

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
99. Sitzung

Berlin, den 30.01.2013, 15:45 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Kathrin Vogler, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur
Änderung weiterer Vorschriften

BT-Drucksache 17/11689

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sitzungsbeginn: 15:45 Uhr

Amtierende **Vorsitzende**, Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie zur 99. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und zur öffentlichen Anhörung über den „Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterinnen und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften“ auf Drucksache 17/11689. Federführend ist der Ausschuss für Gesundheit, mitberatend sind der Innenausschuss und der Ausschuss für Arbeit und Soziales. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, insbesondere die parlamentarische Staatssekretärin Frau Annette Widmann-Mauz. Ich begrüße ganz herzlich unsere Sachverständigen, die Vertreterinnen und Vertreter der Medien und die interessierten Zuschauer und Zuschauerinnen auf der Tribüne. Für diejenigen von Ihnen, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen gebe ich noch einige Erläuterungen zum Verfahren: Wir haben die gesamte uns zur Verfügung stehende Zeit von zwei Stunden in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen nach ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten, möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und sich noch einmal mit Namen und Verband vorzustellen und Ihre Antwort im Interesse der fragenden Abgeordneten möglichst kurz zu halten. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden darum, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit einer Fragezeit von 23 Minuten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich bitte Dr. Marung, den Berufsverband Rettungsdienst und die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte um eine grundsätzliche Bewertung des lange vorbereiteten und viel diskutierten Gesetzentwurfs.

ESV **Dr. Hartwig Marung**: Grundsätzlich muss man sagen, dass dieser Gesetzentwurf zur Verbesserung der Ausbildung und der Kompetenzen seit Jahren gefordert wurde. Die Umsetzung ist dringend erforderlich. Eine Anpassung an die Systematik der Ausbildung der Pflege- und Assistenzberufe ist dringend geboten und wird von vielen Verbänden seit Jahren gefordert. Der Gesetzentwurf sieht aber in einzelnen Passagen Lösungen vor, die wir in der Umsetzung für kritisch bis gefährlich halten. Das betrifft vor allem die in § 4 beschriebene Ausübung der Heilkunde durch den Notfallsanitäter. In keinem anderen Bereich der Medizin wird einem medizinischen Pflege- und Assistenzberuf nach dreijähriger Ausbildung eine so hohe Kompetenz zugeordnet. Selbst dem Fachkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivmedizin mit fünfjähriger Ausbildung wird bei Weitem keine so hohe Kompetenz zugestanden – und schon gar nicht eigenverantwortlich. Es ist unklar, wieso die Systematik der Angleichung an die anderen Gesundheitsberufe an diesem Punkt verlassen wird. Es ist meines Erachtens auch ein gravierender Denkfehler, wenn man annimmt, dass die Durchführung eines besonders risikoträchtigen Verfahrens wie die Notfallnarkose im Notfall mit hoher Sicherheit ausgeführt werden kann, egal ob durch einen Arzt oder durch einen Nicht-Arzt. Wir fordern Expertise in diesem speziellen Verfahren der Notfallnarkose. Diese ist aber noch nicht einmal bei jedem Arzt vorhanden. Gerade im Notfall steigen die Anforderungen an die Sicherheit der Durchführung. Wenn ich den Gesetzentwurf richtig verstehe, ist der Patientenschutz oder die Patientensicherheit eines der Leitmotive gewesen. Wenn man die neuen Auszubildenden oder die fertig Ausgebildeten unter diesen hohen Handlungsdruck bringt, steigt meines Erachtens das Risiko, dass Fehler gemacht werden. Zumal die Eingangsvoraussetzungen Alter und mittlere Hochschulreife es möglich machen, dass jemand im Alter von 20 oder 21 Jahren fertig ausgebildet zum Einsatz kommt. Also haben wir hier einen programmierten Konflikt: Der Notfallsanitäter soll invasive Maßnahmen im jungen Alter

und ohne die Möglichkeit einer adäquaten klinischen Ausbildung durchführen.

SV Prof. Dr. Gerhard Nadler (Berufsverband für den Rettungsdienst (BVRD)): Die Frage war ein wenig unspezifisch. Außerdem gibt es zwei Berufsverbände. Wir haben uns aber geeinigt, dass ich zunächst antworte. Zu § 4 Absatz 2 Nummer 1c sowie 2c möchte ich ausführen, dass mit dem dort Formulierten kein Neuland betreten wird. Was festgeschrieben werden soll, findet gegenwärtig in vielen Rettungsdienstbereichen der Bundesrepublik bereits statt. Ich glaube auch, dass mein Vorredner den Gesetzentwurf fehlinterpretiert. Es geht nicht um die Notfallnarkose, sondern um eine Venenpunktion. Es geht um das Legen einer Infusion und um die Applikation einer Hand voll Medikamente. Es sind nicht die Notfallnarkosen oder Thoraxdrainagen oder solche spezifischen Dinge gemeint. Ich glaube, hier gibt es ein Missverständnis zwischen dem, was Juristen und dem, was Mediziner unter invasiv verstehen. Aber juristisch betrachtet, und ein Gesetz ist ein juristisches Werk, ist auch die Gabe einer Tablette invasiv.

SV Frank Riebandt (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Die BAND befürwortet das Vorhaben, eine neue gesetzliche Regelung für nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst zu schaffen, ausdrücklich und hält es angesichts der lange zurückliegenden Curriculumentwicklung für den Rettungsassistenten, die Bundesgesetz ist, für dringend erforderlich. Selbstverständlich kann ich Dr. Marung zustimmen. Wir haben mit bestimmten Punkten, z. B. mit der Fragestellung, wo die Risiko- und Komplikationsgeneigntheit invasiver Maßnahmen am Notfallpatienten ist, Probleme. Aber grundsätzlich stimmen wir dem Vorhaben zu und halten es für außerordentlich begrüßenswert.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Komba-Gewerkschaft. Wir haben eine Vermischung von theoretischen und praktischen Erfahrungen. Wie beurteilen Sie dieses neue Konzept und die Ansätze, die darin liegen und sehen Sie gegebenenfalls noch Verbesserungsbedarf?

SV Eckhard Schwill (Komba-Gewerkschaft): Der Gesetzentwurf hat gute Ansatzpunkte. So wird die Notfallkompetenz zum ersten Mal in einem Gesetz definiert. Damit wird für die einzelnen Leistungserbringer im Rettungsdienst Regelungssicherheit geschaffen. Wir können es uns aber durchaus vorstellen, eine Art Notfallkatalog zu erhalten, um die Sicherheit der im Rettungsdienst eingesetzten Mitarbeiter zu gewährleisten und um für den Einzelnen klar zu machen, was er als zukünftiger Notfallsanitäter darf und was er in Abgrenzung zu den ärztlichen Aufgaben nicht darf.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den Zugangsvoraussetzungen an die BAND. Halten Sie diese, so wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind, für sachgerecht?

SV Frank Riebandt (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Im Wesentlichen ja. Ein Problem haben wir damit, dass es keine Altersbegrenzung gibt. Im Prinzip kann man bereits sehr jung, d. h. ab dem 16. oder 17. Lebensjahr eine Ausbildung zum Notfallsanitäter beginnen. Wir sehen in den zu erwartenden Belastungen mit dem Beginn der praktischen Ausbildung ein Problem, da sehr junge Menschen mit Notfall- bzw. Unfallsituationen, mit Leblösen und Suiziden konfrontiert werden. Aus diesem Grund befürworten wir die Festlegung des Eingangsalters auf 18 Jahre.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an die Komba-Gewerk-

schaft. Wir sehen in Anlehnung an die Krankenpflege- und Hebammenausbildung ein Ausbildungsvertragsverhältnis und die Zahlung einer Ausbildungsvergütung vor. Wie bewerten Sie diesen neuen Umstand?

SV Eckhard Schwill (Komba-Gewerkschaft): Vom Grundsatz her begrüßen wir, dass endlich Klarheit geschaffen werden soll, d. h., dass in einem Ausbildungsvertrag ein klares Rechtsverhältnis geschaffen und für den Ausbildungsgang eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Wir haben jetzt klare Regelungen, die es in dieser Form bislang nicht gab. Allerdings, und das haben wir auch deutlich gemacht, möchten wir, dass auch die Feuerwehren berücksichtigt werden, damit auch dort ausgebildet werden kann. Wir haben aber dann das Problem, dass die Ausbildung in einem Beamtenverhältnis auf Widerruf erfolgt. Wir würden, wenn keine Ausnahmeregelung geschaffen werden kann, diesen Bereich heraus nehmen wollen. Dies würden wir aber nicht begrüßen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Im Zusammenhang mit dem Ausbildungsvertragsverhältnis geht es generell auch um die Frage der Attraktivität dieses Berufes, insbesondere in einer Zeit, in der in vielen Bereichen über Fachkräftemangel geredet wird. Ich bitte um eine Einschätzung durch den Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, ver.di und die Johanniter-Unfall-Hilfe.

SV Dr. Alex Lechleuthner (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (BV-ÄLRD)): Der Rettungsdienst hat für viele junge Menschen eine sehr hohe Attraktivität. Wir sind der Auffassung, dass dies auch bei einer sinkenden Bevölkerungszahl noch so sein wird. Natürlich konkurrieren alle anderen Berufe auch um die wenigen jungen Menschen. Wir müssen uns Mühe geben, dass sie einen nachhaltigen Beruf erhalten, den sie bis ins höhere Alter ausüben

können, und der eine Durchgängigkeit zu anderen Berufen ermöglicht. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind hierzu viele Eckpunkte eingebaut. So soll es z. B. die Möglichkeit geben, in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder in anderen Funktionsbereichen, in denen der körperliche Einsatz nicht so stark gefordert ist, zu arbeiten.

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen, dass durch den Entwurf die Attraktivität des Berufs gesteigert wird, weil die Ausbildung dreijährig ist und andere tarifliche Voraussetzungen gelten. Natürlich führt eine Vergütung dazu, dass der Beruf für junge Menschen attraktiver wird. Es müssen aber auch die Rahmenbedingungen wie die Rechtssicherheit geklärt sein, damit man nicht im Graubereich arbeitet. Es ist auch positiv, dass es neue Arbeitsbereiche wie das Krankenhaus geben wird, in denen die Notfallsanitäter arbeiten können. Denn es soll ein Beruf sein, in dem man lange arbeiten und gesund alt werden kann. Dafür muss das Berufsbild breiter werden.

