie lange müssen wir Ihrer Einschätzung nach darauf warten? Glauben Sie aufgrund Ihrer langjährigen Erfahrung, dass diesbezüglich noch in diesem Jahr eine Entscheidung fällt? Denn davon hängt ab, ob die begrüßenswerte Initiative der CDU zu diesem Thema hier in diesem Jahr noch behandelt werden muss und man in diesem Zuge eine eigenständige Regelung für Niedersachsen findet - mit allen Problematiken, die Sie hier angesprochen haben. Gegebenenfalls müsste es auch eine Änderung des Titels „Gemeindenotfallsanitäter“ geben. Das klingt zwar schön, aber vielleicht findet man in der Sache einen anderen Namen.

**Dr. Joachim Schwind:** Der Bundesgesundheitsminister ist für uns in jeder Hinsicht unberechenbar. Wir glauben aber, dass das Vorhaben der Reform der Notfallversorgung vom Bund mit hoher Priorität verfolgt wird. So wie ich die Ankündigung vom vergangenen Dienstag verstehe, gibt es zwei Gesetzentwürfe. Der Gemeindenotfallsanitäter soll in dem ersten sein. Mein Ziel wäre, dass es den zweiten nie gibt - das will ich offen sagen -, weil es dabei um die Länderkompetenzen geht.

Alle Länder haben in den jeweiligen Pilotprojekten gute Erfahrungen gemacht. Daher gibt es einen großen Druck auf den Bund, an dieser Stelle das SGB V zu öffnen. Das ist unsere Forderung seit 2018. Insofern würde ich raten, zu warten.

Wenn der Bund gar nichts tut, wird es immer noch mit der Landeskompetenz und der Kostentragung in diesem Bereich schwierig. Wenn jemand zuständig ist, dann muss es auch der Zuständige regeln. Es gibt aus meiner Sicht keine richtige Möglichkeit, als Landesgesetzgeber in diese Lücke zu springen. Deswegen hangeln wir uns deutschlandweit von Pilotprojekt zu Pilotprojekt. Und warum gibt es diese Pilotprojekte? - Weil es eben kein Element der Regelversorgung Rettungsdienst ist, und für die Regelversorgung kassenärztlicher Bereitschaftsdienst sind wir nicht zuständig.

**Abg. Nadja Weippert (GRÜNE):** Ich sehe das genauso. Letztlich können wir die Kommunen nicht mit weiteren Kosten belasten. Das ist genau der Punkt. Deswegen müssen wir, wie Sie gerade erläutert haben, warten.

**ver.di, Landesbezirk Niedersachsen-Bremen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2*

**Anwesend:**

- Uwe Ammoneit, Landesfachgruppe Rettungsdienst

- Vasco Groth, Landesfachgruppe Feuerwehr

**Uwe Ammoneit:** Ich bin hauptberuflich beim Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuz (DRK) tätig und bin in ver.di Sprecher der Landesfachgruppe für den Rettungsdienst. Mein Kollege Vasco Groth hat die gleiche Aufgabe für die Berufsfeuerwehren. Wir sind also keine hauptberuflichen Gewerkschaftsfunktionäre, sondern kommen von der Rettungsdienstbasis. Wir haben uns in unseren Fachgruppen damit auseinandergesetzt, was hier und heute auf dem Tisch liegt, und haben es um Aspekte ergänzt, die uns noch wichtig sind.

Herr Dr. Schwind hat auf den Gemeindenotfallsanitäter hingewiesen. Das ist grundsätzlich eine tolle Idee. Über den Begriff kann man aber eben aufgrund der erwähnten Abgrenzungproblematik zum Notfallrettungsdienst und zur kassenärztlichen Aufgabe streiten; das sehen auch wir so. Aus den Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen aus den Pilotprojekten, die wir in unserer Fachgruppe haben, wissen wir, dass es diese Abgrenzung nicht immer gibt. So wird der Gemeindenotfallsanitäter gern als eine Art „First Responder“ genutzt. Das steht so ähnlich auch in dem Entwurf - Stichwort „Lageerkundung“ usw. Wenn das so sein sollte, dann müsste der Gemeindenotfallsanitäter auch tatsächlich als Teil des Rettungsdienstgesetzes bzw. des Rettungsdienstes auch ohne Refinanzierungsproblematik mit einer klaren Aufgabenstellung etabliert werden. Momentan ist uns von der Basis noch zu unklar belassen, welche Aufgaben eine Gemeindenotfallsanitäterin oder ein Gemeindenotfallsanitäter übernehmen soll.

Wir weisen auf einen weiteren Aspekt in unserer Stellungnahme hin. So müsste vorgesehen werden, dass diese Einsatzfahrzeuge nicht allein unterwegs sind, sondern möglicherweise auch eine zweite Kraft zur Hilfe dazugegeben wird - auch wegen der in der Vergangenheit zunehmend beobachtbaren Gewalt gegen Einsatzkräfte. Vor diesem Hintergrund wäre es für viele spannend - das wissen wir aus Rückmeldungen aus der Belegschaft -, allein zu Einsätzen hinauszufahren und in Wohnungen zu gehen, um dann dort die Aufgabe eines Gemeindenotfallsanitäters wahrzunehmen.

Wir haben in unseren Fachgruppen auch das Thema Telenotfallmedizin besprochen. An dieser Stelle bin ich wieder bei Dr. Schwind. Wir waren auch gemeinsam auf der Drei-Königs-Tagung in Goslar. Das ist ein sehr positives Projekt, auch jetzt schon. Allerdings gibt es auch hier das Problem, dass im Rettungsdienst schon jetzt mit ganz unterschiedlichen Standard Operating Procedures (SOPs) gearbeitet wird. Jeder ärztliche Leiter, jede ärztliche Leiterin in jedem Landkreis hat eigene SOPs und hat ein eigenes Delegationspotenzial an die Belegschaften vor Ort gegeben. Daher müsste klargestellt werden, wie hier der Telenotarzt tätig werden soll.

Am Rande: Wir sehen es als problematisch an, dass jetzt wieder ein Upgrade stattgefunden hat, indem die Verlängerung der Tätigkeit von Rettungsassistenten um weitere drei Jahre zum dann

wahrscheinlich allerletzten Mal doch wieder ansteht. Eigentlich gibt es genügend Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Es gibt an dieser Stelle keinen Fachkräftemangel. Das wird vielleicht Bernd Gerberding nachher auch noch einmal für den Landesausschuss Rettungsdienst sagen. Deshalb sehen wir auch überhaupt keine Notwendigkeit, den Rettungsassistenten im Rettungsdienst noch weiter zuzulassen. Denn möchte man die Telenotfallmedizin einführen - und zwar mit dem Nachdruck, wie es hier in der Gesetzesnovelle geäußert wird -, dann braucht man Notfallsanitäter vor Ort. An der Stelle kann man nicht mit Rettungsassistenten arbeiten.

Ich möchte auf einen weiteren wichtigen Aspekt im § 5 NRettDG hinweisen, der den Titel „Beauftragte“ trägt. Nach unserer Meinung ist es erforderlich, hier klarzustellen - das steht zwar zurzeit nicht zur Debatte; wir wissen aber aus der Erfahrung, dass es große Probleme bereitet -, dass die jeweils geltenden Tarifverträge der Beauftragten als wirtschaftlich anzuerkennen sind. Diese Forderung ist für uns als Gewerkschaft selbstverständlich. Wir schließen bekanntlich Tarifverträge für unsere Mitglieder ab, damit diese dann auch gelten und nicht andauernd infrage gestellt werden.

Warum fordern wir das? Vor Ort gibt es in Kostenträgerverhandlungen ganz oft Refinanzierungsprobleme - egal ob bei DRK, Arbeitersamariterbund oder den Johannitern mit ihren jeweiligen tariflichen Regelungen; die Feuerwehren haben als sozusagen Teil des Trägers diesbezüglich weniger Probleme -, weil unterschiedliche tarifliche Regelungen zu unterschiedlichen Kosten führen. Die Personalkosten sind ausschlaggebend; mehr als 75 % der Gesamtkosten von Rettungsdiensten werden durch die Personalkosten verursacht. Tarifgebundene große Unternehmen wie das DRK oder auch die Kommunen, die bekanntermaßen den TVöD anwenden müssen, können daher im Gegensatz zu anderen Wettbewerbern, die andere Tarifverträge haben, einen Wettbewerbsnachteil haben; denn die Kostenträger suchen sich möglicherweise dann immer das heraus, was ihrer Meinung nach am wirtschaftlichsten ist. Momentan wird immer mit dem TVöD argumentiert. Der ist aber nachteilig für die Kollegen, die beim DRK arbeiten, oder auch für diejenigen, die bei den Maltesern arbeiten, die weniger Arbeitszeit pro Woche zu erbringen haben oder zum Beispiel eine Notfallsanitäterzulage erhalten. Die ist im TVöD nicht geregelt. Dadurch gibt es vor Ort dann Probleme.

Zum Thema Landesausschuss sagt mein Kollege von der Berufsfeuerwehr jetzt ein paar Worte. Wir denken, dass wir in diesem auch vertreten sein sollten.

**Vasco Groth:** Ich bin Mitglied des ver.di-Fachvorstands Feuerwehr und arbeite hauptamtlich als Feuerwehreinsatzbeamter bei der Berufsfeuerwehr Hannover. Wir haben uns zum Landesausschuss Rettungsdienst und dem dazugehörigen § 13 NRettDG Gedanken gemacht. Wir sehen es als notwendig an, dass in Zukunft durch den Gewerkschaftsbund zu benennende Arbeitnehmer\*innen als Vertreter der Basis - sprich der Kolleginnen und Kollegen auf der Straße - dort vertreten sind, um die Notwendigkeiten, die an der Basis entstehen, einbringen zu können.

Als zweiten Änderungsvorschlag haben wir das Thema Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Rettungssanitäters mitgebracht. Das kann auf Landesebene geregelt werden. Der Rettungssanitäter hat momentan eine dreimonatige Ausbildung, die sich zu gleichen Teilen in Theorie, praktische Ausbildung und die klinisch-praktische Ausbildung teilt. Sie kann noch mit einer Rettungssanitäter-Plus-Ausbildung - ein 40-stündiger Aufbaulehrgang - aufgewertet werden, um im Rahmen der Erstversorgung von Patientinnen und Patienten eigenständig Transporte auf dem Notfallkrankentransportwagen (NKTW) durchzuführen und als Assistent in Zusammenarbeit dem Notfallsanitäter zur Seite zu stehen.

Das Notfallsanitätergesetz spricht in § 2a von einer eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter\*innen bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn der Telemedizin. Die Voraussetzung dafür ist, dass diese Maßnahmen erlernt wurden und beherrscht werden. Ich möchte diesbezüglich einen Ausblick geben. Ich habe vor 24 Jahren meinen Rettungssanitäterlehrgang gemacht. Damals passten die Handlungsanweisungen - die SOPs - auf fünf DIN-A5-Seiten in die Beintasche. Mittlerweile gibt es die „Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitäter (NUN) - Algorithmen“, regionale Protokolle, SOPs usw. Hier in der Landeshauptstadt Hannover ist das ein Pamphlet vom 75 DIN-A4-Seiten, was ad hoc, zu jeder Tag- und Nachtzeit zu leisten ist.

Dem Notfallsanitäter ist das nach einer dreijährigen Ausbildung durchaus zuzutrauen. Ein Rettungssanitäter muss da aber mitkommen, dem Notfallsanitäter zuarbeiten können und entsprechend auch geschult und in Übung sein. Daher sehen wir die Dauer der Ausbildung des Rettungssanitäters von drei Monaten als nicht mehr zeitgemäß an. Aus unserer Sicht wäre es zielführend, die Ausbildung des Rettungssanitäters analog zum ersten Lehrjahr des Notfallsanitäters auf ein Jahr zu verlängern, um eine Rechts- und Handlungssicherheit bieten zu können und um sowohl den anspruchsvolleren als auch den niederschwelligeren Notfallbildern gerecht zu werden.

