

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

60. Sitzung

Berlin, den 04.07.2007, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3101

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
teilweise Dr. Hans Georg Faust, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Jens Ackermann, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Daniel Bahr (Münster),
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Dem Beruf des Rettungsassistenten eine Zukunftsperspektive geben - Das
Rettungsassistentengesetz novellieren

BT-Drucksache 16/3343

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Seifert, Ilja, Dr.
Spieth, Frank

Ernst, Klaus
Höger, Inge
Knoche, Monika

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5	SVe Ulrike Pantzer (Bundesärztekammer)	5,6,8,12,20
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5	SV Dr. Detlef Bumenberg (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V.)	6,7,11,12,15,19,21,22
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	6,25	SV Marco K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst)	6,9,11,14,19,21,24,25
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8,21,23	SV Prof. Dr. Peter Sefrin	7,22
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	9,12	SV Kai Schlagböhmer (AOK-Bundesverband)	8,10
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	10	SVe Ursula Friedrich (Deutscher Landkreistag)	9,10,13
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	11	SV Norbert Kronenberg (Deutscher Städtetag)	9,10,14
Abg. Jens Ackermann (FDP)	12	SV Dr. Gerhard Nadler (Berufsverband für den Rettungsdienst e.V.)	9,11,12,14,18,20,21,23,24,25
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	14	SV Prof. Dr. Karl-Heinz Altemeyer (Ständige Konferenz für den Rettungsdienst)	10,23
Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.)	16,17,18	SV René Klinke (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.)	10,25
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18,20	SV Dr. Johannes Richert (Deutsches Rotes Kreuz)	12,24
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	22,23	SV Sven Jarmuth (BKS - Unternehmerverband privater Rettungsdienste e.V.)	12,23
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	24	SV Ingo Kolmorgen (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland)	12,25
Abg. Peter Friedrich (SPD)	24,25	SV Gerd Dielmann (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	16,17
		SVe Marion Leonhardt (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	17,24
		SV Dr. Klaus Runggaldier (Malteser Hilfsdienst e.V.)	17,23
		SV Matthias L. Strate (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.)	18,24
		SV Prof. Dr. Alexander Lechleuthner (Deutscher Städtetag)	21
		SV Dr. Gerhard Nösser (Bundesärztekammer)	21
		SV Daniel Gelbke (Arbeiter-Samariter-Bund e.V.)	24
		SV Rico Kuhnke (Johanniter-Unfall-Hilfe)	25

Antrag der Abgeordneten Jens Ackermann, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Daniel Bahr (Münster), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Dem Beruf des Rettungsassistenten eine Zukunftsperspektive geben - Das Rettungsassistentengesetz novellieren

BT-Drucksache 16/3343

Beginn: 14.05 Uhr.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie zu unserer öffentlichen Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP „Dem Beruf des Rettungsassistenten eine Zukunftsperspektive geben – Das Rettungsassistentengesetz novellieren“, BT-Drs. 16/3343. Ich freue mich, dass Sie unserer Einladung sehr zahlreich gefolgt sind. Ich begrüße auch diejenigen, die als Gäste an der öffentlichen Anhörung auf der Tribüne teilnehmen. Weiterhin begrüße ich die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, allen voran Staatssekretär Schwanitz.

Damit können wir mit der Anhörung beginnen. Einige von Ihnen sind – wegen der Spezifik des Antrags – sicherlich nicht so häufig zu Anhörungen eingeladen wie diejenigen, die zu allgemeinen Gesundheitsreformen kommen, deshalb darf ich Ihnen noch einmal das Verfahren erläutern. Den Fraktionen stehen jeweils bestimmte Zeitkontingente zu. Sobald eine Frage gestellt ist, erteile ich Ihnen das Wort. Es wird mir heute vielleicht etwas schwer fallen, Sie mit Namen anzusprechen, weil ich die meisten von Ihnen nicht kenne. Ich bitte Sie, bevor Sie mit Ihren Ausführungen beginnen, das Mikrofon anzuschalten und Ihren Namen zu nennen, weil wir auf der Grundlage eines Mitschnittes ein Wortprotokoll über die Anhörung erstellen.

Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte vorweg die übliche Bitte an Sie richten, präzise und kurze Antworten zu geben. Meine erste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und an die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands. Ich möchte drei Teilfragen stellen: Welche Anteile sollen jeweils die theoretische und praktische Ausbildung haben und in welchen Bereichen von klinischen Einrichtungen sind die Ausbildungsstunden für Rettungsassistenten abzuleisten? Welche Mindestvoraussetzungen sollen

die Auszubildenden, etwa im Hinblick auf Alter, Schulabschluss, persönliche Merkmale etc., erfüllen? Ich bitte hierzu jeweils um eine kurze Begründung. In welchem Umfang findet derzeit die volle Regelausbildung nach § 4 des Rettungsassistentengesetzes bzw. die verkürzte Ausbildung statt und welche Auswirkungen hat die Verteilung auf die Qualität der Versorgung?

Sve **Ulrike Pantzer** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe nur den ersten Teil ihrer Fragen verstanden und bitte daher darum, die weiteren noch einmal etwas langsamer zu wiederholen. Zu dem Verhältnis zwischen den theoretischen und den praktischen Ausbildungsanteilen bei einer dreijährigen Rettungsassistentenausbildung haben wir schon im Vorfeld gesagt, dass die praktischen Anteile deutlich erhöht werden sollten. Wir haben in unserem Eckpunktepapier auch Zahlen genannt. Der praktische Anteil sollte mindestens 50 Prozent und der theoretische Anteil mindestens ein Drittel betragen, beides alternierend. Diese Angaben liegen Ihnen vor. Zu den klinischen Einrichtungen hatten wir gesagt, dass dazu rettungsdienstliche Einrichtungen und Krankenhäuser zählen, wobei in den Krankenhäusern – den jeweils zu erwerbenden Kompetenzen entsprechend – die Abteilungen natürlich so ausgewählt werden müssen, dass diese Kompetenzen dort auch erworben werden können. Es wird zu überlegen sein, ob man dabei bestimmte Stationen vorgibt. Ich bitte darum, die weiteren Fragen noch einmal zu wiederholen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Welche Mindestvoraussetzungen sollen die Auszubildenden, etwa im Hinblick auf Alter, Schulabschluss, persönliche Merkmale, erfüllen. Ich bitte hierzu um eine kurze Begründung. In welchem Umfang findet derzeit die volle Regelausbildung bzw. die verkürzte Ausbildung statt und welche Auswirkungen hat diese Verteilung auf die Qualität der Versorgung?

Sve Ulrike Pantzer (BÄK): Die derzeitigen Voraussetzungen sind allen bekannt. Wenn wir andere Voraussetzungen definieren, dann müssen wir das im Rückschluss tun. Wir müssen sagen, welchen Inhalt die Ausbildung haben soll und welche Kompetenzen erworben werden sollen. Zudem müssen wir sagen, wer so etwas machen kann; etwa im Hinblick darauf, dass die Leute natürlich auch einmal als Fahrende eingesetzt werden. Dabei gibt es bestimmte Altersbeschränkungen. Ansonsten ist es so, dass die Rettungsassistentenausbildung derzeit zwei Jahre beträgt; allerdings mit bestimmten Übergangsvorschriften, die ja auch ausgenutzt worden sind, so dass wahrscheinlich deutlich mehr als die Hälfte der Rettungsassistenten nicht diesen ganz normalen Ausbildungsgang durchlaufen hat. Für uns als Notärzte ergab sich daraus die Schwierigkeit, dass man sich fragen musste, wen man nun vor sich hat. Da steigt jemand aus dem Auto, von dem man nicht weiß, über welche Kompetenzen er verfügt. Das ist eine Schwierigkeit, mit der wir weiterhin konfrontiert sind. Das heißt, wir müssen die jeweiligen Kompetenzen besser erkennbar machen. Deshalb erheben wir auch die Forderung, dass der Beruf anders bezeichnet werden sollte.

SV Dr. Detlef Blumenberg (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND)): Zur ersten Frage, wo die Ausbildung absolviert werden soll. Auch wir verweisen auf das Eckpunktepapier, das ja von allen ärztlichen und nichtärztlichen Organisationen, einschließlich der staatlichen Institutionen, gemeinsam verabschiedet worden ist. Wir meinen, dass der praktische Anteil bei über 50 Prozent liegen sollte. Man kann sicher darüber reden, wie lang der theoretische Anteil sein sollte, unstrittig ist jedoch, dass signifikante Anteile der Ausbildung im Krankenhaus absolviert werden sollten, d. h. in geeigneten Kliniken, die an der Notfallversorgung ständig mitbeteiligt sind. Ob das dann 800 oder 1000 Stunden sind, ist aus meiner Sicht nebensächlich. Für die Ausbildung kommen verschiedene Bereiche in Betracht. Ich bin Anästhesist, und in meinem Bereich machen wir eine solche Ausbildung für die Rettungsassistenten. Es ist unabdingbar, dass Stationen der zentralen Notaufnahme durchlaufen werden, es müssen aber auch OP-Tätigkeit und Intensivstationen dabei sein. Das sind die typischen Bereiche, in denen Rettungsassistenten

und Rettungsassistenten ausgebildet werden sollten.

Im Hinblick auf die zweite Frage, die die Mindestvoraussetzungen betrifft, schließe ich mich Frau Pantzer an. Man muss erst wissen, was der neue Rettungsassistent können soll, um die Eingangskriterien definieren zu können, weil die Definition der Qualifikation natürlich auch Einfluss auf die Eingangsvoraussetzungen hat. Derzeit liegen uns im Verband keine exakten Zahlen dazu vor, wie viele Rettungsassistenten übergeleitet worden sind. Nach den allgemeinen Zahlen, die im nationalen Schrifttum vorhanden sind und denen die Hilfsorganisationen bislang nicht widersprochen haben, liegt der Anteil der übergeleiteten Rettungsassistenten, für die die 520-Stunden-Regelung gilt und die zudem die entsprechenden Praktika abgeleistet haben, sicher über 50 Prozent. In der Tat besteht eines unserer zentralen Probleme darin, dass für eine zeitgemäße Notfallmedizin theoretische Grundlagen gebraucht werden, die zum jetzigen Zeitpunkt – bei allem Engagement der Rettungsassistenten und Rettungsassistenten – verständlicherweise nicht vorhanden sein können.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst, an die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands, an Prof. Sefrin sowie an die Bundesärztekammer. Wie bewerten Sie die von der FDP in ihrem Antrag aufgestellte Forderung, künftig zusätzliche Kompetenzen auf die Handelnden im Rettungsdienst, insbesondere ärztliche Kompetenzen auf nichtärztliches Personal, zu übertragen und dies – dem Antrag zufolge – unabhängig von der Person oder der persönlichen Erfahrung, also generell und nicht nur im Einzelfall. Es gibt ja derzeit schon eine Notkompetenz für die im Rettungsdienst tätigen Rettungsassistenten. Ist es notwendig, diese Kompetenz auszuweiten?

SV Marco K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Es muss insofern eine Neustrukturierung geben, als wir nur so den Ansprüchen gerecht werden können, die wir jetzt haben. Im Jahre 1989 ist das Rettungsassistentengesetz verabschiedet worden. Seitdem hat sich viel getan. Wir dürfen nicht den Fehler machen, dass wir konkrete Handlungsvorschriften festschreiben, sondern wir sollten uns an der Zeit orientieren. Es gibt Leit-

linien der einzelnen Fachgesellschaften, die Empfehlungen aussprechen, wie Patienten zu versorgen sind. Diesen Leitlinien müssen wir gerecht werden, weil das Modell ansonsten zu starr wird. Wir haben ja auch schon Erfolge erzielt. Zum Beispiel bei der elektrischen Therapie, der Defibrillation, die ja am Anfang ein sehr strittiger Punkt war. Man hat hier gesehen, dass Erfolge zu verzeichnen sind bzw. dass die Maßnahmen vernünftig angewendet werden, wenn man die Teilnehmer in den Schulen, die Rettungsassistenten, mit ärztlichem Sachverstand überprüft. Deswegen müssen wir dies auch in Zukunft so machen und dürfen nicht den Fehler begehen, alles genau festzuschreiben. Wir müssen hier mit der Zeit gehen, damit wir die Patienten bestmöglich versorgen können. Da wir in Zukunft wahrscheinlich noch länger auf den Notarzt werden warten müssen, gilt es sicherzustellen, dass diese wertvolle Zeit vernünftig überbrückt wird.