SV David Kreuziger (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH)): Ich kann mich im Grunde meinen beiden Vorrednern anschließen. Wir denken, dass eine Ausbildungsvergütung die Attraktivität zusätzlich steigern wird. In der jetzigen Ausbildung zum Rettungsassistenten liegt die Belastung bei den Auszubildenden. Das fällt künftig weg, was die Attraktivität steigern dürfte. Der angesprochene demografische Wandel ist sicherlich eine Herausforderung. Aber die Durchlässigkeit in andere Berufsfelder lässt es jetzt zu, frühzeitig einen Beruf auszuwählen und zu schauen, wie sich der Berufsalltag über die Jahre entwickelt.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe Fragen zur Kompetenz der zukünftigen Notfallsanitäter. Die Fragen richten sich an Dr. Marung, Dr. Niehues, die

Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands und die Bundesärztekammer. Ziel der Novelisierung der Ausbildung ist eine bessere Kompetenzregelung für Notfälle. Da der Bund keine Regelungsbefugnis bezüglich der Berufsausübung hat, beschränkt sich die Ausbildungszielbeschreibung darauf, eine Auslegungshilfe für die Qualifizierung der angehenden Notfallsanitäter und -sanitäterinnen für die beschriebenen Notfallsituationen bereitzustellen. Bis dato werden den Rettungsassistenten von Landkreis zu Landkreis und in Abhängigkeit vom Ärztlichen Leiter oder vom Leitenden Notarzt unterschiedliche Kompetenzen übertragen. Wie schätzen Sie vor diesem Hintergrund die Beschreibung der Ausbildungsziele ein? Sofern Sie Verbesserungsbedarf sehen, wüsste ich gerne, welche konkreten Vorschläge Sie haben. Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, dass eventuell über den gemeinsamen Bundesausschuss Vorgaben für eine delegationsärztliche Tätigkeit für Notfallsituationen geschaffen wird?

ESV Dr. Hartwig Marung: Ich möchte zwei der angesprochenen Punkte herausgreifen. Das Eine ist die Frage der regionalen Unterschiede, wenn der Ärztliche Leiter Rettungsdienst vor Ort die Auslegung und Umsetzung vornimmt. Das halte ich für alternativlos. Wir können keine bundesweiten Vorgaben machen und wir können Landkreise mit 100.000 Einwohnern auf einer sehr großen Fläche nicht mit Millionenstädten gleichsetzen. Deshalb muss dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst eine Schlüsselrolle zukommen. Wobei man beachten muss, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst in den Bundesländern sehr heterogen umgesetzt wird. Teilweise hat er für seine Tätigkeit nur zehn Stunden pro Woche Zeit. Hier stellt sich die Frage, ob er alles, was von ihm gefordert wird, sachgerecht umsetzen kann. Das Zweite ist die Richtlinienkompetenz. Ich halte den G-BA nicht für geeignet, die Vorgaben zu machen. Der G-BA beschäftigt sich nicht mit Rettungsdienst und Notfallmedizin, jedenfalls ist es für mich in den letzten

Jahren nicht klar erkennbar gewesen. Ich denke, dass die heute hier vertretenen Organisationen zur Etablierung von Richtlinien herangezogen werden sollten.

ESV Dr. Christopher Niehues: Die Diskussion zeigt deutlich, dass wir gerade eine bundeseinheitliche Regelung der Kompetenzen benötigen. Wir haben auch im Krankenhausbereich einheitliche Versorgungsstandards, obwohl die Krankenhausplanung Landessache ist. Das heißt, der Herzinfarkt wird in einem Landkreis in Bayern genauso versorgt wie in Mecklenburg-Vorpommern. Wir sollten auf jeden Fall eine bundeseinheitliche Regelung der konkreten Kompetenzen haben. Ich halte den G-BA für das derzeit einzig verfügbare und auch geeignete Gremium, das sich bereits in anderen Bereichen bewährt hat. Der G-BA hat auch zu Maßnahmen für Pflegekräfte Richtlinien erstellt. Man sollte im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens prüfen, ob der G-BA in einer Richtlinie bestimmen kann, welche Basismaßnahmen jeder Notfallsanitäter beherrschen muss und welche ergänzenden Maßnahmen ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst vor Ort freigeben kann. Straf- und Sozialrecht fordern bundeseinheitliche Versorgungsstandards. Es kann nicht sein, dass die Patienten in verschiedenen Kreisen unterschiedlich versorgt werden. In der Praxis ist es so, dass in einem Kreis Schmerzmittel gegeben und in einem anderen Kreis keine Schmerzmittel gegeben werden. Das ist dem Patienten und der Bevölkerung nicht zumutbar.

SV Frank Riebandt (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Zum in § 4 formulierten Ausbildungsziel hat die BAND anzumerken, dass wir Absatz 1 für zutreffend und nicht veränderungsbedürftig halten. In Absatz 2 Nummer 1c, wo das „Durchführen angemessener medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung im Notfalleinsatz in eigener Verantwortung“ formuliert wird, sehen wir für die Patientensicherheit erhebliche Probleme. Wir

sind der Auffassung, dass eine dreijährige Ausbildung nicht sicherstellen kann, dass invasive Maßnahmen, zumal in der hier formulierten unbestimmten Weise, gegenüber dem Patienten verantwortet werden können. Es geht um Risiko und um Komplikationen, die bei Schwerkranken oder Verletzten in besonderer Weise abzuwägen sind. Wenn Ärzte neben einem sechsjährigen Studium weitere Voraussetzungen erfüllen müssen, zeigt uns das, dass dies in einer dreijährigen Ausbildung nicht mit ausreichender Sicherheit zum Nutzen des Patienten zu erreichen ist. Es gibt große Ermessensspielräume. Es wird z. B. ganz allgemein von invasiven Maßnahmen gesprochen, die nicht nur bei bestehender Lebensgefahr, sondern auch bei einer Verschlechterung der Situation des Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes ergriffen werden können. Eine weitere sehr unspezifische Formulierung ist: „bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung“. Darunter kann man den Zeitraum bis zum Eintreffen des Notarztes am Notfallort verstehen, so dass es sich nur um eine kurze Situation der Überbrückung handelt. Es kann aber auch gemeint sein, dass eine Entscheidung vor dem Eintreffen des Notarztes gefällt und dieser gar nicht informiert wird. Die Vorschrift kann aber auch dahingehend interpretiert werden, dass die ärztliche Versorgung in der Notaufnahme als weitere ärztliche Versorgung gemeint ist. Deshalb halten wir eine Korrektur der Vorschrift für dringend erforderlich. Ein weiterer unbestimmter Begriff ist nach unserer Auffassung der letzte Halbsatz. Hier heißt es „wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt“. Dieser ist als Vitalbedrohlichkeit definiert. Bei der Formulierung „wenn wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind“ geht es um das subjektive Ermessen des einzelnen Notfallsanitäters. Auch dies ist nach unserer Auffassung mit den Aspekten der Patientensicherheit, die auf jeden Fall gewährleistet werden muss, nicht zu vereinbaren. Wir lehnen deshalb die eigenverantwortliche Durchführung im Rahmen einer derart weitreichenden Regelung ab. Ein anderer Fall liegt vor, wenn es um die

Maßnahmen, die im Rahmen des Delegationsverfahrens ermöglicht werden sollen, geht. Hier weisen wir allerdings darauf hin, dass nicht klar wird, wer auf der ärztlichen Seite in den Fällen Verantwortung zu übernehmen hätte, wo der Ärztliche Leiter Rettungsdienst nicht anwesend ist. Hier müsste darauf hingewiesen werden, dass es sich um Ärzte handeln muss, die vom Träger des Rettungsdienstes beauftragt sind, und diesem in besonderer Weise verantwortlich sind. Ich spreche hier speziell von den Ländern, die bislang keinen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst haben.

Sve Dr. med. Annette Güntert (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Grundsatz begrüßen wir die gemeinsame Gestaltung zur Verbesserung der Rettungsassistentenausbildung. Allerdings sehen wir im jetzigen Gesetzentwurf keine Gewähr für mehr Rechtssicherheit und mehr Patientensicherheit. Wir sehen auch nicht, dass durch eine dreijährige Ausbildung eine Kompetenz erworben wird, die nahezu eine Gleichstellung mit einem Kerngebiet ärztlicher Aufgaben herstellt und rechtfertigt. Wir sehen eine zu weit gehende und unbestimmte Freigabe der Durchführung umfassender medizinischer Maßnahmen an Patienten. Das halten wir für eine deutliche Überforderung der Berufsgruppe. In § 4 Absatz 2 Nummer 1c wird so etwas wie eine Teilsubstitution ärztlicher Maßnahmen definiert, die nicht abgegrenzt sind. Die Anästhesisten haben eine gute Vorlage zur Definition vorgelegt, die wir unterstützen. Darin wird festgehalten, dass das Durchführen von Maßnahmen bei der Erstversorgung sicher beherrscht werden muss. Erst dann, und nicht nach einer durchlaufenen Ausbildung von drei Jahren, sollte der Notfallsanitäter tätig werden können. Das Tätigwerden muss auf die Situation, d. h. auf den Notfall, eingegrenzt werden. Auch dies ist in § 4 Absatz 2 Nummer 1c nicht beschrieben. Es wird auch nicht darauf verwiesen, dass in jedem Fall ein notärztlicher Dienst herbeigerufen werden sollte. Das sind Dinge, die wir monieren. Die andere Frage betrifft

die Etablierung von Richtlinien durch den G-BA und bezieht sich auf § 4 Absatz 2 Nummer 2c. Wir halten die Vorgaben für überflüssig. Es liegen bereits seit Jahren Empfehlungen der Bundesärztekammer zur persönlichen Leistungserbringung vor, in denen Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen beschrieben werden. Es ist zudem geübte Praxis, dass sich die Ärzteschaft auch im Dialog mit den betroffenen Berufsgruppen entsprechende Regelungen selber schafft.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte nun zur Kostenstruktur kommen. Die Fragen richten sich an den GKV-Spitzenverband, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den AgRD und an den Arbeiter-Samariter-Bund. Wie bewerten Sie die vorgesehene Kostenstruktur hinsichtlich der Kostenträger und unter Berücksichtigung der Aussagen des Bundesrates zur Umsetzung des Notfallsanitätärgesetzes? Sind die genannten Zahlen aus Ihrer Sicht realistisch und entsprechen sie den tatsächlichen Mehrkosten der Ausbildung? Sprechen Sie sich für bundesweite Regelungen sowohl für die freie als auch für die betriebliche Trägerschaft aus?

SV **Robin Rüsenberg** (GKV-Spitzenverband): Ihre erste Frage bezog sich auf die allgemeine Kostenstruktur. Diese sehen wir außerordentlich kritisch, da der Gesetzentwurf auch ausführt, dass es sich um einen Teil der staatlichen Daseinsfürsorge handelt. Hieraus ergibt sich für uns keine Verpflichtung der Krankenkassen. Die Finanzierung wäre dann entsprechend den aus Steuereinnahmen vorzuziehen und keine Ausweitung versicherungsfremder Leistungen vorzunehmen. Ihre zweite Frage bezog sich auf die Stellungnahme des Bundesrates. Die Kostenstruktur ist für uns noch relativ unklar. Der Gesetzentwurf geht von 38 Millionen Euro aus, die seitens der GKV zu tragen sind. Es ist aber nicht klar, ob über die gesamte Ausbildungsdauer von drei Jahren nicht doch Mehrkosten von 200 Millionen Euro

zu erwarten sind. Zugleich bezieht sich der Gesetzentwurf auf die Expertengruppe Bund-Länder. Die GKV war dort nicht vertreten und kann deshalb die Zahlen nicht verifizieren. Wir nehmen aber zur Kenntnis, dass verschiedene der heute geladenen Sachverständigen, u. a. die DKG, bereits von höheren Kosten ausgehen.