Letztlich muss - diese Erfahrungen der Kollegen erhalten wir durch Rückmeldungen - ein Rettungswagen als weiteres Rettungs- und Einsatzmittel ausfahren, wenn sich der Rettungssanitäter auf dem NKTW überfordert fühlt und daher nicht entlasten kann. Der Fachkräftemangel wird dadurch auch verstärkt, weil wir noch mehr Rettungswagen (RTW) brauchen.

Mit einem Jahr Berufsausbildung hätten die Kolleginnen und Kollegen auch andere berufliche Perspektiven; sie hätten auch eine andere Durchlässigkeit, um sich weiter zum Notfallsanitäter zu qualifizieren.

**Uwe Ammoneit:** Ich möchte die Ausführungen von Herrn Groth zum Landesausschuss unterstreichen. Im Landesausschuss sind schon jetzt Ärztinnen und Ärzte und auch Vertreter der Beauftragten, der Leistungserbringer, vertreten. Denen sprechen wir nicht die Kompetenz ab; das sind meistens unsere Arbeitgeber - DRK, Johanniter, bzw. alle, die im Rettungsdienst Leistungserbringer sind. Aber wir vermissen manchmal die Expertise, ich sage mal, von vor Ort bzw. von der Straße. Es sollten daher auch Vertreter\*innen beispielsweise der Gewerkschaft benannt werden dürfen. Ihnen als Parlament steht es frei, das so zu regeln. Der Ausschuss könnte diese Mitglieder selbst aufnehmen, möchte er aber nicht - das sage ich hier an dieser Stelle ganz offen. Das haben wir schon versucht.

Sie sehen ja auch, dass der DGB, die Gewerkschaft nicht irgendwelche Gewerkschaftsideologen ins Rennen schickt, sondern wir sind bemüht, Leute von der Straße zu nehmen, die auch um das wissen, was die Belegschaften draußen, was unsere Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Feuerwehrbeamtinnen und Feuerwehrbeamte oder auch die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter bis runter zum Ehrenamt denken. Wir haben in unseren Ausschüssen Mitglieder, deren Meinung wir einholen, deren Sachverstand wir in unseren Meinungsbildungsprozess mit einbeziehen. Daher möchte ich erneut darum bitten, über diese Aufforderung, Sitz und Stimme im Landesausschuss Rettungsdienst auch Vertretern der DGB-Gewerkschaften zu geben, ernsthaft nachzudenken.

**Arbeiter-Samariter-Bund, LV Niedersachsen e. V.**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7*

**Anwesend:**

- *Thomas Heine, Hauptgeschäftsführer*
- *Elisabeth Schmidt, Regionalgeschäftsführerin*

**Johanniter Landesverband Niedersachsen/Bremen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3*

**Anwesend:**

- *Thorsten Ernst, Fachbereichsleiter*

**Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Niedersachsen e. V.**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 1*

**Anwesend:**

- *Helge Vogt, Fachreferent Rettungsdienst*

**Thomas Heine (ASB):** Zunächst möchte ich etwas zu meinem Kollegen Herrn Ammonit von der Gewerkschaft sagen: Lieber Uwe, ich finde, Du hast heute manchmal leider das Thema verfehlt.

Ich möchte nicht wiederholen, was meine Vorredner bereits explizit und sehr gut benannt haben. Doch ich möchte einen Grundsatz voranstellen, der uns alle, glaube ich, umtreibt. Dies betrifft unsere lieben Bürger und Bürgerinnen. Denn aus unserer Sicht haben sie in der heutigen Zeit verlernt, ihre gesundheitlichen Probleme richtig zu bewerten und daraus die richtigen Schlüsse zu ziehen. Deswegen landen jegliche Anfragen bei der 112. Diese Leitstelle, die ich aus meiner Kindheit noch so kenne, dass es dort nur einen Rettungswagen und einen Krankenwagen und nichts Anderes gibt, ist inzwischen eine Institution geworden, die jegliche Fragen in dem Bereich der Gesundheit beantwortet. Nun sitzen wir hier und versuchen, mit irgendwelchen kleinen niederschweligen Mitteln - ich sage das mal so - diese großen Probleme zu lösen.

Wir nehmen aber gern Stellung zu den vorliegenden Gesetzentwürfen. Ich möchte dabei zunächst auf Dr. Schwind und die „Lauterbach'schen Vorschläge“ zurückkommen. Ich gebe Ihnen durchaus recht, dass wir davon einiges gebrauchen können. Aber wir sehen es trotzdem ein wenig anders. Für uns als Hilfsorganisation ist es wichtig, nicht nur den Föderalismus in den Vordergrund zu stellen; denn ich - auch ich als Bürger - möchte in jedem Landkreis und in jedem Ort in Deutschland am besten gleich gerettet werden. Dies ist momentan aber nicht der Fall. Das müssen wir ganz ehrlich sagen. Sie als Abgeordnete wissen auch - Sie kennen Ihre Kommunen und Städte -, dass es an der Stelle große Unterschiede gibt.

Bezüglich der einzelnen niederschweligen Punkte verweise auch ich auf unsere schriftliche Stellungnahme. Themen wie Barrierefreiheit etc. haben wir dort angesprochen. Ich möchte aber explizit auf den Gemeindeneuaufrüstung eingehen. Auch in dieser Hinsicht gebe ich meinen

Vorrednern Recht. Der Begriff ist erstens nicht glücklich gewählt. Zweitens kann es nicht nur ein Notfallsanitäter sein, sondern diese Möglichkeiten können und sollten auch für andere Berufsfelder geöffnet werden. Daher müsste und sollte ein anderer Begriff gefunden werden.

Grundsätzlich - das ist unsere Ansicht und auch unsere Interpretation - gehört dieses niederschwellige Angebot des Gemeindenotfallsanitäters - wie jedes andere übrigens auch; es gibt zum Beispiel auch keinen „mobilen Retter“ oder „First Responder“ im Rettungsdienstgesetz - nicht in das Rettungsdienstgesetz. Er ist wichtig, er ist gut, er füllt auch durchaus Lücken. Aber im Rettungsdienstgesetz sind der Geltungsbereich des Gesetzes und die verschiedenen Arten von Rettungsmitteln ganz klar beschrieben. Es werden dort Rettungswagen, Notarztwagen usw. aufgezählt, aber nicht der Gemeindenotfallsanitäter. Durch die Aufnahme des Gemeindenotfallsanitäters würde das Gesetz für immer mehr niederschwellige Angebote geöffnet werden, und das sollte und darf aus unserer Sicht nicht sein.

Ich möchte auch kurz auf das Thema Telenotfallmedizin eingehen. Auch das kann ich nur bestätigen: Wir sind dafür, das ist toll, das ist wunderbar gelaufen. Hier auch ein herzliches Dankeschön an das Innenministerium. Die Telenotfallmedizin ist ganz wichtig und der erste Ansatz, den wir im Land Niedersachsen, glaube ich, wirklich einmal einheitlich gehen - und ich kenne den Rettungsdienst schon ziemlich lange. Auf diese Einheitlichkeit sollten wir achten. Mein Wunsch an Sie wäre daher auch, dass wir in Zukunft in den verschiedenen Landkreisen und Städten keine unterschiedlichen Systeme mehr haben. Das wäre schön.

Zum Schluss überlasse ich das Fazit unserer Stellungnahme meiner Kollegin Elisabeth Schmidt. Auch sie ist übrigens Praktikerin; nicht nur ver.di bringt Praktiker mit.

**Elisabeth Schmidt** (ASB): Abschließend möchten wir als ASB zusammenfassend äußern, dass wir jegliche Bemühungen des Gesetzgebers zur Effizienzsteigerung des Rettungsdienstes sehr begrüßen. Wir möchten darüber hinaus dazu ermutigen, aktuelle Probleme im Rettungsdienst wie der beginnende Ressourcenmangel, den wir haben, nicht mit Antworten wie in den vergangenen 30 Jahren zu begegnen. Das heißt, es sollten zum Beispiel nicht weitere Rettungsmittel in Dienst gestellt werden, sondern es sollten neue Wege gegangen werden. Beispielsweise sollte die Digitalisierung in den Leitstellen und die damit einhergehende effizientere Steuerung forciert werden. Daher sagen wir als ASB-Landesverband Niedersachsen Ja zur Telenotfallmedizin und Nein zum Gemeindenotfallsanitäter im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz.

**Thorsten Ernst** (Johanniter): Zunächst verweise ich auf die von uns eingereichte schriftliche Stellungnahme.

Der Rettungsdienst in Niedersachsen befindet sich in einem Meer von großen Herausforderungen, die alle gelöst werden wollen, damit wir einen zukunftsfähigen und zielgerichteten Rettungsdienst sicherstellen können. Die Annahme, dass durch *eine* Maßnahme alle Probleme auf einen Schlag gelöst werden können, ist sicherlich falsch. Es bedarf vieler Schritte, um den Rettungsdienst zukunftsfähig zu machen. Die beiden hier heute zur Diskussion stehenden Vorschläge - Gemeindenotfallsanitäter und Telenotfallmedizin - sind beides Schritte auf diesem Weg.

Vieles ist schon gesagt worden. Das möchte ich nicht wiederholen. Eine medizinische Qualifikation - momentan Gemeindenotfallsanitäter genannt - zu schaffen, halten auch wir für sinnvoll

und zielführend. Zum Einsatzbereich wurde gerade eben ausgeführt. Dr. Schwind hat die prozentuale Verteilung zwischen Notfallrettung und kassenärztlicher Versorgung entsprechend dargestellt. Insofern glauben wir, dass diese Funktion tatsächlich zu einer Entlastung des hoch qualifizierten Rettungsdienstes in der Notfallversorgung führen würde.

Wir können aber nicht zustimmen, dass es sich dabei um Notfallsanitäter handeln muss. Der Notfallsanitäter ist die höchste Qualifikation in der Notfallrettung. Es ist sicherlich richtig, dass brutto jede Menge Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter jährlich durch die Schulen der Hilfsorganisationen ausgebildet werden. Es gibt aber unwahrscheinlich viele Stellen - das war vorher nicht der Fall; gerade beim Rettungsassistenten oder Rettungssanitäter -, die gern auf diese hoch qualifizierten und hoch motivierten jungen Fachleute zurückgreifen. Zu denken ist an ambulante Behandlungseinrichtungen, Betriebsfeuerwehren, Werkfeuerwehren, ärztliche Dienste etc., die auch ein Interesse daran haben, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in ihren Strukturen zu haben. Ausgebildet werden sie bei uns, finanziert werden sie durch die Kostenträger, und dann arbeiten sie schlimmstenfalls woanders. Es gibt an dieser Stelle also ein Attraktivitätsproblem. Die Schaffung einer entsprechenden Funktion - auch ich nenne sie noch einmal Gemeindenotfallsanitäter, betone aber, dass ich den Begriff nicht gut finde - mag daher auch zu einer Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes Notfallsanitäter in der Notfallversorgung führen.

Warum stehen wir dem Begriff „Gemeindenotfallsanitäter“ kritisch gegenüber? Dr. Schwind hat es im Grunde genommen schon ausgeführt. Ich möchte hier etwas zum Thema Notfallsanitäter ergänzen. Es muss eine klare Umschreibung davon geben, was diese Funktion in der Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern wahrnehmen muss. Daraus kann abgeleitet werden, welche Qualifikation gebraucht wird. Wir glauben, dass auch andere medizinische Fachberufe - zum Beispiel examinierte Pflegekräfte mit entsprechenden Fachweiterbildungen im Bereich der Intensivmedizin, aber auch der geriatrischen Betreuung und Versorgung - durchaus in der Lage wären, diesen Anforderungsprofilen gerecht zu werden. Insofern wäre der Begriff zu überdenken.