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Herr Faust, die Frage ist schwierig zu beantworten, aber dennoch ist die Aussage von Seiten der BAND ganz klar: Wir sind derzeit und auch im Hinblick auf eine dreijährige Ausbildung, die sicher theoretisch wie praktisch besser sein wird als die derzeitige, nicht der Meinung, dass die Notkompetenz – die entsprechenden Maßnahmen kann ich gerne erläutern, wenn Sie das möchten – automatisch – das ist das entscheidende Wort, und ich glaube, darauf zielte Ihre Frage ab – übergeht auf jeden Rettungsassistenten, der die dreijährige staatliche Prüfung abgeschlossen hat. Das erscheint uns als zu risikoreich, auch unter dem Aspekt, dass unsere Patienten immer älter und immer kränker werden. Wie sie als Kollege wissen, ist die Kompensationsbreite bei älteren Patienten eingeschränkt, so dass Maßnahmen, die zu adversen Reaktionen führen – auch dann, wenn man medizinisch nichts falsch macht – durchaus deletäre Folgen haben können. Ich möchte das Ganze aber noch ein bisschen näher erläutern, wenn Sie erlauben. Ich möchte Ihnen Zahlen zur Eintreffzeit des Notarztes nach Eintreffen des Rettungsassistenten vorlegen. Dabei handelt es sich um Mittelwerte, und ich bin mir natürlich bewusst, dass es Standabweichungen gibt. Ich beziehe mich aber auf eine neutrale Quelle, d. h. auf die neueste Untersuchung der Bundesanstalt für das Straßenwesen, die der Deutsche Bundestag finanziert hat und die sozusagen unverdächtig ist. Im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung, die 23

Prozent der Bevölkerung in Deutschland erfasst, hat sich bei einem Vergleich zwischen den Zeiträumen 2001/2002 und 2005/2006 gezeigt, dass die mittlere Eintreffzeit des Notarztes heute 10,9 Minuten beträgt und sich damit um 2,2 Minuten verlängert hat, dass aber die Rettungsassistenten im Durchschnitt bereits nach 9,3 Minuten eintreffen. Das heißt, der Notarzt trifft in Deutschland im Durchschnitt 1,6 Minuten bzw. eine Minute und 36 Sekunden später als der Rettungsassistent beim Patienten ein. In dieser Zeit – Herr Faust, das werden Sie mir sicher bestätigen – wird erst einmal die Basisdiagnostik durchgeführt, d. h. überprüft, was mit dem Patienten überhaupt los ist. Daher geht bis zum Eintreffen des Notarztes faktisch keine Zeit verloren. Das sind die Fakten.

Es gibt noch einen weiteren Gesichtspunkt. Im Bereich der Medizin haben wir ebenso wie bei den Rettungsassistenten selbstverständlich unterschiedliche Wissensstände. Und die führen dazu, dass der eine bestimmte Maßnahmen besser durchführen kann als der andere. Deswegen sind wir der Meinung, dass es durchaus Personen geben kann, die die Qualifikation der Notkompetenz erwerben können; aber nur dann, wenn dies unter der Aufsicht eines ärztlichen Leiters Rettungsdienst erfolgt, d. h. eines Arztes, der ein vernünftig aufgebautes Qualitätsmanagement hat, der seine Einsätze kontrolliert und der einzelnen Rettungsassistenten bescheinigen kann, über die Qualifikation zur Durchführung von Maßnahmen der Notkompetenz, die sie im Rahmen ihrer dreijährigen Fortbildung gelernt haben, zu verfügen.

Abschließend möchte ich noch sagen, dass ich nicht verstehen kann, weshalb das Krankenpflegepersonal, die Schwestern und die Pfleger, die ebenfalls eine dreijährige Fortbildung absolviert haben, in einer Situation, in der der Patient vital gefährdet ist, weniger dürfen sollen als die Rettungsassistenten. Darin scheint mir ein Widerspruch zu liegen.

SV Prof. Dr. Peter Sefrin: Zum Thema Notkompetenz ist folgendes zu sagen: Im Vordergrund einer Novellierung des Gesetzes steht nicht die Ausdehnung der Kompetenz der Rettungsassistenten in Richtung auf eine Übernahme ärztlicher Leistungen, sondern eine Steigerung der Qualifikation notfallmedizinischer Maßnahmen. Wir müssen davon ausgehen, dass wir, wie Herr Blumenberg das gerade ausgeführt hat, nur einen geringen Zeitabstand

überbrücken müssen. Auf der anderen Seite muss man davon ausgehen, dass der Patient einen Anspruch auf eine ärztliche Versorgung auch im Notfall hat. Die Notkompetenz bezieht sich auf eine Ausnahmesituation, die auch im Gesetz weiterhin als Ausnahmesituation vorgesehen sein sollte. Dies beinhaltet eine Ausweitung der Kompetenz in dem Sinne, wie das Ausbildungsziel eines solchen Gesetzes dies definiert. Dagegen sollte eine generelle Übernahme von ärztlichen Leistungen durch den Rettungsassistenten nicht angestrebt werden. Es wurde gerade schon darauf hingewiesen, dass die Durchführung solcher Maßnahmen eine regelmäßige Übung voraussetzt. Wenn wir uns die Praxis, d. h. das Kollektiv im Notarzdienst, in der Notfallrettung, anschauen, dann kommen wir zu dem Schluss, dass bei höchstens 10 bis 20, allerhöchstens bei 30 Prozent der Notfallpatienten eine solche ärztliche Maßnahme im Rahmen einer Ausnahmesituation erforderlich ist. Auswertungen von entsprechenden Untersuchungen zeigen deutlich, dass die Mehrheit des Kollektivs aus Patienten mit einem NACA von 1 bis 3 besteht und dass ein NACA von 4 und 5 die Ausnahme ist. Im Falle dieser Patienten wäre die Wahrnehmung einer solchen Notkompetenz eine Möglichkeit, um die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes zu überbrücken.

SVe Ulrike Pantzer (BÄK): Aus Sicht der Bundesärztekammer kann ich mich den Vordnern vollständig anschließen. Da gibt es keinen Dissens. Ich möchte nur noch einmal darauf hinweisen, dass bei der Diskussion über die Übernahme von ärztlichen Leistungen und bei der Aufzählung von Kompetenzen leicht der Anschein erweckt wird, als ginge es hier um einzelne isolierte Leistungen. Dabei wird jedoch verkannt, dass die ärztliche Ausbildung sehr umfangreich ist und dass man dabei sehr viel Wissen über die Komplexität des Körpers des Patienten erwirbt. Das heißt, es geht nicht darum, einzelne manuelle Fertigkeiten zu erwerben, die man sicherlich auch anderen Menschen beibringen kann, sondern es geht um die Komplexität des ärztlichen Wissens und Könnens. Deshalb kommt für uns eine Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen nicht in Frage.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Deutschen Land-

kreistag und an den Deutschen Städtetag. Mit welchen finanziellen Auswirkungen auf die Kostenträger rechnen Sie, wenn die Rettungsassistenten künftig eine dreijährige Berufsausbildung in Vollzeit zu absolvieren haben? Sind die bisher bestehenden Rettungsassistentenschulen und Lehrwachen alle in der Lage, den im Eckpunktepapier geforderten Bedingungen zu entsprechen oder müssen hier Ausnahme- und Übergangsregelungen für derzeit anerkannte Rettungsdienstschulen in erheblichem Umfang seitens des Bundesgesetzgebers eingeplant werden?

SV Kai Schlagböhmer (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Zunächst einmal zur Frage der finanziellen Auswirkungen. Wenn die derzeit zweijährige Ausbildung der Rettungsassistenten um ein Jahr verlängert wird und wenn zudem gegebenenfalls eine Ausbildungsvergütung zu zahlen ist, dann kann dies natürlich unter Umständen beim jeweiligen Ausbildungsbetrieb, z. B. bei der Hilfsorganisation, zu Mehrkosten führen. Deren genaue Höhe kann unsererseits nicht eingeschätzt werden. Um eine möglichst kostenneutrale Umsetzung zu erreichen, wäre aus unserer Sicht zu prüfen, inwieweit die Auszubildenden zur Rettungsassistentin bzw. zum Rettungsassistenten bereits frühzeitig in den Rettungsdienst eingebunden werden können, um die Effekte einer gegebenenfalls längeren Ausbildung oder einer eventuellen Ausbildungsvergütung zumindest teilweise zu kompensieren. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ist es grundsätzlich nicht Aufgabe der GKV, Ausbildungsaufgaben oder deren Finanzierung zu übernehmen. Sofern mögliche Mehrkosten aber einfach in die Entgelte, die auf Grund von landes- oder kommunalrechtlichen Bestimmungen festgelegt werden, eingepreist werden, würde dies auch zu entsprechenden Ausgabenanstiegen bei den Kostenträgern führen. Da wettbewerbliche Elemente in diesem Bereich vielfach fehlen und Entgelte und Gebühren nach dem Selbstkostendeckungsprinzip festgelegt werden, würde dies weitere Kostensteigerung im Rettungsdienstbereich verursachen. Zur zweiten Frage: Grundsätzlich sind die gesetzlichen Krankenversicherungen weder für die Ausbildung zum Rettungsassistenten noch für die Finanzierung der Ausbildung zuständig. In Bezug auf diese Frage sind wir daher letztlich nicht der richtige Ansprechpartner.

SVe Ursula Friedrich (Deutscher Landkreistag): Zur Höhe der Kosten können wir im Augenblick keine Angaben machen, da es entscheidend darauf ankommt, wie viele Personen diese neue Ausbildung machen. Das muss man erst einmal kalkulieren. Zudem gehen wir davon aus, dass die Ausbildung wie bisher von den betreffenden Personen selbst bezahlt wird, so dass eine höhere Qualifizierung und eine Ausdehnung der Ausbildungszeit nicht zu Lasten der Kommunen gehen würden.

Die zweite Frage war, ob die Schulen, die bisher die Ausbildung zum Rettungsassistenten durchführen, eine Umstellung vornehmen können. Dies halten wir durchaus für möglich. Zunächst müssten allerdings die Inhalte festgelegt werden. Darüber streiten wir ja im Augenblick noch. Hier müsste es erst einmal zu einer Einigung kommen, bzw. der Bundesgesetzgeber müsste die Eckpunkte vorgeben. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass die Schulen flexibel genug sind, um den entsprechenden Anforderungen genügen zu können.

Ich würde gerne noch einen Punkt nachtragen. Vorhin ist einmal eine Größenordnung von etwa 1000 Stunden genannt worden. Wir gehen davon aus – und das entspricht auch dem Eckpunktepapier, auf das man sich verständigt hat –, dass für die Rettungsassistenten eine Ausbildung im Umfang zwischen 4000 und 5000 Stunden ausreichend ist.

SV Norbert Kronenberg (Deutscher Städte- tag): Ich schließe mich den Ausführungen meiner Vorrednerin an. Die Schulen müssen ihre Kompetenz erhöhen, und zwar in dem Maße, wie auch die Kompetenz der Rettungssanitäter und die Ausbildungsziele erweitert werden müssen.

Zur Frage der Finanzierung ist zu sagen, dass wir noch keine Möglichkeit gehabt haben, die Kosten zu ermitteln. Der AOK-Bundesverband hat hierzu einen Vorschlag gemacht, den wir unterstützen bzw. den wir immer schon unterstützt haben. Danach soll es eine Stufenausbildung geben, die es ermöglicht, den Rettungssanitäter schon in einem ersten Schritt einzusetzen und darüber zum Teil auch die Kosten zu decken.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine erste Frage, die sich auch aus den bisherigen Antworten ergeben hat, richte ich an die Berufsverbände und an den Bundesverband der freien Rettungsassistentenschulen. Bei einer

dreijährigen Ausbildung stellt sich, wie wir eben schon hörten, die Frage nach der Aufteilung in theoretischen und praktischen Unterricht sowie in Unterricht und praktische Ausbildung. Welches Verhältnis der verschiedenen Ausbildungsbestandteile zueinander ist nach Ihrer Auffassung sinnvoll und erforderlich?

Meine zweite Frage würde ich ebenfalls gern an die Berufsverbände richten sowie an den Deutschen Städtetag und den Deutschen Landkreistag. Welche Auswirkungen hat Ihrer Meinung nach die Novellierung der Rettungsassistentenausbildung mit einer Ausbildungsverlängerung auf drei Jahre auf den Bereich der Feuerwehren und ihre Beteiligung am Rettungsdienst?

SV Dr. Gerhard Nadler (Berufsverband für den Rettungsdienst e.V. (BVRD)): Zur Aufteilung der Gesamtausbildungszeit stellen wir uns folgendes vor: Die ersten 50 Prozent sollen auf die Berufsfachschule entfallen. Diese Zeit soll zum einen für die Ausbildung in der Theorie und zum anderen für die praktische Ausbildung verwandt werden. Auch in der Schule findet praktische Ausbildung statt. Man denke nur – was wahrscheinlich jeder aus dem Fernsehen kennt – an die Reanimation am Plastikphantom. Die restlichen 50 Prozent der Zeit sollten der praktischen Ausbildung außerhalb der Schule zu Gute kommen; das beinhaltet Praktika in Krankenhäusern, im Rettungsdienst, aber auch auf anderen Gebieten.

Bei der Feuerwehr hört man diesen Vorschlag wahrscheinlich nicht gerne, weil die Feuerwehr bisher – das ist zumindest mein Eindruck – immer der Auffassung war, dass die Rettungsassistentenausbildung für den Berufsfeuerwehrmann nebenbei zu erwerben sein müsse. Die Feuerwehr müsste wahrscheinlich umdenken. Sie müsste einen Teil ihres Personals in Richtung auf den Rettungsdienst bewegen. Dagegen wird es für den durchschnittlichen Berufsfeuerwehrmann wahrscheinlich nicht möglich sein, die dreijährige Ausbildung zu erwerben, weil eine sozusagen nebenbei durchlaufene Ausbildung kontraproduktiv wäre.