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Es wird Sie nicht verwundern, wenn wir dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen widersprechen. Die Bewertung der Kostenstruktur ist aus unserer Sicht richtig. Alles was man nicht bezahlen will, ist Daseinsvorsorge und muss dann vom Steuerzahler bezahlt werden. Das kann nicht richtig sein. Ich habe in der Stellungnahme der GKV gelesen, dass der Rettungsdienst mit dem Gesundheitswesen nicht furchtbar viel zu tun habe. Das finde ich abenteuerlich. Wir haben eine ganz enge Verknüpfung zwischen dem Rettungsdienst und dem Gesundheitswesen. Das ist gut und richtig. Deswegen sitzen wir auch im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Insofern sind die Kosten im Gesetzentwurf auch richtig verortet. Ob bereits sämtliche Kosten enthalten sind, können wir im Moment nicht abschließend beurteilen. Aber wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme die Frage aufgeworfen, ob verschiedene Dinge, die ich an dieser Stelle nicht nochmals ausführen will, im Kostentableau hinreichend berücksichtigt sind. Dies müsste die Regierung gegebenenfalls mit den Ländern noch einmal prüfen. Fest steht, wenn es sich beim Rettungsdienst um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und die Kosten deshalb nicht von GKV und PKV getragen werden, müssen im Wesentlichen die Kommunen die Finanzierung übernehmen. Und frage ich mich woraus.

SV **Ingo Kolmorgen** (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland (AgRD)): Wir sehen die Kostenstruktur

insofern als ungeklärt an, weil man unterscheiden muss zwischen den Schulen in freier Trägerschaft und den Schulen, die einem Leistungserbringer im Rettungsdienst angegliedert sind. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Ausbildung über die Transportentgelte finanziert werden soll. Das ist bei den freien Schulen schlichtweg nicht möglich. Die freien Schulen stellen aber derzeit rund die Hälfte der Ausbildungskapazität für circa 2.000 Rettungsassistenten sicher. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es so, dass wir die Berechnung bzw. die Kostenschätzung von ursprünglich circa 50.000 Euro hinterfragen. Unter Berücksichtigung der gesamten Vorgaben schätzen wir die Kosten auf über 110.000 Euro pro Schüler. Wir sprechen hier nicht von einer Veränderung oder Novellierung des Rettungsassistentengesetzes. Es wird ein neuer Beruf geschaffen, der derartig viele Praxisanleitungen, u. a. in Kliniken und auf Rettungswachen, vorsieht, dass wir das für ein Problem halten. Darüber hinaus sehen wir den Sicherstellungsauftrag der Länder gefährdet. Es ist fraglich, ob überhaupt genügend Rettungs- bzw. Notfallsanitäter ausgebildet werden können, wenn Ausbildungskapazitäten wegfallen. Wir haben damals den Vorschlag gemacht, das Rettungsassistentengesetz parallel zum Notfallsanitätergesetz weiter bestehen zu lassen. Der Bundesrat bzw. die Länder haben diesen Vorschlag aufgegriffen und sind der Meinung, dass das Gesetz mindestens ein weiteres Jahr gelten muss. Wir halten ein Jahr aber für deutlich zu kurz und plädieren deshalb für eine längere Beibehaltung.

SV Daniel Gelbke (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB)): Wir möchten uns der Aussage des Bundesrates anschließen. Die Ausbildungsfinanzierung ist in keiner Weise geregelt. Es wird nur allgemein im Gesetz davon gesprochen, dass die Kosten zu den Personalkosten hinzugezählt werden könnten und von den Kostenträgern als Leistung des Rettungsdienstes zu tragen sind. Wenn wir das Gesetz aber weiter betrachten,

dann wundert es doch sehr, dass ein Auszubildender nicht als zweiter Mann, sondern lediglich als Praktikant in den Rettungsdienst eingebunden werden kann. Die von uns erhobenen Zahlen gehen auch deutlich über das hinaus, was in der Gesetzesbegründung genannt wird. Wir sehen die Kostenübernahme insbesondere bei den Krankenkassen, da sie kein Bestandteil der Kosten für die Daseinsvorsorge sind. Betrachtet man die Aufgaben, die ein Notfallsanitäter durchführen soll, so sind dies mehrheitlich medizinische Aufgaben und müssen daher von den Krankenkassen getragen werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Fragen gehen an die Johanniter-Unfall-Hilfe und an das DRK. Ich hätte gerne gewusst, wie sich heute die Situation darstellt, wenn Sie als Rettungsassistent vor Ort sind und der Zustand des Patienten lebensgefährlich wird, aber der Notarzt noch nicht angekommen ist. Wie beurteilen Sie die in § 4 des Gesetzentwurfs vorgesehenen Kompetenzen der Notfallsanitäter, und wie beurteilen Sie die Rechtssicherheit bei invasiven Maßnahmen?

SV David Kreuziger (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH)): Die Frage ist ausgesprochen wichtig, weil sie die tatsächliche Lebenswirklichkeit widerspiegelt. Als Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten erleben wir in der Praxis, dass wir lebensbedrohliche Situationen bei einem Patienten ohne Notarzt auszuhalten haben und entsprechende ärztliche Maßnahmen durchführen, bis der Notarzt oder ein anderer Arzt eintrifft und die Verantwortung übernimmt. Ich möchte dies noch zuspitzen. In Deutschland gibt es Landstriche, wo tagsüber kein Notarzt zur Verfügung steht, der Rettungsdienst aber trotzdem durchgeführt werden muss. Es steht dort das Wohl des Patienten im Vordergrund. Die geeigneten Maßnahmen müssen, wenn sie beherrscht werden, im Sinne des Patienten ergriffen werden, um die bestmögliche Lösung und das Überle-

ben zu sichern. Hierbei orientieren wir uns innerhalb des Berufsbildes natürlich ganz stark an den zulässigen Grenzen. Dabei denke ich an die Stellungnahme der Bundesärztekammer und die Notkompetenzmaßnahmen, die bereits definiert sind. Wir begrüßen ausdrücklich, dass durch das Notfallsanitätäergesetz auch invasive Maßnahmen eine entsprechende Würdigung erfahren, um dem Umstand, den ich gerade skizziert habe, in der Lebenswirklichkeit Rechnung zu tragen. Was wir momentan noch als Herausforderung betrachten und noch nicht abschließend beantworten können, ist die Frage der Haftung und der Rechtssicherheit. Hier wünschen wir uns eine deutliche Klarstellung, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, wenn sie ärztliche Maßnahmen durchführen müssen, im Rahmen ihrer Kompetenz auch eine rechtliche Sicherheit haben.

SV Wolfgang Kast (DRK-Generalsekretariat): Ich kann in vielen Punkten meinem Vorredner Recht geben. Auch bei den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten des Deutschen Roten Kreuzes ist es so, dass sie in einer Notsituation Maßnahmen ergreifen, die sie erlernt haben und beherrschen und von denen sie wissen, dass der Notarzt, der danach alarmiert wird, diese auch absegnet. Das ist Einsatzpraxis. Dies betrifft aber immer nur die Rechtssicherheit im Hinblick auf lebensgefährlich bedrohte Patientinnen und Patienten. Weitaus kritischer ist die Situation bei Patientinnen und Patienten, die eben nicht lebensgefährlich bedroht sind, die aber trotzdem Maßnahmen benötigen. In diesen Fällen muss die Entscheidung getroffen werden, ob der Notarzt zu alarmieren ist oder ob selbstständig gehandelt werden kann. Hier sehen wir eine Verbesserung durch die Verbesserung der Ausbildung, wobei ich einschränkend sagen muss, dass wir die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und damit auch die Inhalte nicht kennen, sondern nur erraten können. Wenn diese Inhalte entsprechend ausgestaltet werden, dann ist das Berufsbild ähnlich dem der Krankenpflege, wo es

zu einem späteren Zeitpunkt darauf ankommt, die Kompetenzen durch Fortbildungen zu erweitern. Im Übrigen ist im Zusammenhang mit der Rechtssicherheit der Maßnahmen die Rolle des Ärztlichen Leiters noch zu klären. Wir sehen den Ärztlichen Leiter als Teil einer Verwaltung, der uns als Beauftragte nur per Verwaltungsakt im Rahmen der Vertragssituation etwas auferlegen kann. Er hat kein Direktionsrecht gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es wäre zu klären, wie eigentlich ein Behandlungsvertrag zustande kommt. Wir gehen davon aus, dass zukünftig auch bei uns innerhalb der Organisation ärztliche Verantwortung mit einbezogen wird.

Abg. Jens Ackermann (FDP): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die praktische Ausbildung der Notfallsanitäter soll künftig auch an Krankenhäusern, die von der zuständigen Behörde als geeignet beurteilt werden, durchgeführt werden. Anhand welcher Kriterien können diese geeigneten Krankenhäuser identifiziert werden?

SV Dr. med. Bernd Metzinger (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Zunächst halten wir natürlich jedes Krankenhaus grundsätzlich für geeignet, Notfallsanitäter auszubilden. Denn man kann sicherlich in jedem Krankenhaus die erforderlichen praktischen Tätigkeiten ein Stück weit lernen. Es gibt natürlich Krankenhäuser, die besser geeignet sind als andere. Das sind jene Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung aktiv teilnehmen. Dies ist in den Landeskrankenhausplänen definiert und somit auch nachvollziehbar. Man kann natürlich darüber nachdenken, ob bestimmte Fachrichtungen in den Krankenhäusern, wie beispielsweise die drei Hauptfachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesie, die in der Notfallmedizin eine Rolle spielen, vorhanden sein sollten. Danach kann man abgestuft entscheiden, welche Krankenhäuser man sich für die praktische Ausbildung aussucht.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an den Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst. Der Gesetzentwurf verpflichtet Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortliche Ärzte dazu, heilkundliche Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern standardmäßig an den Notfallsanitäter zu delegieren. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV **Dr. Alex Lechleuthner** (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (BV-ÄLRD)): Es ist klar, dass sich mit einer dreijährigen Ausbildung zum Notfallsanitäter auch die Kompetenzen erweitern müssen. Es war von Anfang an strittig, wie weit das gehen kann. Aus unserer Sicht ist hier der richtige Weg gewählt worden. Solange ein Notfallsanitäter alleine vor Ort ist, muss er in dieser Situation bestimmte Maßnahmen anwenden können und der Ärztliche Leiter Rettungsdienst muss die Möglichkeiten erhalten, genau definierte Maßnahmen für den Notfallsanitäter freizugeben, damit diese bis zum Eintreffen des Notarztes wirksam werden. Das war bei den ärztlichen Verbänden Konsens. In Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer wurden hierzu vor mehr als zehn Jahren bereits Vorschläge gemacht. Wir sehen das als den richtigen Weg an. Sollte eine solche Regelung kommen, sehen wir uns natürlich als Ärztliche Leiter Rettungsdienst in der Pflicht, gemeinsam mit den ärztlichen Verbänden und den beteiligten Organisationen einen Rahmen zu schaffen. Dieser kann einheitlich sein, aber auch den lokalen Besonderheiten Rechnung tragen. Wie bereits erwähnt sind ländliche Bezirke mit sehr dünnen Besiedlungen anders zu bewerten als Metropolen mit vielleicht auch anderen Gefahren und Herausforderungen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an die AG Rettungsassistentenschulen in Deutschland. Die bisherige Ausbildung zum Rettungsassistentenberuf trennt den einjährigen Lehrgang

vom praktischen Jahr. Die neue Ausbildung sieht an dieser Stelle eine bessere Vernetzung von Theorie und Praxis vor. Es soll auch einen besseren Theorie-Praxis-Transfer geben. Dabei wirken Schulen, Lehrrettungswachen und Krankenhäuser zusammen. Wie beurteilen Sie dieses neue Ausbildungskonzept?