Auch die Fragen der Finanzierung wären zu klären. Das ist bei einem Mischeinsatz in der Notfallrettung und dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst eine Herausforderung. Aber ich hoffe, dass diese Hürde im Sinne aller - vor allen Dingen der Bürgerinnen und Bürger - genommen werden kann.

Zur Einführung der Telenotfallmedizin: Wir befürworten diese und hoffen auf eine schnelle Umsetzung. Denn es wird Zeit, dass sie eingeführt wird; sie wird gebraucht. Das Konzept ist auch nicht neu. Es gibt andere Länder dieser Erde, die sie schon seit vielen Jahrzehnten erfolgreich anwenden.

Als Mitglied der Projektgruppe, die das Innenministerium eingesetzt hat, darf ich mich zum einen bei der Projektgruppe selbst, insbesondere aber auch bei Frau Gonschorek bedanken, die sich dieses Thema zu Herzen genommen hat, es auf den Weg gebracht hat und es vorantreibt. Das versetzt uns in die Lage, nach verhältnismäßig kurzer Zeit heute hier zu sitzen und über dieses Thema zu diskutieren.

Meine Bitte in dem Punkt: Weiterführend sollte darauf geachtet werden, dass der Fortgang dieser Initiative, die dringend geboten ist, jetzt nicht durch Formalismen und bürokratische Anforderungen zeitlich verzögert wird und dadurch eine sinnvolle Einführung der Telenotfallmedizin flächendeckend in unserem Bundesland ebenfalls später geschieht.

Neben einer Senkung der Zahl der mit einem Arzt besetzten Einsatzmittel, die vielleicht irgendwann kommen könnte, glauben wir, dass es hierdurch auch vor Ort zu einer Stärkung und zu einer Hervorhebung der Qualität des Notfallsanitäters kommt, weil die Möglichkeit deutlich mehr gegeben ist, dass die Methodenkompetenz und die fachlichen Inhalte, die im Rahmen der dreijährigen Ausbildung vermittelt werden, auch eigenverantwortlich - nötigenfalls nach einer vorherigen Rücksprache mit einem Arzt - durchgeführt werden können.

**Helge Vogt (DRK):** Zu dem Begehren der CDU-Fraktion, die Integration von Regelungen zum Gemeindenotfallsanitäter in das NRettdG aufzunehmen, möchten wir folgende Stellungnahme abgeben:

Es ist richtig, dass die Fall- und Einsatzzahlen in den vergangenen Jahren in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und beim Rettungsdienst stetig zugenommen haben. Ein Grund hierfür sind zum einen die langen Wartezeiten bei der Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte oder des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Dies führt dazu, dass sich viele Patientinnen und Patienten über die Notrufnummer an den Rettungsdienst wenden, obwohl objektiv betrachtet keine Notwendigkeit einer Notfallrettung bzw. eines Notfalltransports vorliegt.

Um dieser Fehlinsanspruchnahme von Ressourcen der Notfallrettung wirksam entgegenzutreten, soll dem Antrag der CDU-Fraktion folgend der Gemeindenotfallsanitäter in das NRettdG aufgenommen werden und zum Einsatz kommen, wenn dem Leitstellendisponenten unklar ist, ob ein RTW für die Notfallrettung oder ein NKTW für den Notfalltransport zum Einsatz kommen soll. Daraus folgt, dass die Grundsatzentscheidung, einen RTW oder einen NKTW zu entsenden, bereits getroffen worden ist.

Wir sind der Ansicht, dass die Einsatzindikation des Gemeindenotfallsanitäters deutlich niedriger angesiedelt werden muss. Der Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters soll gerade darauf abzielen, unnötige rettungsdienstliche Einsätze zu vermeiden. Er muss immer dann zum Einsatz kommen, wenn nicht sicher feststeht, ob überhaupt ein Transport erforderlich wird, also unterhalb der Schwelle für den qualifizierten Krankentransport, gegebenenfalls darüber hinaus noch bis zur Schwelle des Notfalltransportes.

Im November 2022 ist von den Hilfsorganisationen ein Positionspapier zur Neuausrichtung des Rettungsdienstes in Niedersachsen erstellt worden. Dort wird zum Gemeindenotfallsanitäter ausgeführt: Neben Rettungsdienst und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst können verschiedene Systeme zur Erstversorgung bzw. -sichtung von Patienten mit mutmaßlich niederschwelligem Melde- bzw. Krankheitsbild eingerichtet werden, um den Rettungsdienst zu entlasten. In Anlehnung an den Gemeindenotfallsanitäter könnten notfallmedizinisch geschulte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen oder medizinische Fachangestellte zum Einsatz kommen.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass keine Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zum Einsatz kommen müssen. Wir sind der Ansicht, mit Blick auf das Einsatzspektrum - unterhalb qualifiziertem Krankentransport bis maximal fraglichem Notfalltransport - erscheint es sinnvoller, notfallmedizinisch geschultes Personal - mit dreijähriger Ausbildung im Gesundheitswesen - einzusetzen, um pflegerische Bedarfe besser abdecken zu können. Die Leistungen eines derartigen Gemeindenotfallsanitäter-Systems sind eindeutig der ambulanten medizinischen Versorgung zuzuordnen und sollten folglich auch dort - außerhalb des NRettdG - gesetzlich geregelt werden.

Zu den weiteren Punkten zu dem Gesetzentwurf der CDU-Fraktion verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen verfolgen mit ihrem Gesetzentwurf die Einführung der Telenotfallmedizin in das NRettdG. Damit soll die Sicherstellung des Qualitätsniveaus im Rettungsdienst sowie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effektiven rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden. Dieses Ansinnen der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die Telenotfallmedizin in Niedersachsen flächendeckend zu etablieren, begrüßen wir ausdrücklich.

Mit dem Gesetzentwurf würde auch die umfassende Freistellung für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer der Berg- und Wasserrettung in § 7a NRettdG eingeführt, wenn diese rettungsdienstlich zum Einsatz kommen. Wir begrüßen diese Freistellung, möchten aber nicht unerwähnt lassen, dass eine im Koalitionsvertrag angekündigte, bislang aber noch nicht umgesetzte Gleichstellung aller Helfenden im Katastrophenschutz dringend erforderlich ist.

**Abg. Stephan Bothe (AfD):** Gerade das Thema Telenotfallmedizin ist wohl unstrittig. Das ist eine sinnvolle Sache. Das haben Sie und Ihre Vorredner auch alle ausgeführt.

Ich habe eine Frage zum Thema Gemeindenotfallsanitäter. Sie haben, finde ich, sehr realistisch dargestellt, dass es diesbezüglich Probleme gibt und dass es unrealistisch sei, ihn aktuell im Rettungsdienst einzusetzen. Darüber hinaus sprachen Sie davon, dass er auf anderen Wegen eingesetzt werden kann - als Art Brücke zwischen dem Rettungsdienst und dem kassenärztlichen Notdienst. Wäre es daher nicht sinnvoll, ihn direkt in den kassenärztlichen Notdienst zu integrieren? So könnte der Bereitschaftsarzt entlastet werden, indem hierfür Pflegekräfte eingesetzt werden. Haben Sie diesbezüglich eine Idee oder ein Modell, wo er eingesetzt werden kann und wie das alles sinnvoll finanziert und durchgesetzt werden kann? Denn Sie haben sich ja offensichtlich bereits Gedanken dazu gemacht, wie man einen Gemeindenotfallsanitäter - ich gebe Ihnen Recht, dass dies ein unglücklicher Begriff ist - einsetzen und die genannte Brücke schlagen kann.

**Thomas Heine (ASB):** Das ist eine schwierige Frage. Natürlich machen wir alle uns Gedanken darüber. Dabei sind wir alle uns, glaube ich, einig, dass niederschwellige Angebote, egal in welcher Form, benötigt werden - Stichwort „mobile Retter“ oder „mobile Apps“ mit Ersthelfern aus der Nachbarschaft usw. Dazu gehört der - ich lasse den Begriff jetzt so stehen - Gemeindenotfallsanitäter. Dieser ist ein „Zwitter“ - das wurde auch von meinen Vorrednern erwähnt - zwischen dem Rettungsdienst und dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Ich glaube, es bedarf insgesamt noch mehr Vorbereitung. Ich übernehme hier sehr gern, was Herr Dr. Schwind gesagt hat: Wenn der Bund das für uns übernimmt, dann soll er es auch machen. - Ich glaube auch, dass dies kein rein niedersächsisches Problem ist; denn bekanntlich haben auch andere Landtage diese Problematik aufgenommen. Eigentlich ist es ein bundesweites Problem. Ich würde auch sagen: Erst wenn es im SGB V aufgenommen wird, ist es für uns erledigt. Dann wäre auch das Thema Finanzierung geklärt. Aus unserer Sicht, aus Sicht des ASB, ist das zurzeit der einzige Ansatz. Auf jeden Fall sollte es nicht über das Rettungsdienstgesetz geregelt werden.

**Thorsten Ernst (Johanniter):** Das ist das, was ich am Anfang meiner Ausführungen meinte: Es ist ein sehr komplexes Thema, und eine einfache Zuordnung ist zu kurz gesprungen. Man muss sich

sehr genau überlegen, welche Ziele man erreichen möchte. Hinterher muss man dann überlegen, wie man eine Struktur abbildet, damit das Ganze am Ende funktioniert. Ob es dann der Gesetzlichen Krankenversicherung oder den Ärzten zugeordnet ist, wird man sehen. Aber jetzt aus der Hüfte zu schießen und zu sagen, dass das eine oder andere die eine Lösung wäre, dafür ist es tatsächlich zu früh.

### **Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V., Sektion Niedersachsen/Bremen**

#### **Anwesend:**

- Prof. Dr. med. Georg von Knobelsdorff

Prof. Dr. med. Georg von Knobelsdorff: Zunächst hat mich die Aussage der Gewerkschaftsvertreter, dass wir vom Landesausschuss nicht persönlich auf der Straße unterwegs seien, ein bisschen getroffen. Ich fahre seit 41 Jahren auf dem Notarztwagen. Auch als Chefarzt nehme ich es mir heraus, zehn Mal im Jahr zu fahren, und bin daher auch direkt auf der Straße unterwegs.

Das Thema Gemeindenotfallsanitäter ist hier schon gut besprochen worden. Ich glaube, einzig Frau Seeger aus Oldenburg kann uns noch weiterführende Fakten nennen. Denn aufgrund der Großleitstelle Oldenburger Land, die ein Vorbild für ganz Niedersachsen sein sollte, hat man dort nicht nur die Möglichkeit, hervorragend zu diskriminieren - im Sinne von: Krankheiten und Zustände unterscheiden -, sondern man kann anschließend auch richtig disponieren. Darüber hinaus kann das Ganze digital ausgewertet werden, um genau zu schauen, was war. Frau Seeger wird uns auch sagen können, wo genau das Tätigkeitsgebiet bei diesem Pilotprojekt in Oldenburg liegt.