SV Marco K. König (DBRD): In Bezug auf die Aufteilung der Ausbildungszeit schlagen wir vor, dass für den theoretischen Teil 1200 Stunden, für den klinischen Bereich 800 Stunden und für die Praxis 2500 Stunden aufgewandt werden. Hier gehen wir größtenteils mit anderen konform, insbesondere was den Pra-

xisanteil angeht. Allerdings muss man berücksichtigen – um nicht zu sehr durcheinander zu geraten –, dass die Klinik letztlich auch etwas mit Praxis zu tun hat. Das darf man nicht vergessen. Der rein schulische Anteil beträgt 1200 Stunden. Im derzeitigen Rettungsassistentengesetz kommt das nicht ganz so deutlich zum Ausdruck, weil Schule und Klinik hier zusammengefasst sind.

Die Feuerwehren haben einen großen Anteil am Rettungsdienst. Die Auswirkungen der Novellierung des Rettungsassistentengesetzes auf die Feuerwehr sind allerdings schwer einzuschätzen, solange noch nichts Greifbares vorliegt und man noch nicht konkret weiß, wie sich die neuen Strukturen in die Feuerwehrausbildung einbauen lassen. Es ist ja bisher so, dass einzelne Bundesländer unterschiedlich lange Ausbildungszeiten vorschreiben. Aber dazu kann sicherlich die kombi Gewerkschaft mehr sagen, da sie wesentlich kompetenter für den Feuerwehrbereich ist.

Sve Ursula Friedrich (Deutscher Landkreistag): Zu der Frage, welche Auswirkungen die Novellierung auf die Feuerwehren haben würde, muss ich leider passen, weil der Rettungsdienst bei den Landkreisen ganz selten von den Feuerwehren geleitet wird und auch die Berufsfeuerwehren hier nur eine untergeordnete Bedeutung haben. Daher überlasse ich die Antwort auf diese Frage dem Kollegen vom Städtetag.

SV Norbert Kronenberg (Deutscher Städtetag): Selbstverständlich müssen wir uns auch als Feuerwehren anpassen. Auch wenn die ganze Ausbildung teurer werden wird, führt daran kein Weg vorbei. Aber wir können noch nicht sagen, wie viel teurer es werden wird. Wir wissen noch nicht, was die Leute machen sollen und in welchen Bereichen sie ausgebildet werden müssen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an die Ständige Konferenz für den Rettungsdienst, an den AOK-Bundesverband und an den VdAK/AEV. Der Rettungsdienst ist ja durch die Landesrettungsdienstgesetze in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Wie sehen Sie vor diesem Hintergrund die Chancen für eine einheitliche Kompetenzabgrenzung und Ausbildung der Rettungsassistenten?

Sv Prof. Dr. Karl-Heinz Altemeyer (Ständige Konferenz für den Rettungsdienst): Ich antworte als Vorsitzender der Ständigen Konferenz. Die Ausbildung der Rettungsassistenten ist eine Bundesangelegenheit und im Rettungsassistentengesetz geregelt. Die Rettungsdienstgesetze der Länder knüpfen an diese Vorgabe an. Da gibt es keine gesonderte Regelung. In einzelnen Ländern sind abweichende, aber nur in Teilen abweichende Regelungen in Kraft. Im Prinzip sind die Grundvoraussetzungen für die Rettungsassistenten durch das Rettungsassistentengesetz geregelt und werden auch von den Bundesländern übernommen.

SV Kai Schlagböhmer (AOK-BV): Derzeit ist nicht einheitlich und eindeutig definiert, welche Maßnahmen Rettungsassistenten während des Einsatzes durchführen dürfen. Das kann in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der von ihnen zu verantwortenden Maßnahmen führen, und dies kann u. a. auch eine unnötige Alarmierung des Notarztes zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund befürworten wir eine überregionale und klare Kompetenzabgrenzung der Rettungsassistenten. Die Ausbildung der Rettungsassistenten sollte so ausgestaltet werden, dass sie die von ihnen zu verantwortenden Maßnahmen an Hand der entsprechenden Kompetenzen erfüllen können. Auch wenn der Rettungsdienst durch die Rettungsdienstgesetze der einzelnen Länder unterschiedlich ausgestaltet ist, erscheint aus unserer Sicht eine einheitliche, qualitativ hochwertige Ausbildung zum Rettungsassistenten zur Sicherstellung eines einheitlichen Leistungsniveaus sinnvoll. Für uns ist es jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb dies zwingend eine Verlängerung der Ausbildungszeit erfordern sollte. Wir empfehlen daher, bei einer eventuellen Gesetzesänderung zunächst zu prüfen, inwie weit die derzeitige Ausbildung zum Rettungsassistenten fachlich unzureichend ist.

SV René Klinke (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Ich kann mich Herrn Schlagböhmer nur anschließen. Im Vordergrund der Novellierung sollte die Qualität der Ausbildung stehen. Ein mögliches Bundesgesetz sollte die Qualität der Leistungen vereinheitlichen, um eine qualitativ unterschiedliche Versorgung in den einzelnen Ländern zu vermeiden, ohne, wie auch Herr Schlagböhmer

sagte, die medizinische Versorgung zu vernachlässigen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Es war ja schon einmal von der eigenen Heilkundekompetenz der Rettungsassistenten die Rede. Meine Frage geht an die Berufsverbände und an die Hilfsorganisationen sowie an den Bundesverband der Freien Rettungsassistentenschulen, an das DRK und an den BAND. Ist bei einer eigenen Heilkundekompetenz der Berufsangehörigen im Rettungseinsatz sicher zu stellen, dass hierfür auch genügend Ausbildungsstätten in Form von Rettungsassistentenschulen sowie Kliniken für den Bereich intensivmedizinischer Ausbildung zur Verfügung stehen? Und für den praktischen Bereich wären die Rettungswachen anzusprechen: Ist hier eine angemessene Kapazität zu gewährleisten?

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Es ist unstrittig, dass der Praxisanteil und das Üben in den Kliniken einen breiten Raum einnehmen müssen. Mit einem Umfang von 800 Stunden, der hier genannt wurde, können wir bestens leben. Ich bin überzeugt, dass die Kliniken – allerdings sinnvoller Weise nur Kliniken, die ständig an der Notfallversorgung teilnehmen – im Grunde genommen moralisch verpflichtet sind und sicher irgendwann auch juristisch verpflichtet sein werden, den Rettungsassistenten die Möglichkeit für die entsprechenden Praktika zu bieten. Das ist in der Mehrzahl der Häuser, zumindest der größeren Häuser derzeit in ganz Deutschland der Fall, so dass ich dort keine größeren Probleme sehe, dass das Praktikum tatsächlich an den entsprechenden Orten, in den Kliniken, durchgeführt werden kann.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Frage richtig verstanden habe, deshalb hole ich ein wenig aus. Vielleicht zunächst einige Bemerkungen dazu, was wir uns unter Kompetenz vorstellen. Unter Kompetenz stellen wir uns nicht vor, dass der Rettungsassistent künftig eigenverantwortlich Diagnostik und Therapie durchführen soll. Vielmehr soll er in einem Supervisionsverhältnis zum ärztlichen Leiter Rettungsdienst bestimmte Maßnahmen, die ihm vorgegeben sind, durchführen, wenn sie erforderlich sind. Im Prinzip sind das die Maßnahmen, die im Notkompetenzpapier beschrieben sind, nämlich Legen eines venösen Zugangs, Infusions-

gabe, Gabe verschiedener Medikamente – auch intravenös – und elektrische Defibrillation mit manuellem Gerät sowie die endotracheale Intubation. Allerdings soll dies nicht als Ultima Ratio-Maßnahme, wenn ansonsten kein Überleben mehr vorstellbar ist, geschehen, sondern immer dann, wenn eine Maßnahme notwendig ist. Das zur Klarstellung der Kompetenz. Nach unserer Auffassung ist es auch möglich, entsprechend auszubilden. Ich denke, dass die Kliniken wie auch die Rettungswachen genügend Kapazitäten haben, um diese Ausbildungsleistungen zu erbringen. Herr Blumenberg stimmt mir darin zu.

SV Marco K. König (DBRD): Es ist nicht zu erwarten, dass wir nach der Einführung dieser dreijährigen Ausbildung noch mehr Auszubildende haben werden als bisher. Insofern wird sich in Zukunft sicherlich nicht das Problem stellen, dass wir einen Mangel an Praktikumsplätzen in den Kliniken haben. Zurzeit ist die Lage, nach dem, was wir aus den Ländern hören, in den einzelnen Schulen teilweise unterschiedlich, aber im großen und ganzen findet man einen Praktikumsplatz, und zwar auch in dem Bereich, der vorgesehen ist. Denn das derzeitige Rettungsassistentengesetz schreibt ja konkret vor, wie viele Stunden in welchem Bereich abzuleisten sind. Dafür muss man natürlich auch die Länder in die Pflicht nehmen, denn die sind die Aufsichtsbehörde für die Schulen, und die müssen kontrollieren, ob die Gesetze auch eingehalten werden. Es ist manchmal fraglich, ob das wirklich stattfindet. Da kann ich mich nur Dr. Nadler anschließen. Kompetenzen erlangt man hauptsächlich in der Klinik und nicht am Dummy, an einer Puppe. Damit kann man zwar anfangen, aber dann kommt es darauf an, dass man eine ausreichende Zahl von Stunden in der Klinik ableistet. Und das muss auch forciert werden. Es kann nicht sein, dass nach einer dreijährigen Ausbildung für die nächsten 30 oder 40 Jahre Schluss ist. Diese Probleme müssen wir sehen. Die Maßnahmen in Notkompetenz werden zwar selten durchgeführt, aber wenn sie durchgeführt werden, ist dies unabdingbar. Deswegen brauchen wir auch einen ärztlichen Leiter. Es wäre Aufgabe der Bundesländer, den ärztlichen Leiter Rettungsdienst endlich in allen Landesgesetzen festzuschreiben. Das ist leider immer noch ein großes Problem.

SV Dr. Johannes Richert (Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)): Bei den Hilfsorganisationen ist die notwendige Ausbildungskapazität, wie das der Kollege gerade beschrieben hat, tatsächlich vorhanden. Da sehen wir keine Engpässe. Für uns ist es wichtig, dass die Ausbildungsverträge mit den Betrieben geschlossen werden, die dann ihrerseits mit den Schulen Verträge schließen, so dass der Auszubildende nicht in ein Loch rutscht, sondern durchgängig in einem Schulsystem verbleibt. Nach unserer Vorstellung soll er 1440 Stunden in der Schule in Theorie und Praxis unterrichtet werden, 360 Stunden klinische Praxis absolvieren und 3000 Stunden Ausbildung auf der Rettungswache. Die Kostenfrage könnte man analog zu dem Vorschlag der Sachverständigen von der AOK angehen.

SV Sven Jarmuth (BKS – Unternehmerverband privater Rettungsdienste e.V.): Die Kapazitäten für die Ausbildung sind derzeit vorhanden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Kapazitäten auch ausreichen, wenn die Ausbildungsdauer um ein weiteres Jahr verlängert wird. Dies gilt vor allem für die entsprechenden Praxisanleiter. Sowohl die Praxisanleiter in den Kliniken als auch die Praxisanleiter in den Rettungsdiensten müssen vergütet werden. Nach unserer Auffassung sind Ausbildungskosten Personalkosten. Diese gehören zur Leistungserbringung und müssten daher auch im Rahmen der Transportentgelte abgedeckt werden.

SVe Ulrike Pantzer (BÄK): Wir können uns den Vorrednern anschließen. Auch wir sehen im Moment keine Schwierigkeiten, in den Kliniken die Kapazitäten bereit zu stellen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich habe eine Nachfrage an den Berufsverband für den Rettungsdienst. Ich denke, Herr Dr. Nadler stünde da zur Verfügung, aber ich richte meine Frage auch an die Bundesärztekammer und an den Verband der Rettungsassistenten. Welche Anforderungen sind im Hinblick auf die neue Ausbildung an die Ausbildungsbewerber zu richten? Ist ein mittlerer schulischer Bildungsabschluss, wie bisher bei der dreijährigen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, ausreichend? Oder sollte für die Ausbildung die Hochschulreife, wie es von einigen gefordert wird, vorausgesetzt werden?

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Bei den Zugangsvoraussetzungen gibt es aus unserer Sicht zwei Punkte, die anzusprechen sind. Dies ist zum einen das Alter, das am Beginn der Ausbildung bei 18 Jahren liegen sollte. Zum anderen geht es um die Schulbildung. Hier reicht unseres Erachtens für das, was ange-dacht ist, ein mittlerer Schulabschluss aus. Gegenwärtig gibt es ja praktisch keine Zugangsvoraussetzung. Es steht zwar im Gesetz, dass der Hauptschulabschluss vorliegen muss, aber auch die Voraussetzung ist zu umgehen.

SVe Ulrike Pantzer (BÄK): Ich kann meine bisherige Stellungnahme nur wiederholen. Solange wir die neuen Anforderungen an die Rettungsassistenten nicht kennen, ist es auch schwierig, die Voraussetzungen für die Ausbildungsbewerber zu definieren. Sicher ist das Alter ein wesentliches Kriterium, weil für den Beruf ein gewisser Reifegrad erforderlich ist, aber auch im Hinblick auf das Führen von Fahrzeugen, so dass ein Eingangsalter 18 Jahre naheliegend ist. Aber bezüglich des Schulniveaus möchte ich mich nicht festlegen.