SV **Ingo Kolmorgen** (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland (AgRD)): Grundsätzlich befürworten wir diese dreijährige, in sich verzahnte Ausbildung mit einer Prüfung in der Mitte und am Ende der Ausbildungszeit. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es allerdings so, dass nach dem vorliegenden Gesetzentwurf die Schule zwar die gesamte Verantwortung für die Ausbildung erhalten soll, allerdings ist nicht geklärt, wie dies in der Praxis umgesetzt werden soll. Zwar ist zu begrüßen, dass die Schule die Gesamtverantwortung erhält, das würde aber letztendlich bedeuten, dass im Rahmen der Gesamtverantwortung auf den Praktikanten eingewirkt werden müsste, wenn er sich im Klinik- oder Rettungswachenpraktikum befindet. Das halten wir für problematisch. Ein Problem ist auch, dass beispielsweise der Jugendarbeitsschutz durch die gesamtverantwortende Schule überprüft werden müsste. Es ist nicht eindeutig geklärt, in welcher Form die Schule diese Aufgabe übernehmen soll. Darüber hinaus ist auch hier wieder zu differenzieren, ob es sich um eine freie Schule oder um eine Schule in der Trägerschaft eines Leistungserbringers im Rettungsdienst handelt. Ein Leistungserbringer, der gleichzeitig eine Schule betreibt, hat ganz andere Möglichkeiten. Er stellt sozusagen den Auszubildenden oder den Schüler ein. Die Rechtsbeziehung der freien Rettungsassistentenschulen, die immerhin 50 Prozent der derzeitigen Ausbildungskapazitäten darstellen, sehen wir als nicht geregelt an. Zudem sind auch hier die Kosten nicht genau beziffert, d. h. in welcher Art und Weise das umgesetzt werden soll. Die Deutsche Krankenhausesellschaft geht beispielsweise in ihrer Stellungnahme von erheblichen Kosten

aus, die im Gesetz- bzw. Referentenentwurf noch nicht berücksichtigt wurden. Ich bin sehr dankbar dafür, dass diese Kosten von der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsprechend berechnet und eindeutig beziffert wurden.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst e. V. Ist Ihrer Meinung nach der Rettungsdienst Daseinsvorsorge bzw. hoheitliche Aufgabe des Staates oder gehört er zur medizinischen Dienstleistung im Interesse des Patienten?

SV **Marco K. König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Unseres Erachtens ist es keine hoheitliche Aufgabe, wenn es um die Durchführung geht. Es ist natürlich selbstverständlich durch den Staat und dann durch die Bundesländer zu überwachen, dass es einen funktionsfähigen und hochqualifizierten Rettungsdienst gibt. Aber nur weil wir ein Blaulicht auf dem Fahrzeug haben, sind wir noch längst nicht hoheitlich unterwegs, ansonsten müsste auch jede Notaufnahme einen hoheitlichen Charakter haben. Wir betrachten uns als ein zwar wichtiges Glied in der Rettungskette, aber wir grenzen uns nicht dermaßen von der Notaufnahme ab, dass wir sagen, wir haben einen hoheitlichen Auftrag.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Steht nach Ihrer Meinung die medizinische Versorgung oder der Katastrophenschutz bei der präklinischen Notfallversorgung, also bei der rettungsdienstlichen Maßnahme, im Vordergrund?

SV **Robin Rüsenberg** (GKV-Spitzenverband): Wir würden jetzt nicht zwingend eine spezielle Präferenz aussprechen. Klar ist aber, in der Finanzierungsverantwortung würden wir uns nicht beim Katastrophenschutz sehen, sondern bei den

entsprechenden Rettungsdienstleitungen zu Gunsten unserer Versicherten.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Dann habe ich eine Frage an das Deutsche Rote Kreuz und den Malteser Hilfsdienst. Die Expertenrunde, die das Gesundheitsministerium bei der Vorbereitung eingesetzt hat, war einhellig der Auffassung, dass eine Nachqualifizierung erfolgen muss und dass die Berufsbezeichnung Notfallsanitäter oder Notfallsanitäterin eingeführt werden soll. Wie beurteilen Sie diese beiden Vorschläge?

SV **Wolfgang Kast** (DRK-Generalsekretariat): Wir beurteilen es als äußerst positiv, dass auch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten die Möglichkeit erhalten, durch Qualifizierung dieses neue Berufsbild zu erwerben. Die Berufsbezeichnung war in der Expertenrunde nicht Gegenstand der Diskussionen. Sie kam erst im Nachhinein. Wir haben mit dieser Bezeichnung aber keine Probleme, da diese auch in anderen europäischen Ländern, insbesondere in Österreich, gebräuchlich ist. Es kommt nicht auf den Titel, sondern auf den Inhalt der Ausbildung an.

SV **Markus Bensmann** (Malteser Hilfsdienst): Auch wir fordern eine Nachqualifizierung. Wir haben in der Vergangenheit die Systematik gehabt, dass sozusagen im Umschreibungsverfahren höhere Qualifikationen zugeordnet wurden. Perspektivisch werden wir aber die hochqualifizierten Mitarbeiter im Rettungsdienst benötigen, auch diejenigen, die bereits heute vorhanden sind. Insofern begrüßen wir dies ausdrücklich. Wir haben gegen die Berufsbezeichnung keine Einwände.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Wie wird sich der Gesetzentwurf auf die Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum auswirken?

SV Marco K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Grundsätzlich wollen wir keine große Unterscheidung zwischen dem großstädtischen und dem ländlichen Rettungsdienst machen. Jeder Verletzte und Erkrankte in Deutschland hat einen Anspruch auf eine schnelle und effiziente Versorgung. Wir wissen allerdings, dass im ländlichen Bereich die Eintreffzeiten länger sind. Wir wissen aber auch, dass wir im Bundesdurchschnitt immer längere Versorgungszeiten haben. Dr. Niehues hat es vorhin bereits gesagt: Wir werden den Notfallpatienten nicht gerecht, wenn wir eine Unterscheidung machen und sagen, im ländlichen Bereich erhält der Patient ein Schmerzmittel und im großstädtischen Bereich muss der Notfallpatient mit einer Oberschenkelfraktur zehn oder 20 Minuten schreiend auf der Straße liegen, weil der Notarzt noch anderweitig gebunden ist. Entweder wir sorgen dafür, dass die Notfallsanitäter gleich ausgebildet werden oder wir müssen insgesamt das System in Frage stellen. Ich möchte hierzu eine Expertengruppe zitieren, die vor einem Jahr einen Artikel zur Medikamentengabe durch nichtärztliches Rettungsfachpersonal veröffentlicht hat. Der Expertengruppe gehörten die BAND, der Bundesverband der Ärztlichen Leiter sowie das Sozial- und das Innenministerium von Rheinland-Pfalz an. Die Expertengruppe hat festgestellt, dass der Schmerz keine Notarztindikation ist und es sinnvoll wäre, wenn das Rettungsfachpersonal das Problem löst, weil der Notarzt für vitalbedrohte Patienten verfügbar sein soll. Weiterhin heißt es in dem Artikel, dass zudem die möglichen Komplikationen einer Medikamentengabe bekannt sein und beherrscht werden müssen. Dies ist durch die derzeitige Ausbildung nicht sichergestellt. Die Basis für weitergehende Regelungen ist in künftigen Gesetzen festzuschreiben. Für den Gesetzgeber gibt es mehrere Möglichkeiten, um Rechtssicherheit herzustellen. Es steht u. a. die Regelung einer Erlaubnis der Tätigkeit von nichtärztlichem Rettungsfachpersonal im Heilpraktikergesetz und die Zulassung der Verabreichung von Opiatanalgetika in

Akutsituationen durch nichtärztliches Rettungsfachpersonal im Betäubungsmittelgesetz. Die Bundesärztekammer hat im Rahmen der Notkompetenz seit 2004 Analgetika freigegeben. Dies soll durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst umgesetzt werden. Es stellt sich für uns die Frage, warum bisher nur ungefähr zehn Prozent der Rettungsdienstkreise dies umgesetzt haben. Wenn das in knapp zehn Jahren nicht möglich war, dann fragen wir uns, wie das zukünftig sichergestellt werden soll. Wie lösen die Rettungsdienstkreise, die Träger des Rettungsdienstes das Problem? Deswegen muss es in der Ausbildung fundiert unterrichtet und dann beherrscht werden. Und es muss in regelmäßigen Abständen über eine Bundesvereinigung immer wieder hinterfragt werden, ob diese Maßnahmen noch den allgemeinen Regeln der medizinischen Versorgung entsprechen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Eine weitere Frage richte ich an den GKV-Spitzenverband und die Bundesärztekammer. Sehen Sie die Möglichkeit, dass durch eine verbesserte Notfallrettung oder eine verbesserte Ausbildung bzw. durch eine höhere Qualifikation der zukünftigen Notfallsanitäter, Krankheits- und Krankheitsfolgekosten vermieden bzw. minimiert werden können?

SV Robin Rösenberg (GKV-Spitzenverband): Sie nehmen sicherlich auf die Studie aus Hessen Bezug, die im Gesetzentwurf zitiert wird. An dieser Studie, die ja unter gegenwärtigen Finanzierungsbedingungen erstellt wurde, waren wir in der Umsetzung nicht beteiligt. Allerdings sehen wir auf durchaus auch die Möglichkeit, durch eine verbesserte und qualifiziertere Notfallsanitäterausbildung zu Wirtschaftlichkeitspotenzialen zu kommen.

Sve Dr. med. Annette Güntert (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen das anders als mein Vorredner. Wir sehen nicht,

dass die Situation durch eine Kompetenzsteigerung bzw. über eine breitere Verantwortung der Notfallsanitäter, die vielleicht nicht so ausgebildet sind, wie das Notärzte wären, kostengünstiger wird. Durch die alleinige Verantwortung vor Ort wird unserer Auffassung nach die Anlieferung von Notfallpatienten eher verzögert und damit der Gesundheitszustand von Patienten verschlechtert. Wir sehen dadurch Folgekosten im gesamten Gesundheitssystem, d. h. im Krankenhaus. Daher glauben wir nicht an eine Verbesserung der Kostensituation. In diesem Zusammenhang ist vielleicht nochmal zu überlegen, ob man die erwähnten Gelder nicht in dem jetzigen System verwendet, um das, was DRG-bedingt in den letzten Jahren stattgefunden hat, nämlich dass z. B. die Krankenhäuser die Bereitstellung von Notärzten nicht mehr vornehmen können, zu verbessern. Man könnte versuchen, mit den Geldern die Ausstattung des Rettungsdienstes zu verbessern, anstatt einen neuen Berufsstand zu bilden, der das Gesamtsystem nicht verbessern kann. Daher sind wir dafür, die Gelder sehr verantwortungsbewusst nicht in einem neuen Berufsstand zu lokalisieren, da dieser wahrscheinlich keine Veränderung in der gesamten Notfall- oder Rettungsdienstsituation bewirken wird.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe ein Frage an die Gewerkschaft ver.di. Wie beurteilen Sie, dass künftig Ausbildungsgeld gezahlt werden soll?