Zur Telenotfallmedizin: Das ist ein super Projekt. Was war das Tolle in Goslar? - Erstens gibt es mit Tobias Steffen dort einen sehr engagierten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Zweitens wurde bei den Vorgängermodellprojekten davon ausgegangen, es würden Kameras in den Rettungswagen benötigt. Dadurch wurden die Wagen in dieser Hinsicht bombastisch aufgestellt. Aber die Musik spielt in der Wohnung oder am Unfallort, direkt am verunglückten Auto. Dort muss geholfen werden. Dann nutzt eine Kamera im Rettungswagen nichts. Wir alle haben ein Handy. Das können wir für einen solchen Einsatz natürlich nicht verwenden. Aber worauf ich hinaus will, ist Folgendes: Wir alle können damit umgehen, und die Geräte machen so tolle Bilder, dass sie als Profifotos verkauft werden könnten. Man sieht mit diesen Geräten auch den Patienten sehr gut. Die Rettungswagen könnte man gar nicht so schnell nachrüsten, wie diese Geräte besser werden. Das musste erst effektiv realisiert werden. Das waren, glaube ich, die entscheidenden Dinge. Zudem hat das Engagement des Innenministeriums und von Frau Gonschorek der ganzen Sache einen starken Schub verliehen. Wir sind froh, dass wir in Hildesheim daran direkt teilnehmen dürfen.

Zuletzt möchte ich auf etwas eingehen, das noch niemand angesprochen hat: die Aufbewahrung der Daten und insbesondere der Abfragebänder. Die diesbezügliche Frist soll auf sechs Monate verlängert werden. Ich schreibe viele Gutachten für die Staatsanwaltschaft. Mir ist das daher ein ganz besonderes Anliegen, weil die Bänder ganz häufig gelöscht wurden. Dadurch ist auch die Wahrheit weg und nicht mehr aufzufinden. Daher ist das Erste, worum ich bitte, wenn mich

jemand fragt, ob ich ein Gutachten übernehmen kann, dass die Bänder gesichert werden. Wir haben bekanntlich nur drei Tage bzw. sechs Wochen Zeit; das muss ganz schnell gehen. Deshalb ist diese Änderung ganz wichtig. Dass die anderen, die personenbezogenen Krankheitsdaten, 10 bis 30 Jahre aufbewahrt werden, ist klar. Das kenne ich aus dem Krankenhaus. Irgendwann wird man das brauchen. Geklagt wird immer mit Blick auf Vorfälle, die drei bis vier Jahre zurückliegen. Denn zunächst wird eine kostenlose Lösung über die Schlichtungsstelle versucht. Wenn das nicht gelingt, dann wird das Landgericht bemüht, und wenn das nicht reicht, das Oberlandesgericht. Aus diesem Grund ist diese Änderung so wichtig.

## **Landesausschuss Rettungsdienst**

### **Anwesend:**

- *Bernd Gerberding, Vorsitzender*

**Bernd Gerberding:** Als Vorsitzender des Landesausschuss Rettungsdienst bin ich gerade aufgefordert worden, Stellung zur Ablehnung der Aufnahme von ver.di in den Landesausschuss Rettungsdienst zu nehmen. Das hat seine Gründe. Zum einen ist die Aufnahme nicht im Gesetz vorgesehen. Zudem sind wir kein politisches bzw. berufspolitisches Gremium - das wollen wir auch nicht sein -, sondern wir sind ein Gremium, das mit Fachleuten besetzt ist - 20 Mitglieder auf vier Bänke verteilt. Da es heute aber hier nicht Thema ist, werde ich darauf nicht weiter eingehen.

Ich wiederhole es immer wieder gern: Es war gut, vor vielen Jahren die 16-Stimmen-Mehrheit in die Satzung zu schreiben. Bei 20 Mitgliedern und fünf Mitgliedern pro Bank bedeutet das, dass alle Bänke zustimmen müssen, damit etwas im Ministerialblatt veröffentlicht wird und dann auch verbindlich und empfehlend für die Tätigen im Rettungsdienst ist.

Daher müssen wir - Herr Prof. von Knobelsdorff ist bekanntlich mein Stellvertreter im Landesausschuss Rettungsdienst - viel moderieren, müssen versuchen, Lösungen zu finden. Das macht auch den Erfolg des Landesausschusses hier in Niedersachsen aus - es gibt ihn in keinem anderen Land.

Das Prinzip der 16-Stimmen-Mehrheit, wodurch stets irgendwelche Einigungen erzielt werden müssen, zielt auch ein bisschen darauf ab, was der Abgeordnete Watermann vorhin gesagt hat: Wir wollen schnell sein. - Schnell kann man hier in Niedersachsen sein, wenn man im Landesausschuss Entscheidungen treffen kann, wozu es besagter Mehrheit bedarf.

Zum Gemeindenotfallsanitäter. Als Vorsitzender des Landesausschuss Rettungsdienst - ich habe nicht umsonst zu Beginn etwas über die 16-Stimmen-Mehrheit gesagt - kann ich zu diesem Thema keine Stellungnahme abgeben, weil es dazu keine einheitliche Meinung im Landesausschuss Rettungsdienst gibt. Ich bitte um Verständnis. Die Auffassungen der einzelnen Mitglieder der Bänke - das haben Sie teilweise an den Aussagen hier gemerkt - sind einfach zu unterschiedlich, um diesbezüglich eine einstimmige Antwort zu geben.

Zur Telenotfallmedizin: Im Landesausschuss Rettungsdienst haben wir uns in der Arbeitsgruppe „Struktur und Qualität“ mit dem Projekt in Goslar - der dortige Ärztliche Leiter Rettungsdienst

Dr. Tobias Steffen ist mehrfach gelobt worden; auch ich möchte dies in meiner Funktion als Vorsitzender des Landesausschusses tun - über mehrere Jahre beschäftigt. Durch Dr. Tobias Steffen hat das Projekt wirklich Fahrt aufgenommen. Ich glaube, wir wären lange noch nicht so weit, wenn er nicht so aktiv und mit Herzen dabei gewesen wäre.

Nachdem sich die Arbeitsgruppe „Struktur und Qualität“, wie gesagt, über Jahre mit dem Thema beschäftigt hatte, wurde am 12. Oktober 2023 ein Thesen- bzw. Konzeptpapier zur Telenotfallmedizin im Ministerialblatt veröffentlicht, welches das Ergebnis der diesbezüglichen Arbeit des Landesausschusses Rettungsdienst darstellt. Alles, was in diesem Thesenpapier steht, steht auch im Gesetzentwurf und dessen Begründung. Daraufhin hat der Landesausschuss in seiner 101. Sitzung am 23. November 2023 einstimmig folgenden Beschluss gefasst: „Der Landesausschuss Rettungsdienst begrüßt die Einführung der Telenotfallmedizin in Niedersachsen.“

Wir freuen uns sehr auf die Telenotfallmedizin. Alle Fachleute wissen, dass das gut ist. Das Konzeptpapier stammt von uns. Wir haben es nach Beendigung unserer Arbeit an das Innenministerium übergeben. Im Innenministerium ist eine Projektgruppe unter der Leitung von Frau Gonschorek gegründet worden. Die ganze Projektgruppe macht eine hervorragende Arbeit. Als Vorsitzender bedanke ich mich bei Frau Gonschorek. Manchmal habe ich auch Kritik am MI geäußert, aber an dieser Stelle muss ich außerordentlich loben. Es funktioniert gut, und ich bin sehr froh, dass wir hier Niedersachsen mit der Telenotfallmedizin immer einen Schritt weiterkommen.

#### **Landkreis Cloppenburg, Dezernat Ordnung und Verkehr, Rettungsdienst**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9*

##### **Anwesend:**

- Anne Tapken, Sicherheits- und Ordnungsdezernentin
- Markus Macke, Leiter Rettungsdienst

#### **Landkreis Oldenburg, Brand- und Katastrophenschutz, Rettungsdienst**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5*

##### **Anwesend:**

- Frank Flake, Leiter Rettungsdienst

**Anne Tapken** (Landkreis Cloppenburg): Als Träger des Rettungsdienstes wollen wir, der Landkreis Cloppenburg, heute aus der Praxis berichten und zu den Gesetzentwürfen zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und damit insbesondere auch zum Thema Gemeindenotfallsanitäter, den wir in unserem Landkreis seit 2019 haben, Stellung nehmen. Im Folgenden wird mein Mitarbeiter Markus Macke, der tiefe Kenntnis von der Materie hat, aus dem Landkreis Cloppenburg berichten.

**Markus Macke** (Landkreis Cloppenburg): 2019 waren wir als Landkreis Cloppenburg eine der Trägerschaften, die das Pilotprojekt mit ins Leben gerufen haben. Seit nunmehr fünf Jahren setzen wir es auf der Straße ein. Aus der Erfahrung zeigt sich für uns, dass der Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters erheblich dazu beiträgt, die nicht-vitalen Patienten, die es im Bereich des Rettungsdienstes gibt, adäquat zu versorgen. Vorhin wurde der Begriff „Low-Code-Patienten“ verwendet. Das sind die Patienten, die keine akute, lebensbedrohliche Erkrankung haben. Zudem trägt der zielgerichtete Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters dazu bei, dass im Bereich der Disposition keine Rettungsmittel wie zum Beispiel der Rettungswagen entsendet werden. Dadurch wird den Patienten, die wirklich einen Rettungswagen benötigen, dieser nicht vorenthalten. Aus diesem Grund scheint es für uns unverzichtbar, dass der Gemeindenotfallsanitäter weiterhin - in welcher Form auch immer - im Bereich des Rettungsdienstes zur Verfügung steht.

Des Weiteren sollte die Stelle des Gemeindenotfallsanitäters - ob er nun weiterhin so bezeichnet wird oder nicht - von einem Notfallsanitäter besetzt werden. Denn trotz einer standardisierten Abfrage hat der Gemeindenotfallsanitäter auch mit Patienten zu tun - auch wenn es nur wenige sind -, die eine unmittelbare notfallmedizinische Versorgung benötigen. Der Notfallsanitäter ist wiederum die einzige Berufsgruppe, der mittlerweile auch eine gewisse Heilkunde zugesprochen wird. Dadurch können invasive Maßnahmen auch vor Ort durchgeführt werden. Gegebenenfalls wird Frau Seeger darauf gleich noch eingehen.

**Frank Flake** (Landkreis Oldenburg): Auch von mir werden Sie eine zu den Vorrednern differente Meinung hören. Ich bin nicht nur Leiter Rettungsdienst im Landkreis Oldenburg, sondern ich bin auch einer der Väter des Gemeindenotfallsanitäters. Ich habe mir das Projekt ausgedacht und es entwickelt.

Zunächst zum Begriff. Das war eine kleine Krücke; er leitet sich von dem Begriff „community paramedic“ ab. Diese wurden 2009 in den USA eingeführt. Wir haben ein Stück weit das System übernommen, aber dem deutschen Markt angepasst, weil Deutschland im Bereich der Gesundheitsversorgung völlig anders ist als der amerikanische Markt. Zu Beginn war es noch ein Arbeitstitel, der sich dann aber ganz schnell verselbstständigt hat. Mittlerweile gibt es auch andere. Auch der „Hanse-Sani“ in Bremen ist ein Gemeindenotfallsanitäter. Wir bilden sogar gemeinsam aus. Ich merke, dass diesbezüglich und bezüglich der Tätigkeiten des Gemeindenotfallsanitäters ganz viel Unwissenheit herrscht - auch unter meinen Vorrednern.

Im Übrigen bin ich der Meinung, dass wir nicht warten können, bis der Bund reagiert, sondern wir müssen das jetzt ganz dringend regeln. Ich bin nicht das erste Mal hier, sondern ich habe schon mehrmals mit Mitgliedern des Landtages gesprochen, mit dem Ziel, endlich eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Denn das praktische Problem, das hier vielfach nicht erkannt wird, ist Folgendes: Die Projektphase wurde eigentlich bereits verlassen, und nun gibt es jedes Jahr mit den Krankenkassen unendliche Diskussionen über die Fortführung, weil es nicht im Gesetz steht und wir Kosten von der KV entsprechend erstattet haben möchten.