SV Ingo Kolmorgen (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland (AgRD): Ich kann mich meinen Vorrednern anschließen. Wenn wir die Anforderungen nicht kennen, können wir auch nicht voll umfänglich zu den Zugangsvoraussetzungen Stellung nehmen.

Abg. Jens Ackermann (FDP): Meine erste Frage richtet sich an die BAND, den Deutschen Landkreistag und den Deutschen Städtetag. Ist auf Grund der Tatsache, dass es zu einer Ausdünnung der Krankenhauslandschaft und damit auch der Notarztstandorte kommen wird, mit Schwierigkeiten in der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung zu rechnen? Wie stellen Sie sich angesichts der Prognosen eine Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vor?

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Zum ersten Teil der Frage: Es ist in der Tat so, dass bei dem derzeitigen Vergütungssystem – weniger im großstädtischen/mittelstädtischen Bereich, aber in manchen ländlichen Regionen – Schwierigkeiten bei der notärztlichen Besetzung auftreten. Wir haben seit über 20 Jahren

mehr als 30.000 Ärzten durch theoretische Fortbildung den Fachkundenachweis oder die Zusatzbezeichnung Notarzt/Notfallmedizin vermittelt. Das heißt, das Potential ist eigentlich da, und es wäre die Frage zu stellen, warum die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen nicht zum Einsatz kommen. Das hat sicher finanzielle Gründe, aber es hat auch mit einer Verdichtung der Arbeitszeit in den Kliniken und Praxen zu tun. Ich glaube aber, dass das Problem durch intelligente Verteilung von Notärzten auch auf ländliche Regionen gelöst werden kann. Ganz sicher ist es nicht so, dass man das Niveau der notärztlichen Versorgung in diesen Regionen absenken und sagen kann, dann verzichten wir eben ganz auf den Notarzt und lassen es den dreijährig qualifizierten Rettungsassistenten machen. Denn da gibt es doch qualitative Unterschiede, wenn Sie das Beispiel erlauben. Das heißt, wir müssen ganz einfach die Notärzte zum richtigen Ort, zum richtigen Einsatz bringen, und das beginnt mit einer Qualifizierung des Personals in der Leitstelle, damit der Notarzt, der in einem entsprechenden Bereich Notarzdienst hat, wirklich zum Einsatz kommt, und zwar entsprechend dem Indikationskatalog, der von der DIVI (Sektion Rettungswesen' der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) und der Bundesärztekammer erstellt worden ist. Dazu muss das Personal entsprechend geschult werden. Es ist eben nicht so, wie es derzeit in der Presse dargestellt wird, dass Krankenhäuser einfach zumachen. Das ist zwar grundsätzlich richtig, aber damit ist nicht auch der Notarzt weg, sondern es gibt natürlich verschiedene Gestellungs-systeme. Die Notärzte können an den Notärztestellen von entsprechenden Kliniken, sie können aber auch in Hilfsorganisationen angesiedelt und auf Honorarbasis eingesetzt werden. Überall dort, wo ein entsprechend attraktives Honorar gezahlt wird, ist der Notarzdienst auch im ländlichen Raum gesichert, so wie Herr Prof. Dr. Sefrin es vor ein, zwei Tagen in der Presse gesagt hat. Wenn in Bayern tagsüber für den Bereitschaftsdienst nur 5,30 Euro gezahlt werden, dann wird es relativ schwierig, dafür einen Arzt zu finden, was ich nachvollziehen kann. Unser Potential liegt einerseits zum Teil im niedergelassenen Bereich, der aber viel zu wenig ausgeschöpft wird. Es kommen, weil jeder Notarzt eine gewisse Anzahl von Einsätzen fahren muss, damit er das entsprechende Handling weiter behält, natürlich in den großen Kliniken nicht alle Ärzte mit der entsprechenden Qualifikation zum Einsatz. Es wäre daher

durchaus zu überlegen, was zum Teil auch gemacht wird, dass im Rahmen eines so genannten Satellitenmodells Notärzte aus größeren Krankenhäusern die Funktionen im ländlichen Raum temporär mit übernehmen.

Nun zur zweiten Frage, die ich damit im Grunde schon beantwortet habe: Es kann nicht sein, dass der Rettungsassistent, wenn der Notarzt nicht vorhanden ist, die notärztliche Versorgung übernimmt. Die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesverwaltungsgerichts besagt ganz klar, dass der Patient auch im Notfall einen Anspruch auf die ärztliche Versorgung hat. Für mich wäre es widersinnig, wenn für alle – ich sage das jetzt bewusst – Wehwechen, Fieberkrämpfe, Fieberanfälle sofort die hausärztliche Versorgung da sein muss, wenn aber in dem Fall, dass eine vitale Gefährdung des Patienten gegeben ist, kein Notarzt zur Verfügung stehen würde. Wir reden über die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes, die wir für dringend notwendig halten. Die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung ist aus meiner Sicht ein wichtiges Problem, es wird aber nicht gelöst, indem wir die Fortbildung der Rettungsassistenten auf drei Jahre verlängern.

SVe Ursula Friedrich (Deutscher Landkreistag): Ich kann die Ausführungen von Herrn Dr. Blumenberg insofern bestätigen, als auch unsere Rückmeldungen aus der Praxis eindeutig in diese Richtung gehen. Wenn jetzt die Forderung erhoben wird, die Ausbildung für den Rettungsassistenten qualitativ zu verbessern, dann kann das nicht bedeuten, dass der Rettungsassistent den Notarzt ersetzen kann. Dass es Probleme bei der notärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich gibt, kann ich im Augenblick nicht bestätigen. Im Übrigen sind auch wir wie Herr Dr. Blumenberg der Ansicht, dass die Notfallversorgung durchaus bei den Kliniken angesiedelt werden kann. Das ist im Augenblick auch noch die Regel. Wir arbeiten daran, dass die Kliniken im ländlichen Bereich erhalten bleiben, soweit sie wirtschaftlich leistungsfähig sind. Dies muss ich insofern betonen, als wir in anderen Zusammenhängen über die Krankenhausfinanzierung sprechen, und zwar konkret über einen Zuschlag für die Notfallversorgung, sofern die Kliniken das übernehmen. Ich denke, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Wir müssen uns noch darüber unterhalten, wie er umgesetzt werden soll. Denn da liegen noch Probleme.

Noch in anderer Hinsicht möchte ich das bestätigen, was Herr Dr. Blumenberg gesagt hat. Wenn Kliniken nicht in unmittelbarer Nähe vorhanden sind, kann die Notfallversorgung auch bei anderen Rettungsleitstellen angesiedelt werden. Allerdings muss dann auch dafür Sorge getragen werden, dass ein entsprechend ausgebildeter und qualifizierter Notarzt zur Verfügung steht, was sicherlich nicht einfach ist. Das Problem besteht darin, aus dem niedergelassenen Bereich Ärzte für diese Aufgabe zu rekrutieren, denn diese müssen eine entsprechende Ausbildung im Krankenhaus absolviert und die Notfallkompetenz auch immer aktuell parat haben.

SV Norbert Kronenberg (Deutscher Städte-tag): Ich würde da differenzieren zwischen dem städtischen und dem eher ländlichen Bereich. Zur ersten Frage: Im Moment haben wir noch kein Problem, auch im städtischen Bereich nicht, und das wird auch eine Zeit lang so bleiben. Im ländlichen Bereich werden die Probleme hingegen größer werden. Dafür haben wir keine Lösung parat. Diese könnte über die Krankenhäuser erfolgen, aber da hier gerade eine Ausdünnung stattfindet, muss man das kritisch sehen. Ob die Notfallversorgung von niedergelassenen Ärzten übernommen werden kann, wage ich zu bezweifeln. Es wäre eine denkbare Lösung.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage richtet sich an den Berufsverband für den Rettungsdienst e.V., an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst und an Herrn Dr. Blumenberg. Herr Blumenberg hat gesagt, im Mittel trifft der Notarzt 1 ½ Minuten später als der Rettungsassistent ein. Er hat auch gesagt, dass ihm bewusst ist, dass es Standardabweichungen gibt. Selbstverständlich kann es einzelne Fälle geben, in denen der Notarzt eine Viertelstunde später da ist. Und selbstverständlich gibt es Unfälle, bei denen nicht nur ein Patient, sondern viele Patienten zu versorgen sind. Deswegen scheint es mir wichtig, noch einmal zu erfahren, mit welcher Rechtssicherheit und in welchem Umfang Rettungsassistenten vor Ort tätig werden sollen und können? Denn man kann wahrscheinlich nur dann Anforderungen an die Ausbildung formulieren, wenn man das Ziel kennt. Ich bezweifle, dass man einen niedergelassenen Augenarzt entsprechend qualifizieren kann. Das wird genauso lange halten wie beim Rettungsassistenten.

Es hilft ja nicht, wenn mir ein Chirurg sagt, in 90 Prozent der Fälle kriegen wir solche Leute wie Sie durch, denn ich weiß dann immer noch nicht, ob ich zu den 10 Prozent gehöre, die nicht durchkommen. Die Einzelfallbetrachtung ist immer die entscheidende. Die Durchschnittsbetrachtung ist zwar epidemiologisch wichtig, aber für den Einzelnen nicht entscheidend. Deswegen stelle ich noch einmal die Frage, welchen Umfang die Tätigkeit des Rettungsassistenten haben soll und mit welcher Rechtssicherheit er in den Fällen, in denen ein Notarzt noch nicht da oder nicht verfügbar ist, weil viele andere Patienten zu versorgen sind, agieren kann.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Auch meiner Auffassung nach taugt der Durchschnittswert der unterschiedlichen Eintreffzeiten nicht als Bezugsgröße. Es gibt viele Fälle, in denen der Notarzt 10, 15 oder sogar 20 Minuten nach dem Rettungsassistenten eintrifft. Wenn ich an meinen Einsatzbereich denke – gelegentlich bin auch ich noch als Rettungsassistent unterwegs, in einer Stadtrandgemeinde von München – dann trifft der Notarzt, selbst wenn er parallel alarmiert worden ist, in der Regel fünf bis sechs Minuten nach dem Rettungswagen ein. Es ist einfach der Unterschied zwischen Stadt und Land, den man auch betrachten muss.

Was wir uns an Kompetenzen vorstellen, das steht bereits in dem so genannten „Notkompetenzpapier“, dessen Inhalt ich vorhin schon umrissen habe. Der Rettungsassistent sollte die Maßnahmen ergreifen können dürfen, sobald sie notwendig sind und nicht erst dann, wenn ansonsten nicht mehr mit einem Überleben zu rechnen ist.

SV Marco K. König (DBRD): Dr. Schily, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie diese Frage noch einmal aufgegriffen haben, denn wir wollen ja letztlich kein paramedic system, wir wollen den Notarzt nicht abschaffen, sondern uns geht es darum, wichtige Zeit zu überbrücken in den Fällen, in denen etwa der Notarzt eine Minute später eintrifft. Und wenn wir von diesem Mittelwert ausgehen, dann müssen wir uns hier nicht darüber unterhalten, ob wir eine dreijährige Ausbildung brauchen, sondern ob wir nicht ein Jahr einsparen können. Denn ein Jahr ist völlig ausreichend für eine solche Situation. Dann nennen wir den Beruf eben „Krankenträger“ oder so ähnlich. Vielmehr geht es

darum, dass man in Zukunft noch besser solche Patienten versorgen kann, die z. B. schwerste Luftnot oder schwerste Schmerzzustände haben und dass man hier nicht fünf, zehn oder zwanzig Minuten daneben stehen und teilweise miterleben muss, wie der Patient immer schlechter wird oder wie er sogar verstirbt, weil man entweder nicht helfen kann oder weil man Angst hat vor seinem Dienstherrn, vor seinem Arbeitgeber, vor seinem ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder vor seinem leitenden Notarzt, je nach dem, wie die Strukturen jeweils aufgebaut sind. Das darf nicht kommen. Selbst wenn wir nicht von einem Massenansturm an Verletzten ausgehen, einem Fall, wie Sie ihn angesprochen haben, so machen wir doch, auch im städtischen Bereich, die Erfahrung, dass zwei Notfälle, auch schwere Notfälle, gleichzeitig auftreten. Das kann tatsächlich vorkommen, auch wenn das natürlich nicht ständig der Fall ist. Aber wir können nicht immer vom optimalen oder vom Durchschnittsfall ausgehen. Stellen Sie sich vor, wir fahren zu einem Säugling mit einem Fieberkrampf und müssen der Mutter erklären, dass sie leider nicht zum Durchschnitt gehört, sondern dass etwas ganz Schlimmes passiert ist, weshalb der Notarzt woanders gebunden ist. Es hat auch schon die Situation gegeben, dass der Notarzt zu einem Notfall gerufen worden ist, der sich im Nachhinein als gar nicht so gravierend herausgestellt hat. Wenn man sich nach dem geltenden Notarztindikationskatalog richtet, muss man heute leider in fast allen Fällen einen Notarzt losschicken. Und dies führt auch zu dieser hohen Fehlerquote. In solchen Fällen fehlt der Notarzt womöglich bei den wichtigen Patienten, bei den wirklichen Notfallpatienten, und dann steht der Rettungsassistent allein dort und ist hin- und hergerissen, was er tun soll. Dafür brauchen wir unbedingt eine Handlungskompetenz und die bestmögliche Rechtssicherheit. Und vor allem brauchen wir eine gute Ausbildung. Das muss man in drei Jahren hinbekommen. Ansonsten lassen Sie uns über eine zweijährige oder über eine einjährige Ausbildung reden.