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir begrüßen natürlich, dass zukünftig ein Ausbildungsentgelt gezahlt werden soll und gehen davon aus, dass es den Tarifstrukturen entsprechen wird. Was wir ein bisschen kritisch sehen ist, dass die Nichtigkeit der Vereinbarung auf der Individualebene festgesetzt ist. Das heißt, wenn die Schule doch eine Ausbildungsgebühr erhebt, weil ich den Vertrag so unterschrieben habe, muss ich mich individualrechtlich als Einzelperson wehren. Besser wäre es,

wenn geregelt ist, dass den Schulen verboten wird, eine Ausbildungsgebühr zu erheben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich möchte auf die Ausbildungsinhalte und Handlungskompetenzen zurückkommen. Die Frage richte ich an Dr. Niehues und ver.di. Sind die in § 4 Absatz 2 Nummer 1c beschriebenen eigenverantwortlich durchzuführenden Maßnahmen klar genug definiert, und entspricht der Umfang dem, was für die Tätigkeit von Notfallsanitätern sinnvoll und nützlich ist?

ESV **Dr. Christopher Niehues**: Die Formulierungen sind relativ unpräzise und wir streiten uns um die konkreten Maßnahmen. Problematisch ist z. B. die Formulierung „Verschlechterung vorzubeugen“. Diese Formulierung würde es ausschließen, Maßnahmen zu ergreifen, die dem Patienten helfen. So dürfte z. B. ein Notfallsanitäter kein Schmerzmittel verabreichen. Das, was jetzt schon Praxis ist, wäre mit der neuen Formulierung ausgeschlossen. Des Weiteren haben wir ein großes Problem der Rechtssicherheit. In der Gesetzesbegründung beruft man sich auf den rechtfertigenden Notstand. Um Rechtssicherheit zu haben, müsste der Notfallsanitäter dann immer den Notarzt anfordern. Das heißt, selbst wenn er einen banalen Zugang legt, was heute in vielen Kreisen tägliche Praxis ist, muss jedes Mal ein Notarzt angefordert werden. Das würde im Alltag zum Zusammenbruch des Systems führen, weil die Ärzte an anderer Stelle fehlten. Deshalb muss an dieser Stelle präzisiert werden, dass die Notfallsanitäter auch eigenständig invasive Maßnahmen ergreifen können, um dem Patienten zu helfen und Leiden zu lindern, bis der Patient einen Arzt sieht.

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen diesen Absatz ebenfalls kritisch, denn hier fehlt einerseits die Kompetenzorientierung, die in allen anderen Berufszulas-

sungsgesetzen, vor allen Dingen auch in allen dualen Berufen, dem Stand der Berufsbildung entspricht. Hier wird ein Zustand beschrieben, wie man ihn sich in der Realität vorstellt. Das sehen wir kritisch. Es sollten die Kompetenzen der Person am Stand der Technik gemessen formuliert werden. Denn besitze ich eine Kompetenz, dann habe ich diese generell und nicht nur bis zum Eintreffen des Notarztes. Wenn ich mich immer persönlich absichern muss, indem ich einen Arzt rufe, kann dies der notärztlichen Versorgung nicht dienlich sein. Das Problem der Rechtsunsicherheit sehen wir auch. Diese soll aber durch das Gesetz behoben werden, so dass die Kollegen, die jetzt in einem grauen Rechtsbereich agieren und die Rettungsdienstversorgung bereitstellen, rechtlich abgesichert werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich frage weiter ver.di. Halten Sie die vorgesehene Übertragung von staatlichen Aufgaben, also die in § 4 Absatz 1 Nummer 2c vorgesehenen Vorgaben für bestimmte medizinische Maßnahmen durch den jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, für zielführend?

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Den Absatz sehen wir äußerst kritisch. Denn erstens ist das ein Novum. In keinem anderen Berufszulassungsgesetz und in keinem der dualen Berufe, wir haben über 350, werden hoheitliche Aufgabe an eine Individualperson, hier eben den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, abgegeben. Hier wird beschrieben, dass die jetzige Praxis, die Herr Lechleuthner vorhin geschildert hat und die einem Notstand in der Praxis Rechnung trägt, im Gesetz geregelt werden soll. Das ist aber keine Verbesserung der Versorgung. Wir würden dafür plädieren, dass die wirklich benötigten Kompetenzen bundeseinheitlich in einem Bundesgesetz geregelt werden. Dann ist die Versorgung überall gleich. Was letztendlich in der Praxis durchgeführt wird, kann durch Standards oder im Rahmen der Dienst-

anweisung durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst angeordnet werden, so wie wir es bereits in anderen Berufen haben. Ein Beispiel ist die Krankenschwester. Sie erlernt alles, was sie benötigt. Das heißt aber nicht, dass alles, was sie lernt, in der Praxis auch abgefragt wird. Aber alle lernen bundeseinheitlich gleich, haben den gleichen Ausbildungsstand und die gleiche Kompetenz.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich möchte meine Frage an ver.di richten. Was halten Sie von der vorgesehenen Berufsbezeichnung? Gibt es von Ihrer Seite andere Vorschläge?

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Der Begriff Notfallsanitäter ist etwas irreführend, weil es nun den Rettungsassistenten, den Rettungssanitäter und den Notfallsanitäter gibt. Wir könnten uns vorstellen, dass für die Patienten nicht transparent ist, welche Qualifikation die Person hat, die sie versorgt. Wir würden aber sagen, dass der Begriff nicht so wichtig ist. Wichtig sind die Dinge, die wirklich im Gesetz geregelt werden und was dahinter steht.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den deutschen Feuerwehrverband und an ver. di. Es gibt Sonderregelungen für Beamtinnen und Beamte des feuerwehrtechnischen Dienstes. Welche Sonderregelung halten Sie für den Bereich der Feuerwehren für sinnvoll und notwendig?

SV **Dr. Jörg Schmidt** (Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV)): Wir halten Sonderregelungen für notwendig, weil wir erstens ein anderes Arbeitsverhältnis haben. Das wurde bereits deutlich gemacht. Wir sind Beamte. Das muss im Gesetz abgebildet werden, um den großen Anteil des Rettungsdienstes, der zurzeit durch kommunale Einrichtungen wie Feuerwehren geleistet wird, aufrecht zu erhal-

ten. Zum Zweiten haben wir bisher immer sehr stark den Vergleich zur klinischen Ausbildung gezogen. Ich lade Sie gerne zu uns ein, um Ihnen zu zeigen, dass das Arbeitsbild eines Rettungsassistenten oder eines zukünftigen Notfallsanitäters anders ist. Das ist kein vorbereiteter, strukturierter Arbeitsplatz. Das ist kein Arbeitsplatz der sicher ist und wo Sie wissen, was auf Sie zukommt, sondern Sie stehen immer vor einer unbekanntem Situation, die Sie zunächst erfassen müssen. Dabei sind Sie für Ihre eigene Sicherheit, aber auch für die des Patienten verantwortlich. Sie müssen zuerst diesen Arbeitsplatz strukturieren und dann mit der Medizin anfangen. Dieser Arbeitsplatz ist sehr viel näher an dem eines Einsatzdiensts als an einer klinischen Ausbildung und einem klinischen Arbeitsplatz. Er kann noch nicht einmal mit dem Arbeitsplatz in einer Notaufnahme, wo man sich weitestgehend vorbereiten kann, verglichen werden. Deshalb halten wir den im Gesetz eingeschlagenen Weg, dem Bereich der sogenannten allgemeinen Gefahrenabwehr mehr Rechnung zu tragen, richtig. Allerdings halten wir es für die Auszubildenden als nicht wünschenswert, wenn sie die Ausbildungsinhalte zwei Mal lernen müssten, weil sie z. B. Berufsfeuerwehrmann werden. Dieses kann man verrechnen, und diese Möglichkeit sollte im Gesetz enthalten sein. Gleiches gilt auch in anderen Bereichen, die ich jetzt nur streifen will. Stellen Sie sich vor, der Auszubildende lernt die Funktion der Atmung. Dieses Wissen benötigt er sowohl für seinen medizinischen Beruf als auch für seinen eigenen Atemschutz. Wir halten es für erforderlich, dass diese Dinge kombiniert werden, damit der Auszubildende sie nicht zwei Mal lernt. Hinzu kommen noch die dadurch doppelt verursachten Kosten.

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir halten die Anrechnung von Kompetenzen, die im Rahmen der Feuerwehrausbildung erworben werden, ebenfalls für notwendig und sinnvoll. Die Feuerwehr ist in einigen Bundesländern, das ist regional unter-

schiedlich, sehr stark im Rettungsdienst tätig und man würde die Versorgungsqualität gefährden, wenn die Feuerwehr dies künftig nicht mehr machen könnte. Insofern sollte ein Anspruch auf Verkürzung der Ausbildungsinhalte bestehen, wenn der Rettungsanwärter erworben wird. Die äquivalenten Inhalte könnten auch übernommen werden. Wir sehen es kritisch, wenn der formelle Abschluss des Rettungsanwärters übernommen wird und dies zur Konsequenz hat, dass die Auszubildenden, die nicht bei der Feuerwehr, sondern in anderen Bereichen sind, als zweiter Mann eingesetzt werden und nicht mehr als Lernende am Lernort Praxis eingesetzt sind. Die Verwertbarkeit darf für diejenigen, die eine normale Ausbildung absolvieren, nicht so hoch sein. Es muss sichergestellt sein, dass sie ihre Ausbildung machen. Es muss aber gleichzeitig gesichert sein, dass die Feuerwehren ihre Inhalte, auch die äquivalenten, angerechnet bekommen.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich komme nochmal auf die Stellungnahme von ver.di zurück. Sie kritisieren darin die vorgesehenen Regelungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung und die zur nachträglichen Aberkennung sehr stark. Können Sie das bitte etwas näher erläutern?

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen kritisch, dass bei der Berufszulassung die gesundheitliche Eignung vorliegen muss und vor allen Dingen, dass diese nachträglich wieder aberkannt werden kann. Das ist eine analoge Regelung zu anderen Berufszulassungsgesetzen. Es ist allerdings so, dass dies in den anderen Berufen, z. B. in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege, in der Praxis kaum vorkommt. Erstens haben wir in diesen Berufen ein breiteres Arbeitsfeld, und die Kolleginnen und Kollegen können viel leichter in einem anderen Bereich eingesetzt werden. Zweitens gibt es in der Praxis noch keine Tendenzen, dies stärker zu forcieren. Im

Rettungsdienst haben wir bereits jetzt die Situation, dass in einigen Regionen begonnen wird, eine Art Fitnessstest zu verlangen, um zu sehen, ob die Kolleginnen und Kollegen körperlich geeignet sind. Das ist natürlich äußerst kritisch, weil den Betroffenen zunächst kein anderer Arbeitsbereich zur Verfügung steht. Bekommt jemand seine Ausbildung nicht im Sinne des Arbeitsrechts, sondern berufsrechtlich aberkannt, hat dies sozialrechtliche Folgen. Daher sehen wir diese Regelung äußerst kritisch und plädieren dafür, dass das nachträgliche Aberkennen der Berufszulassung aus dem Entwurf entfernt wird.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an ver.di, die sich auf das Thema Prüfung bezieht. Hier kritisierten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Struktur der Ausbildungsprüfung und den Fehlzeiten. Könnten Sie diese Kritik etwas erläutern?