Ja, es gibt niedrigschwellige Einsätze, und ja, diese Einsätze sind vielleicht auch der KV zuordenbar. Aber sie laufen auf der Rettungsleitstelle, der 112 auf, und sie können nicht immer an die 116 117 übergeben werden. Insofern sehe ich das auch extrem kritisch. Auch die Kosten können nicht verteilt werden. Am Ende sind die Kostenträger die gleichen, und jemand wie ich sollte sich nicht damit beschäftigen müssen, wie die Kostenträger intern ihre Kosten verteilen. Das können diese dann selbst überlegen. Das kann nicht unser Problem sein; daran darf das Projekt auf keinen Fall scheitern.

Hier wurde oft darüber gesprochen, dass der Notfallsanitäter nicht die richtige Ressource sei. Auch diesbezüglich muss ich ganz klar widersprechen. Er ist absolut die richtige Ressource. Das durften wir in der Praxis seit 2019 erfahren. Warum? - Die Einsätze kommen über die 112 - nicht über den kassenärztlichen Notdienst, nicht über den Hausarzt, sondern über die rettungsdienstliche Komponente. Wie Herr Macke gerade eben schon ausgeführt hat, gibt es einen nicht geringen Anteil an Notfällen. Darauf sind Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Krankenschwestern nicht geschult.

Sind wir doch mal ehrlich: Wir reden hier über nicht vorhandene Ressourcen, die wir in ein System bringen wollen, das sie bis dato gar nicht kennen. Eine MFA oder eine Krankenschwester sind nicht notfallmedizinisch geschult. Das ist nicht ihre Profession. Sie sind keine Ressource der 112, und sie sind auch nicht in der Lage, Heilkunde auszuüben und dürfen es auch nicht. Aber ein Notfallsanitäter darf es. Außerdem steht im Notfallsanitätergesetz, dass der Notfallsanitäter vor Ort entsprechend entscheiden darf, ob ein Patient zu Hause bleiben kann oder ob er anderen Einrichtungen bzw. Ressourcen zugeführt wird. Das ist bei den anderen Berufsgruppen überhaupt nicht geregelt. Darüber hinaus beherrschen diese anderen Berufsgruppen auch nicht die Maßnahmen des Pyramidenprozesses. Das heißt, im wirklichen Notfall hat eine MFA oder eine Krankenschwester überhaupt nicht die Möglichkeit, adäquat zu helfen.

Hinzu kommt auch das Problem der Hilfsfrist. Kann eine solche Ressource hilfsfristrelevant disponiert werden? - Nein, weil sie keine Ressource des Rettungsdienstes ist. Zudem würde es - zumindest derzeit - zu lange dauern, diesen Berufsgruppen die Qualifikationen zuzuordnen, um diese Einsätze abarbeiten zu können. Projekte wie VERAH oder AGnES sind völlig anders angelegt und dienen dazu, den Hausarzt zu substituieren und nicht den Rettungsdienst. Das muss dabei entsprechend bedacht werden.

Im Übrigen kam gerade die Frage nach anderen Projekten auf. Ja, es gibt so etwas. In Delmenhorst gibt es das sogenannten Projekt „116 117“. Bis vor einem Jahr wurde es von den Johannitern durchgeführt. Es ist jetzt an das DRK gegangen. Diese Verlängerungen werden auch immer nur mit einem Jahr Vorlauf bewilligt. Das ist ein rein telemedizinisches Projekt, das mit einer Gesundheitsfachkraft gefahren wird. Dieses Projekt hat einen völlig anderen Ansatz als wir. Es werden auch bei Weitem nicht die Mengen an Patienten wie bei uns behandelt.

Sie müssen überlegen: Allein in der Stadt Oldenburg sind es mittlerweile mehr als 2 000 Einsätze, die dem Rettungsdienst mit dem Gemeindenotfallsanitäter entzogen werden. 70 % dieser Patienten werden nicht in das Krankenhaus transportiert. Das war vorher aber der Fall.

Der Gemeindenotfallsanitäter - das wird oftmals auch falsch verstanden - ist keine Add-on-Ressource, sondern eine „Stattdessen-Ressource“. Wir wollen keine Rettungswagen mehr aufbauen; denn wir haben sie einfach nicht.

Zur Telenotfallmedizin: Das muss auf jeden Fall kommen. Ich finde die Initiative sehr gut. Dafür besten Dank. Insgesamt sind in dem Gesetzentwurf ein paar Aspekte, an denen noch gearbeitet werden muss bzw. die geändert werden müssen. Dazu verweise ich auf meine schriftliche Stellungnahme.

Machen Sie bei allem bitte nicht den Fehler und schreiben Sie in das Gesetz, dass die Rettungsleitstelle den Telenotarzt selbstständig alarmieren darf; denn das führt zu nicht notwendigen Einsätzen. Es ist auch nicht notwendig, da es bei Einsatz eines Telenotarztes keinen zeitlichen

Verzug gibt. Der Kollege vor Ort sagt einfach, dass er ihn braucht, schaltet seine Kamera und sein Gerät ein, und dann ist er da. Also braucht es keine Indikation zur Alarmierung über die Leitstelle.

Abg. **Alexander Wille** (CDU): Ich bin zunächst völlig bei Ihnen, dass wir mit dem Gemeindenotfallsanitäter jetzt aus der Projektphase raus sind und schnellstmöglich mit der Umsetzung beginnen müssen.

Ich habe eine ganz pragmatische Frage: Wie haben Sie die Einsätze der Gemeindenotfallsanitäter in den vergangenen Jahren vor Ort abgerechnet? Gab es einen Schlüssel?

**Frank Flake** (Landkreis Oldenburg): Im Grunde genommen so wie alle anderen rettungsdienstlichen Einsätze auch. Wir haben diese Ressource dem Rettungsdienst zugeschlagen. Dazu habe ich mit den Kostenträgern einen einheitlichen Satz, ausgerichtet an den Kosten, die ein Gemeindenotfallsanitäter pro Jahr verursacht, entwickelt. Diesen Satz rechnen wir mit den Kostenträgern sozusagen pro Einsatz ab.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Können Sie einen klassischen Einsatz eines Gemeindenotfallsanitäters beschreiben, bei dem dieser anstelle des Rettungswagens bzw. des Notarztes kommt und eine Einweisung in das Krankenhaus anschließend nicht nötig ist?

**Frank Flake** (Landkreis Oldenburg): Ich könnte mehrere Einsätze beschreiben, aber möchte mit einem „Klassiker“ beginnen: ein isolierter Bauchschmerz. In vielen Bereichen fährt dazu ein Rettungswagen aus. In unserem Bereich wenden wir AMPDS an - eine standardisierte, strukturierte Notrufabfrage, die leider noch nicht überall vorhanden ist. Hier haben wir entsprechende Codes zugeordnet. Der Gemeindenotfallsanitäter fährt dann raus und schaut im Grunde genommen erst einmal, was sich dahinter verbirgt. Diese Einsatzart kommt relativ häufig vor.

Ein anderes Beispiel sind akute Erregungszustände und damit einhergehende Hyperventilation. In vielen anderen Bereichen fährt hierfür ein Rettungswagen raus. In unserem Bereich fährt auch in diesem Fall der Gemeindenotfallsanitäter dorthin.

Ein weiteres Beispiel ist eher dem pflegerischen Bereich zuzuordnen. Pro Jahr werden durch unsere Gemeindenotfallsanitäter - Frau Dr. Seeger mag mich gegebenenfalls gleich korrigieren - ca. 400 Blasenkatheter gelegt oder gewechselt. Bis dato wurden diese Einsätze vom Rettungswagen gefahren. Der Klassiker ist dabei der Fall, bei dem sich nachts um zwei Uhr in einem Altenheim eine Bewohnerin oder ein Bewohner den Katheter gezogen hat. Hierfür fährt normalerweise ein Rettungswagen raus und fährt den Patienten in die Klinik. Dort steht ein Urologe auf und behandelt den Patienten. Anschließend wird dieser Patient wieder mit dem Rettungswagen zurückgefahren. Hierfür ist man in der Regel drei Stunden unterwegs, und es wurde ein Rettungsmittel für einen Einsatz blockiert, der zehn Minuten dauert. Bei 400 Einsätzen im Jahr können Sie hochrechnen, was das am Ende bedeutet. Natürlich ist es schade, dass dies nicht direkt im Pflegeheim behandelt werden kann. Aber so ist nun mal das deutsche Gesundheitssystem.

Abg. **Nadja Weippert** (GRÜNE): Ich möchte klarstellen, dass uns die Vorteile dessen ganz bewusst sind - zum Beispiel, dass gerade im ländlichen Raum hierdurch die Rettungsdienste entlastet werden. Niedersachsen ist ein Flächenland. Die Stadt Hannover kann nicht mit dem Landkreis Cloppenburg oder mit anderen Landkreisen verglichen werden, die eine große Fläche umfassen und wo auch die medizinische Versorgung ganz anders gewährleistet werden muss.

Aber - und das ist genau der Punkt - die Kosten sind für uns, wie überall, der zentrale Faktor. Das treibt uns alle um, und dort sind auch die Sorgen vorhanden. Die Kommunen haben es gerade sehr schwer. Viele Kommunen sind aufgrund der Inflation und aus vielen anderen Gründen finanziell sehr betroffen. So ist es quasi auch bei uns normalen Bürgerinnen und Bürgern. Aber wir sitzen hier eben für die Menschen. Deshalb kann ich Ihnen nur versichern, dass wir natürlich überall an Lösungen arbeiten und schauen, wie Lösungen auch gemeinsam mit dem Bund gestaltet werden können. Trotzdem ist der Faktor Geld sehr wichtig, weil die Finanzierung für alle Kommunen sichergestellt werden soll, damit es kein Pilotprojekt bleibt, sondern dauerhaft etabliert werden kann.

**Frank Flake** (Landkreis Oldenburg): Natürlich sehen wir das genauso wie Sie, wie alle hier wahrscheinlich; die Kosten müssen im Blick behalten werden. Das ist alles endlich, erst recht aufgrund der gestiegenen Preise, die momentan jeder spürt.

Und wir haben die Kosten im Blick. Das ist nämlich genau das Ziel des Projektes, dessen Ursprungsgedanke es war, einfach keine Rettungswagen mehr in den Dienst zu stellen; denn dafür ist erstens kein Personal vorhanden. Zweitens ist es auch nicht notwendig, einen Kranken mit einem Krankenwagen in eine Notaufnahme zu fahren, wo er nach einer halben Stunde wieder entlassen wird. Das braucht es alles nicht. Ein Gemeindenotfallsanitäter, der allein rausfährt, ist deutlich kostengünstiger als ein Rettungswagen.

#### **Verband der Ersatzkassen Niedersachsen (vdek)**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6*

##### **Anwesend:**

- *Hanno Kummer, Leiter der Landesvertretung*

#### **AOK Niedersachsen**

##### **Anwesend:**

- *Jens Tiedemann, Unternehmensbereichsleiter*

**Hanno Kummer** (vdek): Ich werde zunächst eine allgemeine Einschätzung zu den Gesetzentwürfen vortragen, und Herr Tiedemann wird dann auf die einzelnen Punkte eingehen.

Der Rettungsdienst ist ein wichtiger Baustein in der medizinischen Versorgung. Insofern ist es richtig und notwendig, den Rettungsdienst weiterzuentwickeln und immer wieder an sich verändernde Rahmenbedingungen anzupassen. In diesem Sinne sehen wir auch die Gesetzentwürfe mit zwei neuen Versorgungsformaten, die eingeführt werden sollen - den Gemeindenotfallsanitäter und den Telenotarzt - positiv. Beides sind Instrumente, die geeignet sind, den Rettungsdienst als solchen entsprechend weiterzuentwickeln.