SV Dr. Dettlef Blumenberg (BAND): Herr Dr. Schily, erlauben Sie mir bitte, dass ich die Aussage zu dem Augenarzt zu Recht rücke. Niedergelassene Ärzte sind dann geeignet, wenn sie die Qualifikation als Notarzt haben. Früher haben viel Ärzte ihre Facharztausbildung in der Klinik gemacht – das wissen Sie natürlich – und sind dann in den nächsten drei

bis fünf Jahren, wenn sie engagiert gewesen sind, auf dem Stand der Notfallmedizin geblieben. Danach ist das dann meistens ein bisschen erloschen. Diejenigen, die aus der Ophthalmologie (Augenheilkunde) kommen, sehe ich dabei durchaus kritisch. Es gibt aber auch hier Ärzte, die die Notfallmedizin engagiert machen.

Zur zweiten Bemerkung. Es ist ganz klar, dass ich vorhin aus Zeitgründen nur den Mittelwert genannt habe. Die Standardabweichung ist mir natürlich auch bekannt. Die Frage ist nur, welches Sicherheitsniveau wir wollen. Und das ist letztlich eine gesundheitspolitische Frage; damit spiele ich den Ball wieder an Sie zurück. Das Problem wird dort auftreten, wo die Fahrzeiten länger werden, und das ist der ländliche Raum. Wir müssen entscheiden, ob wir ein p-90-Intervall oder ein p-95-Intervall haben wollen. In der BAST-Studie hat das p-95-Intervall für den Notarzt 27 Minuten und für den Rettungsdienst 19,6 Minuten betragen. Aus meiner Sicht sind beide Zeiten viel zu lang. Die Frage ist, was wir aus gesundheitspolitischer Perspektive unseren Bürgern, auch denen, die im ländlichen Raum wohnen, ermöglichen wollen und welche zusätzlichen Kosten wir für vertretbar halten. Deswegen wird von notärztlicher Seite auch immer wieder angemahnt, genau zu definieren, wann der Notarzt im Normalfall bei dem Patienten, auch im ländlichen Raum, sein soll.

Der zweite Punkt betrifft die Frage des Sicherheitsniveaus. Angesichts so genannter Paralleleinsätze und auch angesichts des denkbaren Falles, dass der Notarzt beim falschen Notfallpatienten eintrifft, muss von der Politik definiert werden, ob ein 90-er Intervall oder ein 95-er Intervall angestrebt wird. Erst dann kann man mit entsprechenden simultanen Rechnungen, so wie das das INR – Herr Lackner ist ja heute leider nicht da – für Bayern gemacht hat, ermitteln, wo noch eine Rettungswache oder ein Notarztstandort eingerichtet werden muss.

Nun zum dritten Teil Ihrer Frage, was ein Rettungsassistent tun soll, der zu einem Busunfall kommt. Aus notfallmedizinischer Sicht ist das ein Großschadensereignis, das, keine Frage, natürlich eine Sache des Rettungsdienstes ist, bei dem aber in den ersten 10, 15 Minuten keine individualmedizinische Versorgung statt findet, weil zunächst einmal die taktische Lage geklärt werden muss: Was ist eigentlich passiert, wie viele Verletzte habe ich, wie viele Einklemmte, wie viele Schwerverletzte? Das muss ich wissen, um die entsprechenden Kräfte nachfordern zu können. Das heißt, bis dahin

muss, wenn es ein vernünftig organisierter Rettungsdienst ist, der Notarzt vor Ort sein.

Abg. **Klaus Ernst** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an ver.di. Bisher ist es so, dass die Rettungsassistentenausbildung auf zwei Jahre beschränkt ist und in vielen Fällen privat bezahlt werden muss. Welche Vorstellungen haben Sie bezüglich der geregelten Ausbildung zum Rettungsassistenten? Welche Lernziele sollen in diesen drei Jahren erreicht werden? Welche Forderungen erhebt ver.di, abgesehen von der Erhöhung der Ausbildungszeit auf drei Jahre, in Bezug auf die Ausrichtung der zukünftigen Ausbildung?

SV **Gerd Dielmann** (ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Unsere Vorstellungen zu der Ausbildung decken sich weitgehend mit dem, was im Eckpunktepapier der Ständigen Konferenz niedergelegt ist. Wir sind dafür, dass auch für diese Ausbildung die Qualitätsstandards zu Grunde gelegt werden, die für die meisten Ausbildungsgänge nach dem Berufsbildungsgesetz gelten, d. h. wir wollen eine arbeitsrechtlich fundierte, betrieblich ausgestaltete Ausbildung mit berufsfachschulischen oder berufsschulischen Anteilen. Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und einen Umfang von etwa 4600 Stunden haben. Sie muss fachlich und zeitlich gegliedert sein, sie muss von berufspädagogisch qualifizierten Ausbildern vorgenommen werden, und es müssen bestimmte Anforderungen an die Schulen gestellt werden, die keine berufsbildenden Schulen sind. Wenn man bei dem System einer Heilberufsregelung bleiben will, dann müssen auch an die Rettungsdienstschulen diejenigen Qualitätsstandards angelegt werden, die für berufsbildende Schulen gelten. Wir haben da ja Vorbilder bei anderen Heilberufen (Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz), bei denen ebenfalls hohe Standards an die Schulen angelegt werden.

Hinsichtlich der Ausbildungsziele verweise ich auch auf das Eckpunktepapier. Die Ziele sind dort im Detail aufgeführt. Allerdings denke ich, dass die Frage der Notfallkompetenz auf Dauer nicht unregelt bleiben kann, sondern dass man dazu übergehen muss, diese in die regelmäßige Ausbildung aufzunehmen, damit der erste am Unfallort Eintreffende Rettungsassistent mit rechtlicher Absicherung das tun kann, was er tun muss. Hierzu bedarf es eines rechtlichen Rahmens, der das ermöglicht. Wir

haben ja gerade Beispiele für Notfallsituationen gehört, in denen der Notarzt gebunden ist. Da muss der Rettungssanitäter oder der Rettungsassistent in der Lage sein, kompetent die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Das muss er vorher lernen, und das muss auch rechtlich abgesichert sein, damit er nicht mit haftungsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen hat.

Der letzte Punkt bezieht sich auf die Entlohnung. Es versteht sich bei einer betrieblich und arbeitsrechtlich ausgestalteten Ausbildung von selbst, dass eine Ausbildungsvergütung zu zahlen ist. Dies wirft unter Umständen die Frage auf, wie diese Ausbildung zu finanzieren ist. Die Antwort lautet: Wie alle anderen betrieblichen Ausbildungen auch, nämlich über die Entgelte der jeweiligen Einrichtung, die ausbildet. Für den schulischen Teil der Ausbildung kann man sich auch vorstellen, dass ähnliche Modelle wie bei anderen Heilberufen angewandt werden, deren Ausbildungsstätte mit einem Krankenhaus verbunden ist. Da gibt es Lösungen, dies über die Krankenkassen zu finanzieren, über die Ausbildungsfonds, durch die auch nicht ausbildende Einrichtungen an den Ausbildungskosten beteiligt werden, so dass keine Wettbewerbsnachteile für die Rettungsdiensteinrichtung entstehen.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. **Hans Georg Faust** (CDU/CSU), übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Klaus Ernst** (DIE LINKE.): Eine weitere Frage richtet sich an ver.di. Sie sprechen sich dafür aus, dass die Rettungsassistenten im Rahmen der Novelle einen neuen Namen bekommen. Was ist aus Ihrer Sicht an der jetzigen Berufsbezeichnung auszusetzen?

SV **Gerd Dielmann** (ver.di): Die Berufsbezeichnung Assistent ist einem voll qualifizierten Fachberuf nicht angemessen. Es geht hier nicht mehr nur um Assistenz, sondern auch um die selbständige Ausübung von Tätigkeiten, auch wenn eine Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst hier dringend geboten ist. Wir möchten diese Fachkompetenz auch durch eine entsprechende Berufsbezeichnung zum Ausdruck gebracht wissen. Dabei würde sich die Bezeichnung „Rettungssanitäter“ anbieten. Diese ist im Volk eingeführt, allerdings hat sie den Nachteil, dass bisher nach Landesrecht

eine Ausbildung auf niedrigerem Niveau so bezeichnet wird. Das könnte man allerdings regeln. Es wären auch andere Berufsbezeichnungen denkbar, die die Fachkompetenz zum Ausdruck bringen, etwa „Fachangestellter im Rettungsdienst“ oder so ähnlich. Auf jeden Fall sollte die Berufsbezeichnung, wenn sie durch ein Heilberufsgesetz geschützt wird, auch die Fachkompetenz der Menschen zum Ausdruck bringen, die diesen Beruf ausüben.

Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich wieder an ver.di. Welche Aufstiegsmöglichkeiten hat heute ein Rettungsassistent? Gibt es Bundesländer, in denen ein leitender Rettungsassistent und/oder die Position eines nicht ärztlichen Einsatzleiters Rettungsdienst etabliert ist? Welche beruflichen Perspektiven sehen Sie für ältere Rettungsassistenten?

Sve Marion Leonhardt (ver.di): Da die heutige Ausbildung in Bezug auf die Ausbildungsstruktur, Ausbildungsorganisation und den Ausbildungsstandard nicht dem Berufsbildungsgesetz entspricht, ist auch das Problem der beruflichen Perspektive gegeben. Deshalb gibt es nicht die üblichen Möglichkeiten der beruflichen Weiterbildung oder auch des beruflichen Aufstiegs, die aufgrund einer dreijährigen Ausbildung nach BBiG-Standard gegeben wären. Das schlägt sich unter anderem darin nieder, dass wir eine sehr kurze Verweildauer in diesem Beruf haben und dass der Beruf des Rettungsassistenten auf Grund der fehlenden beruflichen Perspektive als Erstberuf für Auszubildende wenig attraktiv ist. Auch deswegen wäre es dringend erforderlich, endlich auch hier die Standards zu verankern, die das Berufsbildungsgesetz in dieser Frage bietet. Ganz gravierend in diesem Bereich ist das Problem der älteren Arbeitnehmer. Wir haben in der Bundesrepublik im Vergleich mit anderen europäischen – vor allem skandinavischen – Ländern das geringste Durchschnittsalter bei den Rettungsassistenten. Das rührt einfach daher, dass diese Kolleginnen und Kollegen ihren Beruf sehr oft nicht über das 50. Lebensjahr hinaus und schon gar nicht bis zum Rentenalter ausüben können. Hier fehlt es einfach an den notwendigen, sozialpolitisch abgesicherten Umschulungsmöglichkeiten oder auch an der Möglichkeit, in andere Berufe umzusteigen. Bislang ist das eine Einbahnstraße. Während andere fachverwandte Berufe wie die

Krankenpflege sich Ausbildungsanteile bei der Ausbildung zum Rettungsassistenten anrechnen lassen können und dort auch noch eine weitere Perspektive haben, besteht für Rettungsassistenten eben nicht die Möglichkeit, in fachverwandte Berufe umzusteigen. Die wenigen Möglichkeiten einer beruflichen Weiterentwicklung, die es bislang gibt – ich nenne da den Lehrrettungsassistenten oder den Leiter einer Rettungswache – stellen erstens für die Mehrzahl der Beschäftigten keine echte Alternative dar und sind zweitens von der Qualifikation her nicht so abgesichert und so standardisiert, dass sich daraus eine echte berufliche Perspektive ergeben würde.

Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.): Welche Vorstellungen hat ver.di bezüglich der Finanzierung einer Ausbildungsvergütung für angehende Rettungsassistenten?

SV Gerd Dielmann (ver.di): Ich hatte das vorhin schon einmal angedeutet. Die Finanzierung sollte über die Entgelte der Einrichtungen erfolgen, so wie das bei allen anderen Ausbildungsberufen auch der Fall ist. In diesem Falle sind dann natürlich indirekt auch die Krankenkassen gefragt. Daran führt kein Weg vorbei. Wenn man eine qualitativ hochwertige Ausbildung haben will, verursacht die auch Kosten. In Bezug auf die schulische Ausbildung hängt die Kostenfrage davon ab, wie die Ausbildung organisiert ist. Wenn sie in öffentlichen Schulen stattfindet, trägt die Öffentlichkeit die Ausbildungskosten, wie auch in allen anderen Berufen. Wenn sie in privaten Schulen stattfindet oder wenn es sich um Schulen in Einrichtungen handelt, wird das dann unter Umständen anders organisiert. Dafür gibt es Vorbilder bei anderen Schulen des Gesundheitswesens.

Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Malteser Hilfsdienst und die Johanniter-Unfall-Hilfe. In Ihrer Stellungnahme schreiben Sie, dass die Ausbildungsvergütung attraktiv gestaltet werden sollte. Wie werden die Auszubildenden heute finanziert und wie sieht aus Ihrer Sicht eine attraktive Vergütung aus?