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Fehlzeitenregelung wurde analog den anderen Berufszulassungsgesetzen übernommen. Das haben wir bereits kritisiert. Es gilt, dass pro Anteil praktischer und theoretischer Ausbildung zehn Prozent Fehlzeiten erlaubt sind. In anderen Berufen gibt es diese Einschränkungen nicht. Dort entscheidet sich am Tag der Prüfung, ob ich die entsprechenden Kompetenzen vorweisen kann. Habe ich die Kompetenzen, bestehe ich die Prüfung. Eine Vorschrift, die besagt, dass, wenn man z. B. elf Prozent in der Theorie oder in der Praxis gefehlt hat, gar nicht mehr zur Prüfung zugelassen wird, ist kritisch. Man sollte es den Personen überlassen, ob sie der Meinung sind, dass sie die Kompetenz haben und die Prüfung bestehen können. Es sollte durch die Prüfung entschieden werden, ob sie die Berufszulassung erhalten oder nicht. Deswegen plädieren wir dafür, dass die Regelung so, wie sie in allen anderen Berufen im dualen System gelten, übernommen wird. Dies würde

auch der Kompetenzorientierung entsprechen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine letzte Frage geht an den Arbeiter-Samariter-Bund, die Johanniter-Unfall-Hilfe, den Malteser Hilfsdienst und an ver.di. Der Gesetzentwurf sieht entsprechende Übergangsvorschriften vor. Wie beurteilen Sie diese?

SV **Daniel Gelbke** (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB)): Die Übergangsvorschriften zur Überleitung der Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter begrüßen wir grundsätzlich. Wir mahnen aber an, dass im gesamten Gesetzentwurf noch die Begründung fehlt, wer dies finanziert. Wir reden hier von ganz erheblichen Summen, nämlich von bis zu 55.000 Euro pro Rettungsassistenten, der zum Notfallsanitäter weitergebildet wird. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Kolleginnen und Kollegen im Einsatzdienst ersetzt werden müssen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, hierzu eine klare Regelung zu schaffen und diese als Kosten zum Rettungsdienst hinzuzunehmen.

SV **David Kreuziger** (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH)): Ich schließe mich meinem Vorredner an. Wir begrüßen die Regelung und halten sie für geeignet. Bei der Frage der Kosten schließe ich mich dem ASB an.

SV **Markus Bensmann** (Malteser Hilfsdienst): Wir haben keine abweichende Stellungnahme gegenüber den Vorrednern.

SVe **Judith Lauer** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen die Regelung für Personen mit langjähriger Berufserfahrung etwas kritischer. Alle im Gesetz geregelten Tätigkeiten werden in der Praxis bereits von den Kollegen

durchgeführt, um damit den Rettungsdienst zu gewährleisten. Deshalb würden wir einen Übergang für Personen, die langjährige Berufserfahrung haben, ohne weitere Prüfung befürworten. Dies begründen wir auch damit, dass es das erste Berufszulassungsgesetz ist, bei dem so etwas überhaupt vorkommt. Das letzte Berufszulassungsgesetz war die Altenpflege, die von zwei auf drei Jahre überführt wurde. Bei den anderen Gesetzen war das nicht notwendig. Insofern ist dies eine Schlechterstellung der Kollegen. Da es sich um Tätigkeiten handelt, die bereits in der Praxis durchgeführt werden, sind wir der Auffassung, dass die Kollegen in jedem Fall ohne Prüfung übernommen werden müssen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an unseren Sachverständigen Dr. Niehues. Wie bewerten Sie die in § 4 Absatz 2 Nummer 1c enthaltene Definition der Handlungskompetenzen der Notfallsanitäter und welche Probleme könnten sich aus Ihrer Sicht für die Praxis ergeben?

ESV Dr. Christopher Niehues: Wie bereits ausgeführt, halte ich die Formulierung für relativ unpräzise. Es wird keine Rechtsicherheit gewährleistet. In der Praxis ist es so, dass sich das Rettungsdienstpersonal schon heute in einem Zielkonflikt befindet, zwischen der Garantenpflicht, d. h. zwischen dem, was er beherrschen und erbringen muss, und den Dingen, die unter ärztlichem Vorbehalt stehen. Auf Grund dieser Rechtsunsicherheit handeln viele Rettungsassistenten defensiv. Das heißt, es werden häufig nützliche Maßnahmen unterlassen, weil die Angst besteht, Fehler zu machen. Man hat mehr Angst vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen, als vor dem Tatbestand des Unterlassens. Das heißt, wir bräuchten eine Präzisierung dahingehend, dass die Notfallsanitäter, heute die Rettungsassistenten, eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchführen können. Hier stimme ich dem Vorschlag des Bundesrates voll zu. Der Bundesrat hat

gefordert zu prüfen, ob man entweder in das Gesetz direkt oder im Heilpraktikergesetz aufnimmt, dass der Notfallsanitäter eigenständige, begrenzte heilkundliche Maßnahmen ausführt. Der jetzige Gesetzentwurf schafft keine Rechtsicherheit. Er wird dazu führen, dass zu jeder invasiven Maßnahme immer der Notarzt nachgefordert werden muss, was unser System mit Sicherheit nicht mehr finanzieren kann.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Dr. Niehues und Herrn König. Sehen Sie auf Grund der Rechtsunsicherheit die Gefahr, dass es in den Regionen völlig unterschiedliche Vorstellungen gibt, auch unter Einbeziehung der leitenden Notärzte, was gemacht werden darf und was nicht? Wie wirkt sich dies auf das gesamtstaatliche Notfallsystem aus?

ESV Dr. Christopher Niehues: Es ist ja schon mehrfach deutlich geworden, dass der Rettungsdienst eine ganz starke heterogene Struktur hat. Diese Struktur würde sich weiter manifestieren. Das liegt insbesondere an § 4 Absatz 2c, der es dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst alleine überlässt, welche Maßnahmen er weiter delegiert, wobei es eine generelle Delegation in der Medizin nicht gibt. In der Praxis ist es so, dass wir die Mitarbeiter noch nicht einmal ausbilden können. Wenn wir z. B. an der Hochschule Studenten aus zehn verschiedenen Rettungsdienstbereichen haben, haben wir hinterher acht verschiedene Versorgungsstandards, obwohl in allen Landkreisen Ärztliche Leiter Rettungsdienst tätig sind. Wir sehen die Gefahr, dass bei einer Delegation auf die lokale Ebene auch lokal gehandelt wird. Es ist richtig, dass man vielleicht zwischen städtischen und ländlichen Bereichen differenzieren muss. Aber der städtische Bereich ist in Bayern der gleiche wie in einem anderen Bundesland. Das gilt auch für den ländlichen Bereich. Das heißt, ich plädiere weiterhin dafür, dass die sogenannten Basismaßnahmen bundeseinheit-

lich konkret definiert werden müssen, damit wir einheitlich ausbilden können. Wir müssen schauen, welches Zusatzpaket der Ärztliche Leiter Rettungsdienst freigeben kann, weil die lokalen Spezialitäten dies fordern.

SV Marco. K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)): Zum jetzigen Zeitpunkt haben wir mit dem Rettungsassistentengesetz kein so weitreichendes Ausbildungsziel. Es ist nur ein Satz. Wir haben in den meisten Rettungsdiensten häufig eine Adaptierung der Notkompetenzregelung entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer. Manche Arbeitsgerichte haben bestätigt, dass der rechtfertigende Notstand herangezogen werden kann. Dies ist sicherlich zum jetzigen Zeitpunkt richtig. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass wir eine Verbesserung erreichen wollen. Wir wollen diesen Spagat zwischen „darf ich das“, oder „darf ich das nicht“ künftig nicht mehr. Wir wollen eine eindeutige Handlungskompetenz. Wir wollen, dass ein Verband festlegt, was das derzeit Gültige ist, das der Patient mit einer schwersten Atemnot oder mit stärksten Schmerzen erhalten muss, oder wie reanimiert werden soll. Dann ist es natürlich schwierig zu verstehen, dass es immer noch der gerechtfertigte Notstand ist. Daher ist es vielleicht nicht verkehrt, wenn man weiter geht, so wie es auch der Bundesrat empfohlen hat. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass es nicht um die vollumfängliche Heilkunde geht, sondern um begrenzte Maßnahmen, die man ins Gesetz aufnehmen sollte. Eine unabhängige Organisation mit Beteiligung der Fachgesellschaften und der Verbände sollte festlegen, wie eine optimale Versorgung aussieht. Es darf nicht vergessen werden, es gibt nicht nur den notarztgestützten Rettungsdienst oder ein Paramedic System. Ich glaube, dass wir mit der vorhandenen Struktur einen effizienteren Rettungsdienst aufbauen könnten. Aber es ist sicherlich ein Schlüsselaspekt, dass rechtlich alles sauber geregelt sein muss, damit

ein Notfallsanitäter zukünftig keine Befürchtungen mehr haben muss.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe an den GKV-Spitzenband die Frage, ob es aus seiner Sicht notwendig ist, bundeseinheitliche Regelungen zur Übertragung ärztlicher Kompetenzen für Notfallsanitäter zu schaffen.

SV Robin Rösenberg (GKV-Spitzenverband): Wir unterstützen die Forderung einer bundeseinheitlichen Regelung, damit in ganz Deutschland gleiche Versorgungsbedingungen herrschen. Von den Sachverständigen ist der Vorschlag gekommen, dem G-BA weitere Regelungskompetenzen zu übertragen. Diese Idee ist für uns relativ neu und wurde noch nicht umfänglich diskutiert. Wir könnten uns eher vorstellen, dass seitens der Ärzteschaft - unterstützt durch die Fachgesellschaften - entsprechende medizinische Leitlinien gängiger Notfallbilder erarbeitet werden, und diese gegebenenfalls über ein Gesetz mit einer entsprechenden Verordnung des BMG verbindlich würden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich komme nochmal zu den Übergangs- und Anrechnungsregelungen zurück. Hierzu gab es mehrere Stellungnahmen. Ich frage den Sachverständigen Dr. Niehues, wie er die Übergangs- und Anrechnungsregeln für bereits aktive Rettungsassistenten bewertet.