Gemeindenotfallsanitäter sind ein niedrighwelliges Instrument für Fälle, die nicht dem eigentlichen Rettungsdienst zuzuordnen sind und insoweit zur Entlastung des Rettungsdienstes beitragen können. Der Telenotarzt kann dazu beitragen, bei einem effizienten Einsatz der knappen

Ressource Notarzt ein hohes Qualitätsniveau im Rettungsdienst sicherzustellen. Es sind also grundsätzlich geeignete Instrumente.

Wir möchten auf das Thema Finanzierung des Gemeindenotfallsanitäters eingehen, und zwar als unmittelbar Betroffene. Ich kann verstehen, dass man, wenn man selbst nicht betroffen ist, sagt, dass es nicht ganz so wichtig ist, wer es am Ende bezahlt. Man muss eines sehen: Rund die Hälfte der Fälle, in denen der Gemeindenotfallsanitäter tätig wird, sind dem Rettungsdienst zuzuordnen. Das liegt in der Kostenträgerschaft der Krankenkassen. Die andere Hälfte liegt im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung. Das sind Kosten, die wir an anderer Stelle schon bezahlt haben. Wir haben die Kassenärztliche Vereinigung bereits für den ärztlichen Bereitschaftsdienst bezahlt. Insofern wäre das eine unzulässige Doppelfinanzierung, wenn für diesen Teil sozusagen noch einmal die gesetzlichen Krankenversicherungen herangezogen werden sollen.

Wir legen also größten Wert darauf - so entnehme ich das auch dem Gesetzentwurf -, dass eine klare Kostenzuordnung vorgenommen wird und die Krankenkassen tatsächlich nur für den Teil der Kosten für den Gemeindenotfallsanitäter zuständig sind, der dem eigentlichen Rettungsdienst zuzuordnen ist. Ich kann nachvollziehen, dass eine Abklärung im Einzelfall nicht praktikabel ist, weil es dort Abgrenzungsschwierigkeiten gibt und Streitigkeiten programmiert sind. Unser Vorschlag ist, eine Pauschallösung zu verankern, indem die gesetzlichen Krankenversicherungen pauschal die Quote übernehmen, die nach allen Schätzungen, die es gibt, und auf Basis des Modellprojekts den Krankenkassen zuzuordnen ist, also ein Bereich von 50 % bis 60 %. Man sollte eine Pauschalregelung schaffen und nicht versuchen, jeden Einzelfall zuzuordnen. Das ist unser Vorschlag an dieser Stelle.

Ein wesentlicher Punkt fehlt aus unserer Sicht in beiden Gesetzentwürfen - das ist das Thema der aus unserer Sicht notwendigen Zusammenlegung der 29 Rettungsleitstellen in Niedersachsen zu größeren Einheiten. Größere Einheiten sind unabdingbar, um den qualitativen Anforderungen an eine Rettungsleitstelle technisch und personell zu genügen.

Ich will Ihnen drei Stichworte nennen. Das eine ist Personalknappheit. Im Gesundheitswesen gibt es - wie in allen anderen Bereichen auch - die Situation, dass wir künftig mit weniger Personal die Leistung vorhalten müssen. Kleinere Einheiten brauchen überproportional viel Personal. Insofern müssen wir zu größeren Einheiten kommen.

Der zweite Punkt ist, dass es in größeren Einheiten bessere Dispositionsmöglichkeiten gibt, was Fahrzeuge und Einsätze betrifft. Das heißt, die Steuerung ist in größeren Einheiten deutlich leichter.

Drittens sprechen wir perspektivisch von Kompetenzaufbau und Investitionserfordernissen mit Blick auf die Leitstellen. Auch diesbezüglich bieten sich größere Einheiten an. Fachleute sagen, dass 800 000 bis 1 Millionen Einwohner pro Rettungsleitstelle eine geeignete Größenordnung wäre. Man kann sich über alles streiten, aber Fakt ist, dass Leitstellen, die für weniger als 50 000 Einwohner zuständig sind, wie wir sie in Niedersachsen haben, kein zukunftsfähiges Modell sind und dass es keine zukunftsfähige Struktur ist, wenn man mit solchen Kleinstleitstellen agiert.

**Jens Tiedemann (AOK):** Ich möchte die Worte von Herrn Kummer an der einen oder anderen Stelle ergänzen. Ich beginne mit dem Gemeindenotfallsanitäter. Herr Flake hat ein flammendes Plädoyer dafür gehalten. Es ist auch eine spannende Entwicklung, die hinter diesem Projekt

steht. Wir haben es von Anfang an mitbegleitet. Denn es ging in der Tat auch darum, es zu bezahlen.

Ich glaube, heute ist ein Stand erreicht, bei dem man sagen muss: Je länger sich etwas entwickelt, desto schlauer wird man, und man gewinnt verschiedene Erkenntnisse. Frau Dr. Seeger wird das sicherlich noch ausführlich darstellen können. Vor diesem Hintergrund ist die Frage der Finanzierung nicht so einfach zu beantworten. Wir wussten das zu Beginn des Projekts noch nicht. Denn gestartet ist es aus einer rettungsdienstlichen Perspektive, um den Rettungsdienst zu entlasten. Das ist auch passiert. Aber die Erkenntnislage heute ist, dass man ihn eben nicht eins zu eins im Rettungsdienst ansiedeln kann, denn mindestens die Hälfte der Fälle - je nachdem, welchen Blickwinkel man einnimmt, sogar vielleicht noch den einen oder anderen Prozentpunkt mehr - ist im ambulanten oder im pflegerischen Bereich zu suchen bzw. in einem sonstigen Hilfebereich zu platzieren.

Insofern hat man heute keine sinnvolle Antwort auf die Frage, wie die Finanzierungsarchitektur dargestellt werden soll. Es kann nicht einfach aus dem Niedersächsischen Rettungsdienst erfolgen und damit - Herr Kummer hat es gesagt - on top von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, weil wir gewisse Stränge schon bezahlt haben. Diese Erkenntnis haben wir aber erst im Verlauf dieses Projektes gewonnen. Deswegen einfach zu sagen, dass die Kassen das Projekt seit 2019 begleitet haben und das fortwährend so sein muss, wäre zu einfach. Das würden wir kritisieren und auch nicht unterstützen können.

Gleichwohl halten wir die Idee, dass eine Leitstelle heute eine weitere Steuerungsoption hat, für sinnvoll. Denn jede Anfrage eines Hilfesuchenden mit einem Rettungswagen zu beantworten, kann nicht sinnvoll sein. Die Leitstelle ist das Steuerungsinstrument schlechthin. Das ist ein Punkt, den man hochhalten muss. Wir haben in diesem Projektzeitraum auch gesehen, was es für Arbeit gemacht hat, diese Steuerungsoption insbesondere in der Oldenburgischen Region zu etablieren. Diese Arbeit sollte man nicht unterschätzen. Deswegen der Bogenschlag zu dem Thema Leitstellenkonzentration: Die 29 niedersächsischen Leitstellen könnten das heute vermutlich gar nicht selbstständig leisten. Insofern gibt es von unserer Seite fortwährend das Plädoyer, sich über zukunftsfähige Strukturen Gedanken zu machen. So weit ergänzend zum Gemeindenotfallmediziner.

Der nächste große Block ist die Telenotfallmedizin. Da kann ich nur sagen: Herzlichen Dank an den Landkreis Goslar und an Dr. Steffen und Frau Gonschorek. Das ist ein aus unserer Sicht ein sehr gutes Beispiel dafür, wie aus einer „fixen Idee“ ein extrem gutes Projekt von Versorgung entstehen kann. Viele Menschen haben an einem Strang gezogen und sind in die gleiche Richtung gelaufen. Das Land Niedersachsen hat hier in der Tat seine Verantwortung wahrgenommen. Personifiziert ist es Frau Gonschorek gewesen. Am Ende ist es eine Erfolgsgeschichte, wie aus dieser Idee der Stand heute erreicht worden ist. Das ist von unserer Seite durchaus begrüßenswert, weil es am Ende die Arbeit der Notfallsanitäter sehr gut unterstützt und die Ressource Notarzt positiv entlasten kann. Denn für die Fälle, in denen der Notarzt vor Ort mit seinen Händen gebraucht wird, steht er zur Verfügung, weil er eben nicht dort gebunden ist, wo der Telenotarzt sinnvoll unterstützen kann. Aus unserer Sicht ist das also ein sehr begrüßenswertes Projekt.

Abg. **Nadja Weippert** (GRÜNE): Sie haben jetzt ein neues Thema angeschnitten, nämlich die Rettungsleitstellen. Ich gehe jetzt auf die Situation bei mir vor Ort ein. Im Landkreis Harburg haben

wir einen virtuellen Leitstellenverbund mit dem Heidekreis und Rotenburg. Das funktioniert, man kennt sich untereinander.

Sie haben die Großleitstelle Oldenburger Land angesprochen. Ich bin da ganz kritisch; denn ich habe mich mit den Leuten dort unterhalten und kann sagen, dass nicht alles Gold ist, was glänzt. Das ist eine sehr große Leitstelle. Dort sind mehrere Landkreise verbunden: Cloppenburg, Ammerland, Oldenburg und Wesermarsch sowie die kreisfreien Städte Delmenhorst und Oldenburg. 735 000 Menschen werden dadurch versorgt. Aber im Flächenland Niedersachsen gibt es Schwierigkeiten gerade im ländlichen Raum, zum Beispiel bei den Anfahrten, wenn man sich nicht so gut auskennt und die Straßen nicht kennt. Es gibt da Dinge, die man separat diskutieren müsste.

Das grundsätzliche Ansinnen und dass man sagt, Zentralisierung sei gerade in Zeiten von Fachkräftemangel besser, kann ich verstehen. Aber das ist ein gesondertes Thema, das wir weder mit Gemeindenotfallsanitätern noch mit der Telenotfallmedizin vermischen sollten. Das ist ein strukturelles Thema, und wir sollten genau prüfen, ob das, was in Oldenburg in der Großleitstelle gemacht wird, der richtige Weg ist, oder ob es auch andere Wege gibt, die in Niedersachsen schon gegangen werden und die besser sind und nicht zu Unmut führen. Denn ich weiß, dass es in der Großleitstelle Oldenburger Land durchaus Unmut gibt.

**Hanno Kummer** (vdek): Bei der Polizei gibt es landesweit acht Leitstellen. Dort wird es auch Gründe gegeben haben, warum man von einer deutlich größeren Zahl reduziert hat. Einzelne Probleme muss man sich sicherlich anschauen, aber wenn wir über Strukturen sprechen, ist es aus unserer Sicht unstrittig, dass eine Rettungsleitstelle für 50 000 Einwohner mit Investitionsbedarf auch mit Blick auf den Fachkräftemangel einfach nicht die Struktur für die Zukunft sein kann.

Man kann das vielleicht einmal bei der Disposition anschaulich machen. Wenn ich meine Fahrzeuge in einem relativ kleinen Bereich einsetze, und das Fahrzeug fährt in ein Krankenhaus in einem anderen Rettungsdienstbereich, dann ist es sozusagen erst einmal vom Radar verschwunden. Dann kann es sein, dass es auf dem Rückweg vom Krankenhaus an einem Unfall vorbeifährt, ohne dass ich es disponieren und dorthin schicken kann. Die Struktur ist einfach zu kleinteilig. Es sprechen wirklich sehr viele Gründe dafür, darüber nachzudenken, ob es wirklich weiterhin dem Belieben eines jeden Landkreises überlassen werden sollte, ob er seine eigene kleine Leitstelle haben will, oder ob man nicht doch zu größeren Einheiten kommen sollte. Wir sind uns darin einig, dass das nicht originär mit dem Gemeindenotfallsanitäter zu tun hat. Aber für uns ist das ein Thema, das angegangen werden muss.