SV Dr. Klaus Runggaldier (Malteser Hilfsdienst e.V.): Die Attraktivität eines Berufes resultiert aus der beruflichen Tätigkeit, d. h. sie

hängt davon ab, ob der Beruf Spaß macht. Das ist im Rettungsdienst sicherlich per se gegeben, weil das wirklich ein unglaublich schöner, wichtiger, lebensrettender Beruf ist. Diese Attraktivität ist gegeben. Aber die sonstigen Rahmenbedingungen dieses Berufes sind nicht attraktiv. Wie die Kollegen von ver.di vorhin schon ausgeführt haben, ist dieser Beruf ein anachronistischer Sonderfall der Berufsbildung. Es gibt keine Ausbildungsvergütung, keinen systematischen beruflichen Aufstieg und keine berufliche Mobilität, etwa in andere Berufe, mit einem Wort: Es ist ein Sackgassenberuf. Einmal Rettungsassistent, immer Rettungsassistent. Eine ganz wesentliche Maßnahme, um diesen Beruf attraktiver zu machen, wäre es, ihn inhaltlich so zu gestalten, dass er rechtssicher ist. Zudem müsste er vor allem auch berufsbildungspolitisch so ausgestaltet werden, dass er dem Standard der deutschen Berufsbildung, die europaweit immer noch einzigartig ist, entspricht, d. h. es müsste eine Berufsausbildung analog zur Struktur des Berufsbildungsgesetzes oder zu vergleichbaren anderen Gesundheitsfachberufen etabliert werden.

SV Matthias L. Strate (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.): Den Ausführungen von Dr. Rungaldier ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Für uns ist wichtig, dass der Ausbildungsmarkt in den nächsten Jahren enger werden wird. Wenn wir das derzeitige Modell beibehalten, werden wir erhebliche Schwierigkeiten bekommen, adäquate Auszubildende zu gewinnen, weil diese allein schon aus finanziellen Gründen in andere Berufe wechseln werden. Da sehen wir eine große Gefahr.

Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Berufsverband Rettungsdienst. Sie haben vorhin gesagt, dass ein mittlerer Schulabschluss als Voraussetzung ausreichen würde. Dieser Abschluss wird im Regelfall im Alter von 16 oder 17 Jahren erreicht. Wenn nun das Mindestalter für die Ausbildung 18 Jahre betragen soll, was macht der Jugendliche dann in der Zwischenzeit?

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Der mittlere Bildungsabschluss ist deswegen notwendig, weil für den Beruf bestimmte intellektuelle Voraussetzungen und Leistungen erfüllt sein müssen. Man braucht nur die Pisa-Studie an-

schauen, dann sieht man, wie diese Kompetenzen in der Regel auf die Absolventen der einzelnen Schularten verteilt sind.

Ihre Frage ist berechtigt. In der Regel beendet man die Realschule mit 17 Jahren. Es gibt viele Bewerber, die den Realschulabschluss vorweisen können und die im Bereich der Sicherheitsberufe arbeiten möchten. Um die Zeit bis zum 18. Lebensjahr zu überbrücken, könnte man ein Grundbildungsjahr einführen, das aber nicht unmittelbar mit der Ausbildung zu tun hat, sondern in dem die Jugendlichen sich noch orientieren können, ob sie zur Polizei, zur Feuerwehr, zum Rettungsdienst oder vielleicht in den privaten Sicherheitsbereich gehen wollen. Das ist praktisch ein Orientierungsjahr, nach dem der Jugendliche dann 18 Jahre alt wäre. Das sind meine Vorstellungen.

Abg. Klaus Ernst (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Berufsverband für den Rettungsdienst. Könnten Sie sich vorstellen, dass bei einer solchen Perspektive die Attraktivität des Berufes eher leidet? Man könnte sagen, dass er in einem Wachdienst ebenso wenig verdient wie als Rettungsassistent. Wäre es dann nicht sinnvoller zu überlegen, ob man vielleicht schon früher mit der Ausbildung beginnen kann?

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Ich denke nicht, dass die Attraktivität des Berufes darunter leidet, denn wenn die Ausbildung gut ist, dann kann der Rettungsassistent im Berufsleben etwas leisten, und er ist dann mit seinem Beruf ein Leben lang zufrieden.

Im Prinzip haben wir bei einem Alter von 17 Jahren das Problem der Vereinbarkeit mit dem Jugendarbeitsschutz, zumindest wenn die Ausbildung verzahnt sein soll, wenn Theorie und Praxis, Schule und Einsatzdienst im Rettungsdienst sich abwechseln. Dies gilt gar nicht mal für die deutsche, sondern für die europäische Ebene. Da gibt es Vorgaben, an die sich der deutsche Gesetzgeber halten muss.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte noch einmal auf das zurückkommen, was, glaube ich, in den ersten Antworten eine Rolle gespielt hat. Ich erinnere an die Fragen von Herrn Spahn und von Herrn Dr. Schily. Es geht um die Frage der Kompetenzen und der Kompetenzabgrenzungen. Meine erste Frage richtet sich an die Bundesverei-

nigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte, an die beiden Berufsverbände, Deutscher Berufsverband Rettungsdienst und Berufsverband Rettungsdienste e. V., sowie an die Bundesärztekammer. Wie sollten aus Ihrer Sicht die Kompetenzen und Aufgaben des Notarztes von denen des Rettungsassistenten abgegrenzt werden? Und speziell auch noch einmal zu Herrn Dr. Blumenberg: Ich hatte ein wenig den Eindruck, Sie bezweifeln, dass eine Erhöhung der Ausbildungszeit sinnvoll und notwendig ist. Diese Frage möchte ich mit beantwortet wissen.

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Ich nehme den zweiten Teil ihrer Frage vorweg, weil der einfacher zu beantworten ist. Wir stehen zu dem Eckpunktepapier, gar keine Frage. Wir gehen von ca. 4.600 Stunden aus, davon, glaube ich, 1.200 Stunden Theorie, es können auch 800 oder 1.400 sein, zumindest in dieser Größenordnung, sowie ca. 800 Stunden Klinikpraktikum. Dies alles wird modular und nicht in Blöcken gestaltet, d. h. immer gemischt plus die entsprechende Praxis. Da sind wir, glaube ich, kongruent. Die Gesamtzeit soll 4.600, 4.800 Stunden betragen, das entspricht 3 Jahren insgesamt, wobei Theorie, Klinikpraktikum plus praktische Tätigkeit auf der Rettungswache im Einsatz enthalten sein sollen. Nun zur Abgrenzung, was der Notarzt und was der Rettungsassistent machen soll. Auch der Notarzt muss bestimmte Qualifikationsmerkmale erfüllen, und zwar jeder Notarzt, ganz gleich, ob er in der Stadt, in Berlin, oder im Emsland eingesetzt wird. Und wenn die Qualifikation vorhanden ist, darf er selbstverständlich alles für die Versorgung des einzelnen Patienten Notwendige tun. Das ist der leichtere Teil Ihrer Frage. Hinsichtlich des zweiten Teils der Frage gehen wir zunächst von der Voraussetzung aus, dass der Rettungsassistent die dreijährige Ausbildung gemacht hat, dass er dann in einem Rettungsdienstbereich tätig wird, der über einen ärztlichen Leiter Rettungsdienst verfügt, der ein entsprechendes Qualitätsmanagement praktiziert und wirklich sieht, wie die Einsätze ablaufen. Grundlage für eine Beurteilung sind dabei so genannte Tracerdiagnosen, aus denen man ersehen kann, ob ein Rettungsdienst die Zeiten einhält, ob die ärztliche Versorgung gut ist, ob die Versorgung durch den Rettungsdienst insgesamt gut ist, auch im Hinblick auf konkrete Situationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Reanimation oder Trauma. Und man kann sicher Tracerdi-

agnosen auch für Rettungsassistenten verwenden. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass knapp 50 Prozent der Notfalleinsätze ohne Notärzte gefahren werden. Auch hier kann man Tracerdiagnosen machen und dann anhand der Auswertung der Einsatzprotokolle feststellen, in wie viel Prozent der Fälle tatsächlich die notwendigen Maßnahmen getroffen worden sind und wer sie durchgeführt hat. Wer gut war, bekommt ein Lob, und wer nicht so gut war, bekommt eine Nachschulung und bekommt gesagt: Du darfst das in Zukunft so nicht machen. Unter diesen Umständen kann ich mir vorstellen, dass bei entsprechenden Krankheitsbildern bestimmte Maßnahmen machbar sind, nämlich die Vitaldiagnostik, die Notfallanamnese sowie Basismaßnahmen der Versorgung. Ich glaube, dass die entscheidenden Maßnahmen, über die gesprochen worden ist, Maßnahmen im Rahmen der so genannten Notkompetenz, dann durchgeführt werden können, wenn es notwendig ist und der Notarzt tatsächlich nicht verfügbar ist und wenn der ärztliche Leiter Rettungsdienst dem einzelnen Rettungsassistenten die Erlaubnis erteilt hat, in Zukunft diese Maßnahmen durchzuführen. Wir sind nicht dagegen, dass einzelne Maßnahmen von einem Rettungsassistenten durchgeführt werden, sofern die Qualifikation nachgewiesen worden ist. Wir sind jedoch dagegen, dass mit dem erfolgreichen Abschluss der dreijährigen Ausbildung automatisch jeder Rettungsassistent dies darf, weil wir wissen, dass dies bei einzelnen Notfallpatienten zu Problemen führen kann. Die Antwort lautet ganz klar, dass die Verantwortung an den ärztlichen Leiter Rettungsdienst delegiert werden sollte, der seine Rettungsassistenten kennt und gegebenenfalls entscheiden kann, wer eine Nachschulung machen muss.

SV Marco K. König (DBRD): Ich denke, wir können hier einen Grundstein legen, indem wir in diesem Ausbildungsgesetz die Ausbildungsinhalte vorgeben. Der ärztliche Leiter Rettungsdienst ist dann nämlich gezwungen, dies auch zu überprüfen und immer wieder abzufragen. Denn zurzeit ist es ja leider umgekehrt. Es gibt zwar Empfehlungen, die man auch umsetzen kann, aber eben nicht muss. Wir empfehlen eine eigenständige Versorgung bei bestimmten Erkrankungs- bzw. Verletzungsbildern bis zu einem bestimmten Punkt. Wenn aber akute Lebensgefahr besteht – und das ist das Entscheidende –, dann muss ein Rettungsassistent mit der neuen Ausbildung entspre-

chend den aktuellen Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften auch handeln können. Und das geht nur, wenn in dieser dreijährigen Ausbildung auch ein entsprechendes Grundgerüst aufgebaut wurde. Denn derzeit ist es leider so, dass ein ärztlicher Leiter Rettungsdienst, wenn es denn überhaupt einen gibt, dies tun kann, es aber dann, wenn er meint, er habe jetzt andere Sachen zu tun, auch unterlassen kann. Jeder Leiter nimmt das unterschiedlich ernst. Aber wenn es heißt, im Ausbildungsgesetz wird das verlangt, dann muss er letztlich reagieren, dann kann man das forcieren. Nach unserer Auffassung müssen wir auch wegkommen von dem Begriff Notkompetenz. Der neue Rettungsassistent muss kompetent sein, nicht notkompetent. Wenn wir das nicht wollen, dann stellt sich die Frage, warum wir überhaupt eine dreijährige Ausbildung wollen.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Um es noch einmal klipp und klar zu sagen: Was wir nicht fordern, ist, dass der neue Rettungsassistent in eigener Verantwortung Diagnostik und Therapie betreibt. Was wir auch nicht wollen, ist, dass er auf Grund des neuen Gesetzes praktisch ein Leben lang dazu berechtigt sein soll, bestimmte Maßnahmen durchzuführen. Was wir hingegen wollen, ist, dass die notwendigen Maßnahmen, aber auch erweiterte lebensretende Maßnahmen, beispielsweise das Anlegen einer Infusion oder die Gabe eines bestimmten Medikaments, unter Supervision des ärztlichen Leiters oder eines sonstigen leitenden Arztes durchgeführt werden können, sofern es erforderlich ist. Ich könnte noch Ausführungen über weitere Maßnahmen machen, die auch in der Literatur diskutiert werden, nämlich darüber, was unseres Erachtens darüber hinaus notwendig wäre, und zwar unabhängig davon, wann der Notarzt eintrifft, ob das nach 10, 20 oder 30 Minuten der Fall ist – auch diese Fälle gibt es. Zur Verdeutlichung dessen, was wir fordern, ein Beispiel: Stellen wir uns einen Verkehrsunfall, einen Motorrollerfahrer mit gebrochenem Oberschenkel und starken Schmerzen vor. Der Rettungsassistent soll außer oder nach den Basismaßnahmen eine Infusion anlegen und ein potentes Analgetikum geben. Das ist beispielsweise, um es auf den Punkt zu bringen, so ein wesentlicher Inhalt unserer Forderungen. Und der Rettungsassistent muss dies tun können, ohne abwägen zu müssen, ob es möglich ist, die Maßnahme noch 10 Minuten oder 15 Minuten aufzuschieben. Wenn er vor Ort ist und die Maßnahme notwendig ist,

dann soll er sie auch durchführen können, müssen und dürfen.