ESV Dr. Christopher Niehues: Ich begrüße, dass eine Übergangsprüfung durchgeführt werden muss und es keine automatische Übergangsregelung gibt. Das dient insbesondere der Patientensicherheit. Aber ich möchte dafür plädieren, eine einheitliche Übergangsregelung zu wählen und nicht zu differenzieren, ob jemand drei Jahre, fünf Jahre oder länger berufstätig ist. Im Gesetz heißt es nur „drei Jahre oder fünf Jahre Tätigkeit“. Es ist ein Unterschied, ob

jemand drei Jahre hauptberuflich Rettungsdienst fährt oder ob jemand fünf oder sechs Jahre ehrenamtlich in einem eingeschränkten Maße tätig ist. Die vorgesehene Differenzierung würde auch dazu führen, dass alle, die länger als fünf Jahre tätig sind, nur eine Übergangsprüfung machen müssten. Alle, die weniger als fünf Jahre tätig sind, müssten eine zusätzliche Ausbildung von 960 bzw. 480 Stunden durchlaufen. In der Praxis ist zu befürchten, dass die Chancengleichheit zwischen jungen und älteren Kollegen gefährdet ist, weil es für den Arbeitgeber deutlich attraktiver wäre, die älteren Kollegen einer Ergänzungsprüfung zu unterziehen. Dadurch hätten Sie relativ schnell viele Alt Kollegen als Notfallsanitäter. Die jungen Kollegen, die erst seit zwei oder drei Jahren dabei sind, würden kein halbes Jahr freigestellt, um die entsprechende Schulung zu machen. Ich plädiere deshalb für eine einheitliche Regelung. Auch Altassistenten sollten auf jeden Fall eine theoretische und praktische Schulung im Krankenhaus erhalten. Denn nur weil ich in der Praxis etwas lebe, heißt das nicht, dass ich alles beherrsche. Ich plädiere dafür, eine einheitliche Regelung zu finden, damit alle, die Notfallsanitäter werden wollen, eine sowohl theoretische als auch praktische Zusatzausbildung mit einer Ergänzungsprüfung machen müssen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann geht eine Frage an den AgRD, an den Verband Deutscher Privatschulen und an den DBRD. Wie bewerten Sie das Gesetz bezüglich der Nachwuchssicherung? Auf der einen Seite steigt die Attraktivität, auf der anderen Seite gibt es längere Ausbildungszeiten und gestiegene Anforderungen. Wird nach Ihrer Meinung die Berufsgruppe der Rettungssanitäter oder Rettungsassistenten fortbestehen?

SV Ingo Kolmorgen (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland (AgRD)): Wir sehen die Attraktivität durch die höheren Zugangsvoraussetzungen sowie die weitreichenderen Befugnissen, die

man als Notfallsanitäter erhält, in jedem Fall gegeben. Wir sehen jedoch ein Problem im Durchstieg vom Rettungssanitäter zum Notfallsanitäter. Wir plädieren deshalb dafür, dass es entsprechende Aufbaumöglichkeiten gibt, damit für einen Rettungssanitäter, der sich bewährt hat, die Möglichkeit besteht, Rettungsassistent zu werden, wie das jetzt der Fall ist. Er sollte auch die Möglichkeit erhalten, eine Weiterbildung zum Notfallsanitäter machen zu können. Wenn wir die beiden Berufsbilder Rettungssanitäter und Notfallsanitäter von einander entkoppeln, entsteht ein großes Problem. Der Rettungssanitäter hat keine Möglichkeit, sich zum Notfallsanitäter weiterzubilden. Es ist zu befürchten, dass künftig die Standardbesetzung eines Notfallrettungsmittels aus einem Rettungssanitäter und einem Notfallsanitäter besteht. Das halten wir für eine nicht zielführende Verbesserung des Systems. Es wäre anzustreben, dass die Standardbesetzung aus einem Rettungsassistenten und einem Notfallsanitäter besteht. Wir warnen davor, dass künftig der Rettungssanitäter Fahrer des Rettungsmittels werden soll und sich dann ausschließlich auf diese Tätigkeit beschränkt. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter erfolgt in einem dreimonatigen Lehrgang mit einem theoretischen Anteil von 160 Stunden. Das sind vier Wochen Vollzeitunterricht mit entsprechenden Praktika. Danach soll der Rettungssanitäter dem Notfallsanitäter assistieren. Deshalb wiederhole ich die Forderung, dass ein dreigliedriges System beibehalten wird, um dem Rettungssanitäter die Möglichkeit zu geben, bei entsprechender Eignung zum Notfallsanitäter aufgewertet zu werden.

SVe Dr. Dr. Barb Neumann (Verband Deutscher Privatschulverbände (VDP)): Grundsätzlich sehen wir auch, dass der Beruf des Notfallsanitäters attraktiv sein kann und dass damit für die Fachkräfteausbildung entsprechende Interessenten gewonnen werden können. Wir machen aber darauf aufmerksam, dass wir mit dem Gesetzentwurf auch Bedingungen schaffen, die einen Fachkräftemangel auf dieser

Ebene hervorrufen werden, wenn wir bedenken, dass 2016 kein Absolventenjahrgang zur Verfügung stehen wird. In dieser Hinsicht sollten die Übergangsregelungen definitiv überprüft werden. 2013 beginnt der letzte Rettungsassistentenlehrgang, der nach zwei Jahren im Jahr 2015 beendet sein wird. 2014 beginnt erstmals nach dem neuen Gesetz die Notfallsanitäterausbildung, die dann 2017 abgeschlossen sein wird. Das heißt, wenn wir dies sowie die Tatsache berücksichtigen, dass die Finanzierung eigentlich nicht gesichert ist, ist das Gesetz theoretisch geeignet, den Beruf attraktiv zu machen und Fachkräfte zu rekrutieren. Aber praktisch, wenn es so umgesetzt wird, nicht.

SV Marco. K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)): Wir gehen davon aus, dass wir weniger Notfallsanitäter benötigen, als berechnet wurde. Zunächst hoffen wir natürlich, dass viele Rettungsassistenten die Prüfung oder den eventuell notwendigen vorherigen Lehrgang besuchen und die Prüfung erfolgreich abschließen, so dass recht schnell Notfallsanitäter zur Verfügung stehen. Die Länder werden natürlich schauen, dass ihre Landesrettungsdienstgesetze mit einem Notfallsanitäter im Rettungswagen erst dann greifen, wenn genügend Notfallsanitäter zur Verfügung stehen. Wir müssen aber auch feststellen, dass in bestimmten Bundesländern Notfallrettungswagen als Mehrzweckfahrzeug eingesetzt werden. Sie befördern zum überwiegenden Teil keine Notfallpatienten. Das schont die Ressourcen sicherlich nicht. Wenn man die Rettungsdienstgesetze entsprechend überarbeitet, könnte dies dazu führen, dass wir weniger Notfallsanitäter benötigen, weil es weniger Rettungsfahrzeuge gibt. Das Berufsbild wird eine höhere Anerkennung in der Bevölkerung und bei den jeweiligen Notfallsanitätern haben, so dass wir hoffen, dass die Fluktuation abnimmt. Es gibt immer noch Abiturienten, die die Ausbildung als Übergangsausbildung absol-

vieren. Wir hoffen, dass diese künftig in dem Beruf bleiben.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe nur eine Verständnisfrage an die Bundesärztekammer. Habe ich gerade richtig verstanden, dass Sie sinngemäß vorschlagen, wir sollen die 42 Millionen Euro Mehrkosten einsparen, indem wir kein Gesetz verabschieden und das Geld dafür an die Ärzte auszahlen?

SVe Dr. med. Annette Güntert (Bundesärztekammer (BÄK)): So illusorisch sehen wir diese Situation nicht. Nein, wir glauben, dass es wichtig ist, die Kompetenzsteigerung der derzeitigen Rettungsassistenten zu befördern. Wir haben ein gut funktionierendes System. Wir sollten die im System Arbeitenden nicht durch eine Kompetenzerweiterung überfordern, sondern durch eine Kompetenzsteigerung rechtssicherer machen. Wir glauben, dass die haftungsrechtlichen Fragen, die mit dem geplanten § 4 Absatz 2 Nummer 1c gegeben sind, eher zu einer Problematik der Situation im Rettungsdienst führen werden. Wir denken, dass man die Gelder, die im Gesundheitssystem wirklich knapp sind, anderweitig für das System nutzen sollte. Es findet eine Erweiterung statt, die nach unserer Auffassung bereits durch die ärztliche Kompetenz abgedeckt ist.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Die ärztliche Kompetenz ist nur nützlich, wenn auch ein Arzt da ist. Also sollen wir mehr Ärzte einstellen. Ich will an dieser Stelle nicht weiter nachfragen, aber Ihre Stellungnahme klingt sehr ärztegetrieben. Wir nehmen dies zur Kenntnis. Mich treibt der Rechtfertigungsnotstand etwas um. Ich glaube nicht, dass ein Ausbildungsgesetz das richtige Gesetz ist, um die Kompetenzen abschließend zu regeln. Ich weiß auch nicht, ob es per se ideal ist, den Notfall abschließend zu beschreiben. Es wird immer Notfälle geben, die noch nicht erfasst sind. Ich weiß nicht, wer mir diese

Frage beantworten könnte, aber vielleicht kann jemand von Ihnen zu dieser Frage Stellung nehmen. Wir haben nämlich nicht ohne Grund im Gesetzestext eine offenere Formulierung gewählt, denn im Notfall soll flexibel reagiert werden können. Wer hat sich von den Vereinigungen gemeldet? Ich bitte den DPRD, den BVRD und eine der Hilfsorganisationen um Antwort.

SV Marco. K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)): Es ist sicherlich nicht ganz so einfach. Auch die Notfallmedizin ist natürlich einem ständigen Wandel unterzogen und kann nicht festgeschrieben werden. Für uns ist es irritierend, dass in Stellungnahmen immer wieder erwähnt wird, dass zu Notfallsituationen die Notfallnarkose zählt, dass man Schläuche in den Brustkorb legt oder Luftröhrenschnitte durchführt. Es gibt eine festgeschriebene Ausbildungsstruktur, die von einer Unterarbeitsgruppe der Expertengruppe des BMG erarbeitet wurde. Darin ist festgelegt, dass beispielsweise die Notfallnarkose im Themenbereich 7 unter die Mitwirkung fällt. Wir haben uns damals geeinigt, dass nur solche Maßnahmen eigenverantwortlich durchgeführt werden sollen, die beherrscht werden. Zudem ist die Thorax-Drainage oder die Koniotomie, bei der chirurgisch ein Atemweg im Halsbereich geschaffen wird, nur vom Notfallsanitäter zu versehen. Das heißt, auch dies wird zukünftig nicht eigenverantwortlich durch den Notfallsanitäter durchgeführt werden. Es geht primär darum, zunächst die normalen Notfälle abzudecken. Wir haben in Deutschland immer noch Patienten mit schwerster Luftnot oder mit stärksten Schmerzen, die wir nicht behandeln dürfen oder können. Es wird davon ausgegangen, dass wir die Reanimation oder die Polytraumaversorgung bis zum Eintreffen des Notarztes übernehmen, aber hier haben wir noch Defizite. Wir sollten einfach prüfen, was der allgemeinen Notfallsituation entspricht und uns nicht um spezielle Notfälle, wie z. B. die Koniotomie als chirurgische Atemwegssicherung, küm-

mern. Diese ist so selten erforderlich, dass ein Notfallsanitäter damit mit Sicherheit auch nicht in der Assistenz mit dem Notarzt in Kontakt kommt. Deswegen geht die Diskussion am Thema vorbei. Lassen Sie uns bitte die Notfälle betrachten, die täglich hunderte Male vorkommen und die wir immer noch nicht auf einer rechtlich gesicherten Grundlage durchführen dürfen.