**Jens Tiedemann** (AOK): Es gibt sicherlich nicht den einen Weg. Sie haben mit dem Oldenburger Land und dem Landkreis Harburg zwei Beispiele genannt. Uns geht es im Kern darum, dass man sich bei heute 29 Leitstellen in Niedersachsen überlegen muss, dass man, wenn man zum Beispiel Gemeindenotfallsanitäter etablieren will, 29 Abfragesysteme darauf abstimmen muss. Wie soll das funktionieren?

Es ging heute ja auch darum, die Barrierefreiheit nach der europäischen Richtlinie zu gewährleisten. Auch das muss in 29 Leitstellen etabliert werden. Das ist eigentlich der Kern: Heute muss man Dinge 29-mal tun. Das wird in Zukunft - zumindest nach unserer Auffassung - nicht mehr gut leistbar sein. Deswegen ist die Idee, zu sinnvollen Einheiten zu kommen. Sinnvolle Einheiten heißt aber nicht, dass man sich acht oder zehn Orte in Niedersachsen sucht und neue Gebäude

baut, um physisch zu zentralisieren. Es gibt mit Blick auf Europa und die ganze Welt sicherlich auch sinnvollere Dinge, als Neubauten zu errichten. Aber sich zurückzuziehen und das für kleine Orte mit weniger als 50 000 Einwohnern zu machen, wird perspektivisch nicht mehr funktionieren, insbesondere wenn es um die Frage geht, wie zukünftig die Steuerung von Hilfeersuchen funktionieren soll.

Die Welt der Leitstellen, der Steuerungsinstanzen, muss sich massiv weiterentwickeln. Das wird insbesondere ein Thema von Technik und Digitalisierung, aber auch von einem gemeinsamen Verständnis davon, wie man diese Dinge zueinander bringt, sein. Insofern ist das wahrscheinlich etwas, bei dem wir nicht den Königsweg präsentieren können, aber bei dem wir zumindest die Idee haben, dass es nicht funktionieren wird, wenn man es 29-mal tut, bzw. wir halten das für schwierig.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Heute geht es ja nicht explizit um Rettungsleitstellen. Ich denke, es wird eine ganz natürliche Entwicklung geben. In Lüchow-Dannenberg arbeitet man zum Beispiel in einem Verbund mit Uelzen, Gifhorn und Celle. Aber es muss noch viel gemacht werden.

Ich habe eine Frage zum Gemeindenotfallsanitäter. Sehen Sie da keine Kostenersparnis? Ich kenne es noch aus meiner pflegerischen Tätigkeit, dass man, wenn es abends einen Notfall gab - zum Beispiel mit einem Katheter -, jemanden rufen musste. Dann bleibt nur die Rettungsleitstelle als Ansprechpartner - und seien wir ehrlich, die 116 117 ist kein großes Erfolgsmodell. Ich glaube, jeder hat es schon einmal erlebt, dass man dort anruft und nicht durchkommt oder ewig in der Warteschleife hängt. Diese Geduld haben viele Menschen nicht und rufen am Ende dann doch die 112 an. Kann in diesem Fall nicht der Gemeindenotfallsanitäter kostensparend sein, weil kein Notarzt und kein RTW kommen müssen?

Zudem haben wir seit Jahren eine steigende Belastung der Notaufnahmen. Das wurde in der vergangenen Legislaturperiode auch in der entsprechenden Enquetekommission ausführlich besprochen. Würde man nicht auch dort eine Entlastung schaffen? Hätte man, wenn man in die Finanzierung geht, am Ende nicht eine Kostenersparnis, weil das Krankenhaus und der Rettungsdienst nicht benötigt werden?

**Hanno Kummer** (vdek): Der Haupteffekt ist sicherlich die Entlastung des Rettungsdienstes. Die Kostenersparnis mag mittelbar eine Rolle spielen. Wir bezahlen ja grundsätzlich für die Vorhaltung, das heißt, unabhängig davon, wie oft das einzelne Fahrzeug ausrückt. Der Hauptaspekt in der positiven Bewertung des Gemeindenotfallsanitäters ist für uns die Entlastung des Rettungsdienstes, der dann für seine eigentlichen Aufgaben zur Verfügung steht.

Ich komme einmal zurück auf etwas, was ich in einem anderen Zusammenhang gesagt habe: Wir müssen perspektivisch mit der Situation umgehen, dass wir mit weniger Personal die Versorgung aufrechterhalten müssen. Insofern ist es wichtig, dass die Ressourcen, die wir haben, wirklich für die Dinge zur Verfügung stehen, für die sie gebraucht werden - das heißt der Rettungswagen für den tatsächlichen Notfall. Eine Kostenersparnis sehe ich hier eher nur mittelbar.

**Jens Tiedemann** (AOK): Bei der Finanzierungsfrage scheitern wir bereits bei dem Beispiel des Katheterwechsels, das Herr Falke genannt hatte. Denn wenn der Patient im Pflegeheim ist, ist der Katheterwechsel bereits bezahlt, aber aus einer Unzulänglichkeit heraus entsteht die Not und daraus ein Hilfeersuchen, und die Leitstelle unter 112 beantwortet dies mit einem Rettungsmittel, obwohl es um eine pflegerische Frage geht, die unzulänglich beantwortet wurde. Dann

müssen wir als Kostenträger uns darauf zurückziehen, dass, egal welches Rettungsmittel eingesetzt wird, das etwas ist, das wir doppelt bezahlen. Denn der Katheterwechsel im Pflegeheim ist finanziert, er ist nur nicht ausgeführt, und dann wird ein Rettungsmittel im Grunde missbraucht für etwas, was an anderer Stelle schon dargestellt wurde.

Ich glaube, die große Herausforderung besteht darin, diese Systeme so aufeinander abzustimmen, dass es eben nicht zu einem Missbrauch kommt, der am Ende zu einer Doppelfinanzierung führt. Das ist die Hürde, vor der wir stehen. Ich glaube, das ist in dem Projekt in Oldenburg deutlich und in der Evaluation sichtbar geworden.

Abg. **Ulrich Watermann** (SPD): Ich wollte eigentlich nichts mehr sagen. Aber bitte tun Sie mir einen Gefallen und überlegen Sie, was jemand von außen empfinden würde, wenn er diese Ausführungen hören würde. Dieses Land funktioniert an verschiedensten Stellen nicht. Auch Ihr Land funktioniert nicht. Und wir tun so, als wenn wir nur Kosten theoretisch hin- und herschieben. Denken Sie das zu Ende. Wenn ein Notfall entsteht oder am Ende jemand verstirbt, haben Sie die Kosten auch an den Hacken. Wir müssen lösungsorientiert arbeiten und nicht wie beim Schwarzer-Peter-Spiel immer alles wegschieben.

#### **Dr. Insa Seeger, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4*

**Dr. Insa Seeger:** Ich möchte Ihnen etwas über das Projekt Gemeindenotfallsanitäter berichten und zum Projekt Telenotfallmedizin ergänzend erste Ergebnisse vorstellen.

Ich betreue das Projekt Gemeindenotfallsanitäter seit 2019, also seit fünf Jahren. Seitdem sind wir in der Projektphase, und langsam sinkt die Motivation der Gemeindenotfallsanitäter, weil sie jedes Jahr im August nicht wissen, ob es im nächsten Jahr weitergeht. Sie alle sind grundsätzlich sehr motiviert und haben viel Freude an ihrer Arbeit. Wenn es diese Ressource nicht gäbe, würden uns die Patientinnen im regulären Rettungsdienst begegnen. Das heißt, sie können diese Patienten adäquat und bedarfsgerecht versorgen und den regulären Rettungsdienst entlasten. Sie haben auch die Zeit, weitere Akteure einzubeziehen. Sie können Palliativdienste integrieren, Kurzzeitpflege organisieren. Alle diese Aufgaben kann der Rettungsdienst in der kurzen Zeit, in der er vor Ort ist, gar nicht übernehmen.

Der Gemeindenotfallsanitäter ist „sektorenübergreifend“ tätig. Der Begriff ist mittlerweile zu meinem Lieblingswort geworden. Die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ hat dieses Wort in ihrem Bericht 160-mal verwendet. Ich merke aber auch anhand meiner Vorredner, dass dieses Wort hier noch gar nicht angekommen ist. Sie alle denken noch in ihren Sektoren; ich persönlich finde das traurig.

Die Enquetekommission empfiehlt jedenfalls die Ausweitung des Projekts. Auch die erneute Stellungnahme der Regierungskommission für moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfiehlt den Aufbau komplementärer Strukturen im Rettungsdienst wie die des Gemeindenotfallsanitäters. Am Dienstag hat Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach in seinen Eckpunkten zur Notfallreform die Zusammenarbeit von Krankenversicherung und Rettungsdienst ermöglicht: „Den KVen wird gesetzlich ermöglicht, den aufsuchenden Dienst durch

die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal oder durch Kooperationen mit dem Rettungsdienst (Gemeindenotfallsanitäter) zu entlasten.“

Ich bin in den vergangenen vier Jahren durch Deutschland gereist und habe dieses Projekt vorgestellt. Ich war auf Kongressen, ich war beim Landtag in Schleswig-Holstein, ich war in Aachen, Berlin, Regensburg, Fulda, Goslar. Überall besteht großes Interesse, und alle wollen diese Ressource einführen. Wenn wir in Niedersachsen nicht bald eine Lösung finden, um dieses Projekt zu verstetigen, geben wir etwas auf, das andere gerade erst aufbauen und wofür sie die gesetzlichen Regelungen einführen. Das will nicht in meinen Kopf.

Es gibt auch im Rettungsdienst einen Fachkräftemangel, auch wenn hier eine andere Meinung geäußert wurde. Die Gemeindenotfallsanitäter sind keine zusätzliche Ressource, sondern sie entlasten die vorhandenen Ressourcen. Vielleicht hätten Sie einen Gemeindenotfallsanitäter einladen sollen, der Ihnen aus der Praxis hätte erzählen können, was passiert. Ich glaube, alle meine Vorredner sind noch nicht bei einem Gemeindenotfallsanitäter mitgefahren. Ich lade Sie herzlich ein, das zu tun. Kommen Sie und fahren Sie einen Tag mit, dann sehen Sie, welches Patientenkontext dort versorgt wird. Ich habe das getan. Ich bin sowohl in Oldenburg als auch in Cloppenburg mitgefahren. In Cloppenburg hatten wir fünf ganz unterschiedliche Fälle. Der Gemeindenotfallsanitäter ist dort als „First Responder“ unterwegs, um die Hilfsfrist einzuhalten. Er versorgt, leistet Erste Hilfe, wartet auf den Rettungswagen oder kann auch entscheiden, dass kein Rettungswagen nachgeschickt werden muss.

Einen solchen Fall hatten wir auch. Es war ein älterer Herr mit Lungenkrebs, der die ganze Nacht über Rückenschmerzen hatte und sich nicht mehr gut bewegen konnte. Die Angehörigen haben versucht, den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu erreichen. Sie haben ihn auch erreicht, aber man sagte ihnen am Telefon, es werde vier bis fünf Stunden dauern, bis der ärztliche Bereitschaftsdienst kommt. Die Schmerzen wurden schlimmer, sie haben sich zwei Stunden geduldet und dann noch einmal nachgefragt, und dann sagte der diensthabende Arzt vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, es tue ihm leid, es werde noch länger dauern. Also hat man sich als Angehöriger entschieden, die 112 anzurufen. Daraufhin wurde der Gemeindenotfallsanitäter alarmiert. Er konnte die Anamnese durchführen, er hat den Patienten körperlich untersucht, festgestellt, dass nicht der Lungenkrebs die Ursache war, sondern vermutlich eine eingeklemmte Rippe. Er hat dem Patienten ein Schmerzmittel dagelassen und auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verwiesen. Hätten wir die Ressource Gemeindenotfallsanitäter nicht, wäre ein RTW gefahren und hätte diesen Patienten mit in die Notaufnahme genommen. Dort sind aber eh schon zu viele Patienten, die dort nicht hingehören. Dort freut man sich auch nicht, wenn solche Fälle auflaufen. Wir konnten also einen Patienten zu Hause lassen.