Sve Ulrike Pantzer (BÄK): Auch wir können uns den Vorrednern im Wesentlichen anschließen. Sicherlich haben die Notärzte eine eigene Kompetenz, was Diagnose und Therapie angeht. Aber natürlich wollen auch wir, dass die Rettungsassistenten höher qualifiziert werden, als sie es bisher sind. Und sie sollen auch nicht in Unsicherheit leben im Hinblick auf die Maßnahmen, die sie durchführen. Da sind wir völlig im Konsens. Wir gehen aber davon aus, dass die Maßnahmen und Fertigkeiten, die in der Ausbildung vermittelt werden, bei der Ausübung unter einer ärztlichen Qualitätssicherung stattfinden müssen. Und hier ist der Knackpunkt. Die Maßnahmen dürfen nicht generell, an jedem Ort und zu jeder Zeit durchgeführt werden, sondern es muss eine ärztliche Qualitätssicherung stattfinden, die sich immer wieder nach den tatsächlichen Verhältnissen vor Ort richtet. Insofern sind wir der Meinung, dass die Rettungsassistenten zwar Kompetenzen brauchen, dass aber eine Abgrenzung zu den ärztlichen Kompetenzen gegeben sein muss, und zwar im Hinblick auf Diagnose und Therapie.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage nach der Einstiegsqualifikation ist beantwortet worden. Denn es soll wohl mindestens die mittlere Reife sein. Ich möchte jetzt noch eine Frage an den Deutschen Städtetag und auch wieder an die Berufsverbände der Rettungsassistenten und den Verband der Notärzte richten. Der Deutsche Städtetag schlägt ja vor, die Ausbildung der Rettungsassistenten nach einer Art Stufenkonzept durchzuführen. Ich habe den Eindruck, damit wollen Sie gleichzeitig die Möglichkeit eröffnen, dass die jetzigen Rettungssanitäter sich weiter qualifizieren können. Daran schließt sich für mich die Frage an, ob das im Kern darauf hinaus läuft, dass es in Zukunft eventuell zwei Arten von Rettungsassistenten mit unterschiedlichen Fachkompetenzen gibt. Dies würde dann ja auch die Frage der Weiterqualifikation oder der Berufsaufstiegschancen mit betreffen. Ist das so gemeint, dass es einerseits einen Rettungsassistenten mit einer besseren Ausbildung gibt, der die dreijährige Ausbildung absolviert hat und später dann noch eine Weiterqualifizierung macht, und andererseits

einen Rettungsassistenten, der nur über eine Basiskompetenz verfügt?

SV Prof. Dr. Alexander Lechleuthner (Deutscher Städtetag): Die Zweistufigkeit ist zurzeit schon Realität, bedingt durch die historische Entwicklung. Soweit ich das überblicke, gibt es derzeit kein Bundesland, das davon abgehen und nur noch Rettungsassistenten haben möchte, sondern man will diese Zweistufigkeit – einen Rettungsassistenten und einen Rettungssanitäter auf dem Rettungswagen – beibehalten. Entscheidend ist dabei Folgendes: Sobald der Auszubildende die Rettungssanitäterqualifikation hat, kann er nach dem jeweiligen Landesrecht auch mitverantwortlich, zumindest als zweiter Mann, auf dem Rettungswagen und auch als Fahrzeugführer auf dem Krankentransportwagen eingesetzt werden. Das heißt, wenn man diese Stufigkeit beibehält, eröffnet man auch Ehrenamtlichen nach wie vor die Möglichkeit, eine 540-Stunden-Ausbildung zu machen und sich zum Rettungsassistenten weiter zu qualifizieren. Deswegen ist dieses Stufenkonzept eigentlich eine sehr sinnvolle Sache.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Das Stufenkonzept hat Vorteile, die Prof. Lechleuthner gerade beschrieben hat, es hat allerdings auch Nachteile. In der Praxis zeigt sich, dass die Durchführenden des Rettungsdienstes die Auszubildenden sehr oft als billige Arbeitskräfte einsetzen. Der Rettungsassistenten-Azubi wird dann – um es mal salopp zu formulieren – morgens plötzlich vom Rettungswagen runtergenommen, weil auf dem Krankentransportwagen der Fahrer fehlt, und am nächsten Tag passiert das gleiche wieder. Ich kenne Rettungsassistenten, die in ihrem Rettungswagenpraktikum zu 90 Prozent als Rettungssanitäter in Krankentransportwagen tätig waren. Das ist der Nachteil, zu dem das führen kann.

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Die Zweistufigkeit ist, wie von Prof. Lechleuthner vom Städtetag ausgeführt, sinnvoll. Wir brauchen Rettungssanitäter und Rettungsassistenten. Wobei für die neuen Rettungsassistenten, die künftig eine dreijährige Ausbildung haben werden, auf jeden Fall die Durchlässigkeit zum Beispiel zur Klinikfähigkeit gegeben sein muss, damit sie als Krankenpfleger bzw. Krankenschwester weiter arbeiten können. Umgekehrt

ist es auch außerordentlich sinnvoll, wenn eine Krankenschwester bzw. ein Krankenpfleger mit entsprechendem Zusatzmodul auch im Rettungsdienst eingesetzt werden kann. Wir brauchen weiterhin die Rettungssanitäter auf 520-Stunden-Basis für das ehrenamtliche Engagement. Denken Sie bitte an die SEGs (Schnelleinsatzgruppen) oder an den Katastrophenschutz. Hier sind die Rettungssanitäter unverzichtbar. Wenn wir allerdings einen Rettungsassistenten mit dreijähriger Ausbildung haben, dann brauchen wir den in der Notfallrettung ganz sicher nicht als Fahrer, während sich vielleicht der Rettungssanitäter hinten beim Notfallpatienten aufhält. Vielmehr müsste endlich auf der Ebene der einzelnen Bundesländer klar geregelt werden, dass während des Transportes, wenn kein Notarzt dabei ist, der qualifizierte Rettungsassistent mit dreijähriger Ausbildung beim Notfallpatienten bleibt. Der Notfallpatient braucht den qualifizierten Mann, nicht das Fahrzeug.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe Fragen an die Bundesärztekammer, an den Berufsverband Rettungsdienst und an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Sefrin. Im Antrag der FDP wird die Anerkennung des Rettungsassistenten als Heilberuf gefordert. Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage dürfen nur Ärzte, Zahnärzte und in begrenztem Maße Heilpraktiker die Heilkunde ausüben. Wie stehen Sie zu der Forderung der FDP? Im Antrag der FDP wird des Weiteren konstatiert, dass das Berufsbild des Rettungsassistenten bislang nur schlecht definiert sei. Wo sehen Sie hier Präzisierungsbedarf?

SV Dr. Gerhard Nösser (BÄK): Wir sehen insofern keinen Präzisierungsbedarf an dieser Stelle, als der Rettungsassistent bereits zur Gruppe der Fachberufe im Gesundheitswesen gerechnet wird und damit schon zum Kreis der Heilberufe gehört.

SV Marco K. König (DBRD): Wir werden sehen müssen, wie die Situation rechtlich geregelt wird. Es ist notwendig, dass wir ganz klare Strukturen bekommen und dass man im Ausbildungsgesetz lesen kann, was man darf. Es darf nicht sein, wie es jetzt ist, dass dort irgendein Konstrukt gewählt wird. Habe ich Ihre zweite Frage, Dr. Koschorrek, richtig verstanden, ob das Berufsbild schlecht

definiert ist? Zum Berufsbild ist zu sagen, dass das Ausbildungsziel, das im Rettungsassistentengesetz genannt wird, ja sehr viel hergibt. Die Frage ist nur, was vor Ort daraus gemacht wird. Und da kommen wir nach der Ausbildung wieder auf die Frage zurück, was der Verantwortliche, der Träger Rettungsdienst oder – runtergebrochen – der ärztliche Leiter Rettungsdienst daraus macht. Da gibt es ganz unterschiedliche Regelungen, bzw. es gibt gar keinen verantwortlichen ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Zurzeit ist das eben ein Länderproblem, ein Kreisproblem, ein Problem der kreisfreien Städte, je nach dem, wer der Träger Rettungsdienst ist bzw. ob der ärztliche Leiter Rettungsdienst auch in einem Rettungsdienstgesetz festgeschrieben ist. Die neuen Bundesländer sind uns da weit voraus, weil das dort aus den Strukturen heraus gewachsen ist. Ich denke daher, das Berufsbild ist grundsätzlich schlecht definiert, aber das Ausbildungsziel ist bis jetzt wesentlich offener formuliert, als es vielleicht in einigen Stellungnahmen zu lesen ist.

SV Prof. Dr. Peter Sefrin: Bei der künftigen Gestaltung des Rettungsassistentengesetzes geht es nicht darum, dass der Rettungsassistent die Heilkunde ausüben soll, sondern darum, die Grundlage für die Qualifizierung zu einem Gesundheitsfachberuf zu schaffen. Der Gesundheitsfachberuf ist dann in Analogie zu anderen Berufen sehen. Nehmen wir beispielsweise die Ausbildung zur Krankenschwester oder zum Krankenpfleger, hier geht es ja auch nicht um die Ausübung der Heilkunde. Einen Präziserungsbedarf sehe ich auf Grund dessen, was vorgelegt wurde, derzeit nicht. Denn in dem Eckpunktepapier sind ja die Ausbildungsziele klar definiert. Und wenn diese zu Grunde gelegt werden, dürften die entsprechenden Rahmenbedingungen für die Gestaltung eines solchen Gesetzes vorgegeben sein.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte und an den Berufsverband für den Rettungsdienst. Wie stehen Sie zu der Aussage des FDP-Antrages, dass die Ausbildungsinhalte durch eine Vielzahl von Einschränkungen und Verboten die Auszubildenden verunsichern? Wie sollten Übergangsregelungen für nach dem alten Gesetz ausgebildete Rettungsassis-

tenen ausgestaltet sein, wenn eine mögliche Novellierung des Rettungsassistentengesetzes eine Erweiterung der Ausbildung und der Kompetenzen mit sich bringen würde?

SV Dr. Detlef Blumenberg (BAND): Ich glaube, dass das gar nicht so schwierig ist, denn die Inhalte sind definiert. Nur stammt das Gesetz aus dem Jahre 1989, und seitdem hat sich die Notfallmedizin dramatisch verändert. Das heißt, wir müssen die Inhalte der gegenwärtigen Notfallsituation anpassen. Dabei geht es um ein entsprechendes Curriculum. Dazu haben wir unsere Mitarbeit angeboten. Die Notfallmedizin ist heute anders, und demzufolge sind auch die Schwerpunkte heute anders, denn in den achtziger Jahren, das wissen Sie genau, hatte die Traumatologie, wegen des prozentual höheren Anteils der Verkehrsunfälle, noch einen wesentlich größeren Anteil. Demzufolge sind diese Punkte in dem Gesetz noch stärker gewichtet, als es zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Fall wäre. Wir haben eine starke Verschiebung hin zu internistisch-neurologischen oder auch geriatrischen Notfallsituationen zu verzeichnen. Und dem muss Rechnung getragen werden. So viel zur ersten Frage.

Auch zur zweiten Frage müssen wir sagen, dass wir erst die Ziele definieren müssen, um zu wissen, wen wir sozusagen mitnehmen können. Zudem spielt die Frage eine Rolle, ist ob es sich um einen Rettungsassistenten mit zweijähriger vollständiger Ausbildung handelt, der ins dritte Jahr übergeleitet werden soll, oder ob ein übergeleiteter Rettungssanitäter gemeint ist, also ein Rettungssanitäter, der jetzt zum neuen Rettungsassistenten übergeleitet wird. Das heißt, da kommen Detailfragen auf, die wir grundsätzlich gerne beantworten können; aber ich glaube, das geht jetzt noch zu weit. Das heißt, wir müssen vom Einzelfall ausgehen. Worauf ich aber auf jeden Fall hinweisen möchte – und das hatten wir auch so geschrieben –, ist, dass die Überleitung nicht, wie es jetzt gemäß der Übergangsregelung in § 13 des alten Gesetzes aussieht, „automatisch“ erfolgen sollte. Vielmehr müsste unserer Vorstellung nach bei der Überleitung auch eine entsprechende Prüfung erfolgen, weil der Sprung von zwei Jahren oder sogar nur 520 Stunden Fortbildung auf drei Jahre Ausbildung doch gewaltig ist. Das heißt, dass man hier eine vernünftige inhaltliche Zusatzausbildung im Sinne eines Moduls anbieten und die entsprechenden Inhalte auch prüfen sollte, weil diese,

etwa psychosoziale Notfälle, 1989 noch gar nicht berücksichtigt worden sind.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Zur ersten Frage: De facto gibt es eine erhebliche Rechtsunsicherheit darüber, was der Rettungsassistent darf und was nicht. Diese Unsicherheit wirkt sich leider auch auf die Ausbildung aus. Sie entspringt vielleicht weniger dem Recht selbst, sondern wurde vielmehr in der Literatur herbeigeredet, aber jetzt haben wir sie. Nachdem 20 Jahre lang „Gehirnwäsche“ betrieben worden ist, weiß nun keiner mehr so recht, was zulässig ist und was nicht. Deswegen muss man bestimmte Rechtsvorschriften, u. a. die Ausbildungszielvorschriften im Rettungsassistentengesetz, einfach neu fassen.

Bezüglich der zweiten Frage schließe ich mich den Ausführungen von Dr. Blumenberg an.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Ständige Konferenz für den Rettungsdienst. Welche Möglichkeiten sehen Sie zur Überprüfung der Fähigkeiten und Erfahrungen der Rettungsassistenten, um die von der Bundesärztekammer definierte Notkompetenz erfüllen zu können? Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Einführung eines ärztlichen Leiters bzw. das modulare Fortbildungssystem in Österreich?