Die Zahlen sind seit vier bis fünf Jahren annähernd gleich: 70 % der Fälle müssen nicht transportiert werden. Das sind Fälle, die sonst ins Krankenhaus gekommen wären. Ich habe in meiner Stellungnahme von 18 536 Patienten gesprochen, die in den ersten vier Jahren versorgt worden sind. Das stimmt nicht ganz, es sind sogar noch mehr. Es sind die, die in meine Auswertung einbezogen worden, weil es sich um originäre Gemeindenotfallsanitätäreinsätze handelt. Dazu kommen noch die First-Responder-Einsätze. Wir reden also bestimmt von mehr als 20 000 Fällen.

Wir haben auch Daten aus der Leitstelle Oldenburger Land ausgewertet. Sie bedient rund 735 000 Einwohner aus sechs Kommunen. Aufgrund der standardisierten Notrufabfrage, die lei-

der noch nicht in allen Leitstellen eingeführt worden ist, sind diese Daten auch wirklich gut auswertbar und bieten eine gute Basis. Wir sehen, dass rund 10 % der durchgeführten Notrufabfragen niedrig prioritäre Einsätze sind, das heißt, Einsätze für den Gemeindefallsanitäter oder den ärztlichen Notdienst. 50 % dieser Einsätze sind originär für den KV-Dienst, aber erstens weiß grundsätzlich nur ein kleiner Teil der Bevölkerung, wie eigentlich die richtige Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes lautet, oder zweitens man hat es versucht, erhält aber nicht zeitnah die Hilfe, die man erhalten möchte oder muss, wie in dem von mir beschriebenen Fall.

Von diesen Fällen zur Weiterleitung an den ärztlichen Notdienst wurden 50 % dann doch mit einem Rettungsmittel bedient, überwiegend mit dem Gemeindefallsanitäter. Insofern kann ich die Argumentation der Krankenkassen durchaus nachvollziehen, die sagen, dass hier eine finanzielle Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen müsse. Aber es ist gar nicht so einfach, die Fälle auseinanderzuhalten. Die standardisierte Notrufabfrage bietet sicherlich einen ersten Anhaltspunkt, aber manche dieser Einsätze erweisen sich im Nachhinein dann doch als Rettungsdiensteinsatz. Denn man darf nicht vergessen: Die Leitstellendisponenten hören nur, was der Patient am Telefon sagt. Die Lage vor Ort kann sich teilweise doch ganz anders darstellen. Deswegen ist es gut, dass es ein Notfallsanitäter ist und keine Medizinische Fachangestellte oder Notfallpflegekraft, von denen wir ohnehin nicht genug haben. Denn er kann erste heilkundliche und Rettungsmaßnahmen ausüben.

Vorhin wurde angesprochen, die Gemeindefallsanitäter beim kassenärztlichen Notdienst anzusiedeln. Ich möchte darauf hinweisen, dass es bei der 116 117 Wartezeiten gibt. Teilweise hängt man 20 Minuten in der Warteschleife oder bekommt die Antwort, dass man in fünf Stunden jemanden schicken. Das führt dazu, dass sich die Patienten doch wieder an die 112 wenden, und wenn man dort wieder nur den RTW losschicken kann, sind wir bei der Lösung des Problems überhaupt nicht weitergekommen.

Ich möchte auch noch darauf hinweisen, dass die Ressource Gemeindefallsanitäter auch für Notfallsanitäter interessant ist, die etwas älter sind und für die zum Beispiel schwere Patienten zu tragen und akute Fälle zu versorgen eine Belastung ist. Es gibt wenig Notfallsanitäter, die älter als 50 Jahre und noch in diesem Bereich tätig sind. Der Gemeindefallsanitäter ist eine gute Perspektive, wenn man für sich selbst nach einer Alternative sucht und sich fragt, wo man sich mit 60 Jahren sieht.

Ich kann noch kurz über die Patientenklientel berichten. Knapp 50 % der versorgten Patienten sind älter als 65 Jahre. Ungefähr 40 % sind pflegebedürftig, 15 % im Pflegeheim und 25 % in häuslicher Pflege. Für uns in der Wissenschaft ist das sehr interessant, weil diese Klientel kaum anhand von Daten untersucht werden kann. Aus Pflegeheimen oder von den Krankenkassen bekommt man mitunter Daten zum Allgemeinversorgungsspektrum. Wir haben aber den Fokus darauf gelegt, welche Art von Patienten das eigentlich ist und wer sie häuslich versorgt. Mehr als 60 % werden von Angehörigen versorgt, ohne dass ein Pflegedienst ins Haus kommt. Dann haben wir einen kleinen Anteil von 8 % bis 9 % der Patienten, die jünger als 18 Jahre sind. Die Eltern, die nicht mehr mit dem Einsatz von Wadenwickeln und Co. großgeworden sind, sind teils hilflos und wissen vielleicht nicht, dass man Fieber auch einmal ein bis zwei Tage aushalten muss. Auch dort ist der Gemeindefallsanitäter eine gute erste Hilfe, um die Eltern zu beruhigen und Erste Hilfe im Sinne einer Beratung, was man machen kann, zu leisten.

Was führt der Gemeindenotfallsanitäter durch? - Wir hatten das Thema Katheterversorgung bereits. Rund 10 % der Einsätze betreffen die Katheterversorgung, auch überwiegend im Pflegeheim. Man darf nicht vergessen, dass der Katheterwechsel im Pflegeheim nur von examinierten Kräften durchgeführt werden darf. Diese gibt es in vielen Pflegeheimen gar nicht mehr. Wir wissen aus Bremen, dass 40 % der dort tätigen Pflegekräfte keine examinierten Kräfte sind, sondern Hilfskräfte. In den Pflegeheimen gibt es teilweise die Anweisung, in diesen Fällen immer die 112 anzurufen. Über die Frage, ob das richtig ist oder nicht, können wir streiten. Auch dort führt das Problem des Fachkräftemangels dazu, dass es solche Einsätze gibt. Wir haben aber auch Fälle mit Bauchschmerzen, Bluthochdruck, ich glaube, Frank Flake hat schon einige Fälle genannt, in denen der Gemeindenotfallsanitäter tätig wird.

Rund einem Drittel der Patienten wird empfohlen, eine Notaufnahme aufzusuchen. Das zeigt sich auch in den Zahlen. Rund 30 % der Fälle werden transportiert. Weiteren rund 35 % wird empfohlen, einen Hausarzt, einen Facharzt oder den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst aufzusuchen. Ein Drittel der Fälle erhält keine solche Empfehlung bzw. es werden Angehörige oder der Pflegedienst informiert oder Ähnliches. Es gibt dazu auch Publikationen. Wenn Sie sich vertieft einarbeiten wollen, können Sie das gern tun.

Ich kann noch zur Telenotfallmedizin in Goslar ergänzen. Auch deren Daten dürfen wir auswerten. Wir haben uns gestern zusammengesetzt und gesehen, dass die Einsatzzeit des Telenotfallmediziners im Vergleich zur Einsatzzeit des Notarztes, der rausfährt, ungefähr ein Drittel ausmacht. Der Notarzt steht durchschnittlich rund eineinhalb Stunden nicht zur Verfügung, weil ja Anfahrt und Abfahrt etc. zu berücksichtigen sind, während der Telenotfallmediziner im Durchschnitt nach einer halben Stunde wieder verfügbar ist - inklusive Dokumentation und Co. Wir haben auch gesehen, dass es im Bereich der zu behandelnden Fälle mit Blick auf die Diagnose keine gravierenden Unterschiede gibt. Der Telenotfallmediziner wird zum Beispiel nicht deutlich häufiger bei Schmerzen oder Herzkreislauferkrankungen eingesetzt.

Abg. **Saskia Buschmann** (CDU): Sie hatten gesagt, dass die Gemeindenotfallsanitäter nicht bei der KVN angesiedelt werden sollten, weil sie dann auch erst fünf Stunden später zu den Patienten kämen. So habe ich es zumindest verstanden. Gibt es dort nicht die Möglichkeit einer schnelleren Verfügbarkeit, zum Beispiel indem diejenigen, die die Telefonate annehmen, sagen, dass sei ein Fall für den Gemeindenotfallsanitäter? Wäre das keine Alternative, oder wo hakt es?

**Dr. Insa Seeger:** Zum einen müssen wir uns dann darauf einigen, welche Qualifikation der Gemeindenotfallsanitäter haben sollte. Soll er immer noch ein ausgebildeter Notfallsanitäter sein? Würden die Notfallsanitäter, die überwiegend klassisch Rettungswagen fahren, überhaupt in den Bereich der niedergelassenen Kräfte der KV wechseln wollen? - Das ist ein Thema. Es war ja bereits Thema, ob das andere Kräfte machen können oder nicht. Ich denke, zum Teil können sie das nicht.

Aber die Frage ist, sind 20 Minuten in der Warteschleife der Durchschnitt? Wartet der Bürger nicht vielleicht sogar länger bei der 116 117? Wie ist die Antwort der entsprechenden Ressource? Bei der 116 117 wird mit dem strukturierten medizinischen Abfragesystem SmED abgefragt. Dort müsste erst die Antwortmöglichkeit Gemeindenotfallsanitäter geschaffen werden. Dann haben die KV-Leitstellen im Vergleich mit dem Rettungsdienst ganz andere Bereiche, für die sie zuständig sind. Der Rettungsdienst ist für Kommunen zuständig. Ich glaube, es dort untermzubringen und dass es von dort aus koordiniert wird, wird sehr aufwendig.

Abg. **Alexander Wille** (CDU): Herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Es hat große Freude gemacht, jemanden zuzuhören, der mit so viel Enthusiasmus aus der Praxis berichtet. Sie können den Kolleginnen und Kollegen, die den Einsatz als Gemeindenotfallsanitäter übernommen haben, schöne Grüße aus dem Innenausschuss übermitteln. Ich habe das gute Gefühl, dass wir das Modell des Gemeindenotfallsanitäters landesweit ins Laufen bringen.

Ich habe eine Frage zur Qualifikation des eingesetzten Personals. Wir sind mit ausschließlich Notfallsanitäterinnen und -sanitären gestartet. Empfehlen Sie, bei dieser Qualifikation zu bleiben, oder können Sie sich auch vorstellen, examinierte Pflegekräfte vielleicht mit einer Zusatzausbildung im Bereich der Notfallversorgung einzusetzen?

**Dr. Insa Seeger:** Wir wissen aus den Auswertungen, dass zwischen 5 % und 6 % der Fälle wirklich lebensbedrohlich sind, was am Telefon aufgrund der Schilderungen der Patienten nicht immer erkannt wird. Für mich ist es unumstößlich, dass es für diese Fälle ein Notfallsanitäter sein muss. Wir können im Vorhinein ja nicht wissen, wie sich die Lage vor Ort entwickelt.

Ich glaube, die Leitstelle muss neben dem RTW, den NKTW, den KTW und dem Gemeindenotfallsanitäter noch viel mehr Optionen haben. Dazu gehören sicherlich noch Palliativversorgung, Sozialdienste und auch eine Notfallpflege, die dann vielleicht auch die Katheterversorgung übernimmt. Das Spektrum muss deutlich breiter werden. Das ist den Entwürfen der Regierung ja auch vorgesehen bzw. vorgeschlagen. Meine Sorge ist, ob es kommen wird bzw. wann es kommen wird und ob es dann noch das Projekt Gemeindenotfallsanitäter gibt.

\*\*\*