SV Prof. Dr. Karl-Heinz Altemeyer (Ständige Konferenz für den Rettungsdienst): Wir waren uns mit den anderen an dem Eckpunktepapier Beteiligten in den Vorgesprächen darin einig, dass der Begriff der Notkompetenz wegfällt und durch den Begriff der Regelkompetenz ersetzt werden soll. Das sind Tätigkeiten, die definiert werden können. Damit liegt fest, was diagnostisch und therapeutisch gemacht werden kann, und das sollte dann auch gelehrt werden. Es gibt da aber keine automatische Zuordnung, sondern das, was gelehrt worden ist, muss unter medizinischer Aufsicht überprüft und im Einzelfall dann dem Rettungsassistenten neuer Prägung zugeordnet werden. Das bedeutet: keine Generaldelegation, sondern eine Einzeldelegation. Und das setzt wiederum den ärztlichen Leiter Rettungsdienst und den ärztlichen Leiter des jeweiligen Notarztstandortes voraus, die dann gemeinsam im Einzelfall entscheiden, ob diese Tätigkeiten durchgeführt werden können, wenn der Fall eintritt. Und diese Fähigkeiten sollen auch von

Zeit zu Zeit – wir hatten zwei Jahre im Auge – überprüft und dann wieder neu testiert werden. Also noch einmal: keine Generaldelegation, sondern eine zeitlich begrenzte Einzeldelegation. Das sind die wesentlichen Punkte, über die auch Einigkeit herrscht. Der Begriff Notkompetenz sollte zu Gunsten einer geregelten, dann gelehrten Tätigkeit, die im Einzelfall überprüft wird, wegfallen. Und diese Tätigkeit sollte im Einzelfall zeitlich begrenzt vom ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Verbindung mit dem Leiter des Notarztstandortes delegiert werden.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Unternehmensverband privater Rettungsdienste, an die Malteser, an das DRK, die Johanniter und ver.di. Trifft die Annahme der FDP, dass während des praktischen Teils der Ausbildung der Rettungsassistentinnen und -assistenten meist keine Ausbildungsvergütung gezahlt wird, auf Ihre Organisation zu? Und wenn ja, warum wird keine Ausbildungsvergütung gezahlt, obwohl nach neuester Rechtssprechung – hier beziehe ich mich auf ein Urteil des LAG Sachsen vom 30. September 2005 – diesem Personenkreis ein einklagbarer Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung zusteht.

SV Sven Jarmuth (BKS – Unternehmensverband privater Rettungsdienste e.V.): Nach unserem Kenntnisstand gibt es bei unseren Unternehmen, die Ausbildung betreiben, immer eine Vergütung, wenn auch in sehr unterschiedlicher Höhe. Das Problem, das wir nach wie vor haben, resultiert aus dem Rettungsassistentengesetz von 1989. Dort werden die gleichen Ziele genannt, über die wir heute hier diskutieren, aber die Finanzierung ist in dem Gesetz nicht eindeutig geregelt. Wenn wir jetzt über ein neues Gesetz sprechen und den Punkt der Finanzierung wiederum nicht eindeutig regeln, dann tritt möglicherweise das gleiche Problem erneut auf.

SV Dr. Klaus Runggaldier (Malteser Hilfsdienst e.V.): Ich kann den Ausführungen des Kollegen Jarmuth nur zustimmen. In der Struktur des Gesetzes ist definitiv keine klare Regelung zur Finanzierung vorgesehen. Die Praxis zeigte in der Vergangenheit, dass systematisch keine Ausbildungsvergütung gezahlt worden ist. Es wird schon seit vielen Jahren über eine Novellierung nachgedacht, diese ist aber nicht

erfolgt. Deswegen haben wir als Malteser Hilfsdienst aus der Not eine Tugend gemacht. Bei uns bekommt jeder Auszubildende eine entsprechende Ausbildungsvergütung; nicht, weil das Gesetz oder die Aufsichtsbehörden dies vorsehen, sondern weil wir der Meinung sind, dass wir den Auszubildenden und den zukünftigen Berufsausübenden gegenüber dazu verpflichtet sind.

SV Dr. Johannes Richert (DRK): Wir haben in unserem DRK-Tarif auch die Vergütung von Praktikanten im Anerkennungsjahr aufgeführt. Es gibt aber, da stimme ich mit allen anderen hier überein, kein geregeltes System der Vergütung für einen auszubildenden Rettungsassistenten.

SV Matthias L. Strate (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.): Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist angebunden an das Tarifwerk des Diakonischen Werkes von Deutschland. Darin gibt es einen Passus, demzufolge Anerkennungspraktikanten im Rettungsdienst eine Ausbildungsvergütung erhalten. Dies beinhaltet eine tarifrechtliche Festlegung, von der wir auch nicht abweichen.

SVe Marion Leonhardt (ver.di): Ich kann mich größtenteils den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Auch wir stellen in unserem Betreuungsbereich fest, dass der überwiegende Teil derjenigen, die den Beruf des Rettungsassistenten ergreifen und das praktische Jahr machen, keine Vergütung bekommen. Das ist eben auch der Struktur der Ausbildung geschuldet. Wäre sie von vorne herein analog dem Berufsbildungsgesetz konzipiert worden, wäre klar gewesen, dass eine Ausbildungsvergütung zu zahlen ist. Darauf hat auch das angesprochene Urteil rekuriert, wonach hier in Analogie zum § 10 BBiG die Ausbildung angemessen zu vergüten ist. Aus unserer Sicht sollte die Novellierung dies aufgreifen und eine entsprechende Klarstellung vornehmen.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage richtet sich an die Berufsverbände und an die Hilfsorganisationen. Welche Rolle spielen in der bisherigen Ausbildung Kenntnisse über Psychologie und Stressbewältigung? Sollten diese Fragen in der zukünftigen Ausbil-

dung von Rettungsassistenten eine größere Rolle spielen?

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Unseres Erachtens sollten die genannten Bereiche, z. B. Psychologie und Soziologie, aber auch Rechtskunde, in der Ausbildung eine viel größere Rolle als bisher spielen.

SV Marco K. König (DBRD): Bis jetzt sind die einzelnen Inhalte ja nicht im Ausbildungsgesetz, sondern in einem Curriculum festgehalten, auf das man sich vor langer Zeit einmal geeinigt hat. Wie Dr. Blumenberg vorhin auch schon sagte, hat sich da natürlich viel verändert. Man hat nicht nur bei Großschadensfällen, sondern auch bei Einzelfällen erlebt, dass viele Rettungsassistenten an ihr Limit geraten oder unter einem Burnout-Syndrom leiden. Dem muss man natürlich Rechnung tragen. Wenn wir eine dreijährige Ausbildung bekommen, sollten die erwähnten Ausbildungsinhalte auf jeden Fall ein Bestandteil sein. Das ist ein sehr wichtiger Einwand, den man berücksichtigen muss.

SV Daniel Gelbke (Arbeiter-Samariter-Bund e.V. (ASB)): Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen. Stressbewältigung wird zwar, genauso wie Psychologie, gelehrt, aber nur in ganz kleinem Rahmen. Diese Inhalte sind auch in einem Curriculum verankert. Auf Grund der sich ändernden Lage und der veränderten Einsatzbilder sollten sie aber in einem noch deutlich größeren Umfang Eingang in die Ausbildung finden. Wenn man bedenkt, dass die Rettungsassistenten viel früher als Angehörige anderer Berufsgruppen aus dem Berufsleben ausscheiden, dann kann man davon ausgehen, dass dies durchaus etwas mit Stress zu tun hat. Insofern sehen wir hier Handlungsbedarf.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an die Berufsverbände, an die Arbeitsgemeinschaft der Rettungsassistentenschulen und an die Hilfsorganisationen. In dem Antrag der FDP, der ja dieser Anhörung zugrunde liegt, ist auch die Rede vom Thema Weiterbildung. Mich würde interessieren, inwieweit Sie hier einen Handlungs- bzw. Entwicklungsbedarf sehen, welche verpflichtenden Elemente oder welche Rhythmen Sie gegebenenfalls vorschlagen würden oder ob Sie

die Weiterbildung, wie sie bisher gehandhabt wird, für ausreichend halten.

SV Dr. Gerhard Nadler (BVRD): Gegenwärtig hat der Rettungsassistent 30 Stunden Fortbildung pro Jahr zu durchlaufen. Man kann sich darüber streiten, ob dies ausreicht. Ich denke, 30 bis 40 Stunden sind aus unserer Sicht angemessen.

SV Marco K. König (DBRD): Wir haben zurzeit leider das Problem, dass auch dies, wenn überhaupt, dann in den Landesrettungsdienstgesetzen verankert ist. Manchmal ist die entsprechende Bestimmung sogar nur in den Regelungen zur Durchführungsverantwortung versteckt. Zudem sind die Regelungen sehr unterschiedlich: Mal heißt es „sollte“ oder „kann“, aber nicht „muss“, mal ist eine Stundenzahl aufgeführt und mal keine, auch ein Themenschwerpunkt ist manchmal nicht zu erkennen. Allerdings wir sehen auch Veränderungen. Beispielweise ist Hessen ein Vorbild, wo 38 Stunden Pflichtfortbildung festgelegt sind und man auch eine Prüfung ablegen muss. Heute ist in solchen Fortbildungskursen in der Regel nur körperliche Anwesenheit gefragt. Nach einer Woche geht man dann mit einem Zertifikat aus dem Kurs, ohne dass der Arbeitgeber weiß, ob er darauf auch zurückgreifen, ob er sich wirklich darauf verlassen kann, d. h., ob der Rettungsassistent das, was er an neuen Erkenntnissen gewonnen hat, auch umsetzen kann. Das ist ein großes Problem. Wir sollten hier auf jeden Fall Regelungen festschreiben, die verhindern, dass die Bestimmungen wieder auseinander driften und wir dann in den einzelnen Bundesländern eine unterschiedliche Versorgung haben. Denn auch die Medizin wandelt sich ständig, und wir wollen uns ja möglichst nicht bereits wieder in fünf Jahren hier treffen. Insofern sollten wir auch diesen Themenschwerpunkt mit aufnehmen.

SV Ingo Kolmorgen (AgRD): Ich kann mich meinem Vorredner anschließen. Es gibt Bundesländer, in denen die Fortbildungspflicht generell nicht geregelt ist. Wir plädieren daher dafür, die Fortbildungspflicht in das neue Rettungsassistentengesetz mit aufzunehmen.

SV Rico Kuhnke (Johanniter-Unfall-Hilfe): Man sollte vielleicht unterscheiden zwischen

Aus-, Fort- und Weiterbildung. Bei der Weiterbildung ist es so, dass die Rettungsassistenten sich derzeit in der Regel zum organisatorischen Leiter oder zum Leitstellendisponenten weiterbilden. Die Hilfsorganisationen legen die Regeln dafür, wie eine solche Fort- oder Weiterbildung auszusehen hat, selbst fest. Wenn man sich die Fortbildungspraxis bundesweit anschaut, kann man feststellen, dass die meisten Organisationen von ihren Kollegen im Rettungsdienst 30 Stunden Fortbildung einfordern. Allerdings ist dies nirgendwo schriftlich fixiert. Daher wäre es wichtig, dies so konkret festzulegen, dass sich auch alle daran halten. Auch die Inhalte sollten festgelegt werden. Einige Gesetze in den Ländern sind hier vorbildlich.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Ich habe noch eine Frage an die Spitzenverbände, die AOK und den VdAK/AEV, die die Vergütung der Weiterbildung betrifft. Wenn ich die Inhalte festlege, ist dies ja mit Kosten verbunden. Wer übernimmt denn diese Kosten?

SV René Klinke (VdAK/AEV): Wir haben heute schon mehrfach die Forderung nach einer Vergütung gehört, und zwar mit der Begründung, dass nur so eine qualifizierte Fortbildung sichergestellt werden oder überhaupt eine Ausbildung stattfinden könne. Damit beleidigen Sie jedoch Berufsgruppen, die bis jetzt auch schon Berufe erlernt haben, ohne dass ihnen eine Ausbildungsvergütung gezahlt worden ist. Man denke etwa an Bereiche wie Physiotherapie oder Sprachtherapie, in denen bislang auch schon hochwertige Ausbildungen durchgeführt werden, ohne dass eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Als Kostenträger kaufen wir die Leistungen der Rettungsassistenten ebenso wie die Leistungen aus anderen Bereichen ein. Die entsprechende Ausbildung – das wurde sicherlich auch schon mehrfach gesagt – kann jedoch nicht zu unseren Lasten gehen, weil die Kosten durch die Leistungsvergütung bereits abgedeckt sind. Darum sind wir weiterhin der Meinung, dass eine Erhöhung der Qualität der Ausbildung nicht auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft gehen kann.

Stellvertretender Vorsitzender, Abg. Dr. **Hans Georg Faust (CDU/CSU):** Damit möchte ich unsere heutige Anhörung beenden. Ich danke

Ihnen, dass Sie nach Berlin gekommen sind und hier entscheidend dazu beigetragen haben, uns ein Bild von den Problemen zu vermitteln. Ihre Anregungen und Bedenken werden in die

künftigen Gesetzesberatungen Eingang finden. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Ende der Sitzung: 15.50 Uhr.