SV Prof. Dr. Gerhard Nadler (Berufsverband für den Rettungsdienst (BVRD)): Herr Spahn lassen Sie mich zwei Punkte sagen. Erstens: Es ist in der juristischen Literatur gegenwärtig umstritten, ob das, was der Rettungsassistent/der Rettungssanitäter im Notfalleinsatz macht, überhaupt unter den sogenannten Arztvorbehalt fällt. Es gibt viele Juristen und es gibt aus dem Bereich der Wissenschaft Dissertationen, die sagen, dass dies nicht der Fall ist. Insofern benötige ich auch den rechtfertigenden Notstand nicht. Es wird aber immer wieder davon gesprochen, dass es verboten ist. Dann benötige ich den rechtfertigenden Notstand. Das ist Ansichtssache. Der zweite Punkt ist: Sie warfen die Frage auf, ob ein Ausbildungsgesetz der richtige Platz ist, um die Kompetenzen zu regeln. Es wäre wahrscheinlich nicht schlecht, auch unter dem Aspekt der Einhaltung der Rechtsordnung, dass man es an dieser Stelle regelt.

SV Wolfgang Kast (DRK-Generalsekretariat): Zum einen muss man zwischen den Notfällen und dem Leistungsgeschehen im Notfall differenzieren. Es gibt keine evidenzbasierten Zahlen, die belegen, wie viele Notfälle wir tatsächlich im Leistungsgeschehen haben. Das heißt, wir wissen zwar wie viele Transporte oder Fahrten durchgeführt werden, aber wie viele Notfallpatienten wir tatsächlich bundesweit haben, ist in keiner Statistik erfasst, weil es nicht Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes ist. Dieses neue Gesetz und das Berufsbild des Notfallsanitäters versetzen uns künftig in die Lage, mit einem

Berufsbild in der medizinischen Versorgung auf Basis der veränderten Demographiestruktur und der Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität und den bereits heute vorhandenen und künftig verstärkt auftretenden Erscheinungen, kleinräumig zu wirken. Entweder der Bundesgesetzgeber oder die Akteure vor Ort haben dann die Aufgabe, unter Einbeziehung der verschiedenen Professionen, die genau das abbilden, was der Patient benötigt, in der Versorgungsplanung entsprechende Versorgungsstrukturen zu schaffen. Es geht nicht um eine philosophische Diskussion des Notfalls oder des Nichtnotfalls oder des Notstandes, sondern es geht darum, was die Patienten künftig benötigen und welches Versorgungsniveau sie erfahren.

SV Prof. Dr. Bernd W. Böttiger (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)): Ich war bis zum letzten Jahr vier Jahre lang Vorsitzender des European Resuscitation Council. Deshalb überblicke ich auch die Situation in Europa. Wir haben dort sehr viele verschiedene Rettungsdienstsysteme. Wir begrüßen dieses neue Gesetz außerordentlich und unterstützen es sehr. Wir halten es für unabdingbar, dass die Qualifikation erhöht wird. Das wesentliche Gut, um das es uns gehen muss, ist die Patientensicherheit. Ich möchte einige Fakten präsentieren. Im Notfall geht es um Leben und Tod. Durch von der EU geförderte Untersuchungen wurde belegt, dass reine Paramedic Systeme nicht in der Lage sind, das Leben so zu sichern, wie ein Notarztssystem. Wir wissen, dass z. B. das prähospitaler Ergebnis bei Kreislaufstillstand und Reanimation, davon sind in Deutschland 70.000 Menschen pro Jahr betroffen, in einem notarztgestützten System um den Faktor zwei bis fünf besser ist als in einem Paramedic System. Diese Fakten kann man nachlesen. Ähnliches gilt für polytraumatisierte Patientinnen und Patienten. Deswegen ist es uns ein Anliegen, das ist mein erster Punkt, dass es in Deutschland keine notarztefreie Zone geben darf. Das wäre gefährlich. Deswegen

muss aus § 4 Absatz 2 Nummer 1c gestrichen werden, dass der Notfallsanitäter die Versorgung alleine durchführen kann, bis er im Krankenhaus ist. Egal ob auf dem Land oder in der Stadt, er sollte medizinische Maßnahmen nur so lange ergreifen, bis der Notarzt kommt. Bei der ABC-Regel, das kennt jeder im Notfall, geht es um die Atmung und die Beatmung, wenn es einem Patienten schlecht geht. Das sind die wesentlichen Dinge, da man ohne Sauerstoff ziemlich schnell tot ist. Man muss also den Airway managen, um die Beatmung nicht nur durch Koniotomie, sondern auch durch Intubation oder durch Maskenbeatmung usw. sicherstellen zu können. Dafür ist ein sehr intensives Training erforderlich. Das muss sicher beherrschbar werden. Wir benötigen mindestens 150 Intubationen, um in 95 Prozent der Fälle erfolgreich zu sein. Es ist gerade vor wenigen Monaten eine Publikation erschienen, die Paramedic Systeme mit Notarztssystemen vergleicht. Es wird dort gezeigt, dass Paramedics, auch wenn sie sehr gut ausgebildet sind, nur 85 Prozent der Fälle, Notärzte aber deutlich mehr als 95 Prozent der Fälle beherrschen. Wir plädieren dafür, dass es keine notarztefreie Zone gibt. Wir plädieren auch für die Streichung der Textpassage, dass ein lebensbedrohlicher Zustand oder eine Verschlechterung zu erwarten sein muss. Das lässt zu viel Interpretationsspielraum. Es liegt uns auch sehr am Herzen, dass es unbedingt in der Verantwortung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst und nicht in der irgendeines Arztes liegen muss, was ein Notfallsanitäter in Zukunft tun darf und was nicht.

SV Dr. Alex Lechleuthner (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (BV-ÄLRD)): Ich möchte die Frage der Kompetenz aus meiner Sicht noch einmal darstellen. Wenn ich als Arzt die Dinge, über die wir heute gesprochen haben, tue, möchte ich rechtssicher wissen, ob ich dafür eine behördliche Erlaubnis, d. h. die Approbation benötige. Die Ausbildung genügt nicht. Diese kann die Behörde zwar unter bestimmten Um-

ständen wieder zurücknehmen, aber dafür besteht für den Arzt Rechtssicherheit. In allen Diskussionen der vergangenen Jahre war es nicht beabsichtigt, eine Art Approbation oder Teilapprobation für den Notfallsanitäter zu kreieren. So wie momentan diskutiert wird, stellt es sich dar, als ob ein Notfallsanitäter kraft seiner Ausbildung all diese Maßnahmen durchführen dürfte. Aus diesem Grund wurde richtigerweise für diese speziellen Maßnahmen der Ärztliche Leiter Rettungsdienst so eingesetzt, dass diese Tätigkeiten unter dessen Regie durchgeführt werden können. Wenn sie sich hier umsehen, wie viele Organisationen an einem Tisch sitzen, dann sind diese Organisationen auch alle in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt gemeinsam tätig. Hier müssen ebenfalls einheitliche Standards gesetzt und das Zusammenwirken organisiert werden. Dies wollte ich zur Kompetenzübertragung erläutern.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine praktische Frage an die Bundesärztekammer und das Deutsche Rote Kreuz. In der Vergangenheit war es so, dass sehr viele angehende Ärzte die Möglichkeit genutzt haben, die Zeit bis zum Studienbeginn als Rettungsassistent zu überbrücken. Die bislang relativ kurze Ausbildungszeit wird künftig länger sein. Wird es für angehende Ärzte trotzdem interessant bleiben, diese Ausbildung zu beginnen und diese Tätigkeit auszuüben, wenn die Ausbildungszeit verlängert wird? Wenn nicht, würde dies aus Ihrer Sicht ein Problem darstellen?

SVe **Dr. med. Annette Güntert** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die vermehrte Ausbildung von angehenden Medizinstudenten zum Rettungsassistenten rührt aus einer Zeit, als es den Zivildienst noch gab und man so die Wartezeit verbessern konnte. Wir glauben, dass die Attraktivität dieser Ausbildung nicht schlechter wird. Man bekommt einen Einblick in einen bestimmten, sehr spezifischen Sektor der Medizin. Es sollte aber nicht dazu ani-

mieren, ich sage mal, zu parken, um einfach nur auf einen Studienplatz warten zu können. Hier wären andere Maßnahmen besser, z. B. wenn man den Numerus clausus relativieren und auch vielleicht die Studienplatzanzahl erhöhen würde. Trotzdem wird die Zahl der angehenden Medizinstudenten, die diesen Weg wählen, nicht steigen, weil dies in der Vergangenheit zumeist die Zivildienstleistenden waren.

SV **Wolfgang Kast** (DRK-Generalsekretariat): Es ist richtig, was die Kollegin von der Bundesärztekammer sagte. Es waren zum Teil Zivildienstleistende. Aber es sind auch Menschen, die eine hohe Affinität zu dieser Tätigkeit haben. Sie werden diese Berufsausbildung weiter vorschalten, um mit Praxiserfahrung ins Studium zu gehen und nicht nur eine theoretische Studienausbildung zu haben. Es ist ein bestimmtes Klientel, das das Studium mit einer besseren Praxisausbildung aufnehmen wird. Es sind nach unseren Beobachtungen hauptsächlich Männer und Frauen, die sich später für eine weitere Qualifikation im Bereich der Notfallmedizin oder der Anästhesiologie interessieren. Daran wird sich nichts ändern. Was sich ändern wird, sind die von der Kollegin beschriebenen „Parker“, die wegen des Numerus clausus Wartezeiten absolvieren mussten und geschaut haben, wie sie diese am besten überbrücken. Hier ist die Motivation oftmals fraglich. Diese Gruppe wird vielleicht wegbrechen. Dies führt natürlich bei uns zu Fluktuationen. Allerdings ist dies nicht das Klientel, das wir uns als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wünschen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe noch eine kurze Zusatzfrage zu diesem neuen Berufsbild an ver.di und an den Berufsverband Rettungsdienst. Welche Möglichkeiten gab es in der Vergangenheit für Rettungsassistenten, wenn sie beispielsweise aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage waren, ihren Beruf auszuüben? War eine Anschlussbeschäf-

tigung z. B. in einem Krankenhaus in der Notaufnahme möglich? Wie wird sich die Situation mit dem neuen Berufsbild darstellen? Ist zukünftig für Notfallsanitäter auch diese Alternative gegeben?

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Bisher ist es eher schwierig, in einem anderen Berufsfeld unterzukommen, da die Qualifikation der zweijährigen Ausbildung sehr eng auf diese Tätigkeit bezogen ist. Insofern sehen wir, dass es einfacher wird, auch in anderen Berufsbildern tätig zu werden. Gerade im Krankenhaus gibt es Berufsfelder, in denen ich nicht so stark mit Heben und Tragen in der Verantwortung bin. Denn wenn ich zu zweit vor Ort bin – ein Rettungsanwärter und ein Rettungsassistent – muss ich entsprechend mit anpacken, egal ob ich ein bestimmtes körperliches Leiden habe oder nicht. Deshalb glaube ich, dass eine Organisation wie das Krankenhaus, das von der Struktur her größer ist, mehr Arbeitsplätze zur Verfügung stellen kann, die für den Notfallsanitäter attraktiv sein können und auch für ihn geeignet sind.

SV Marco. K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)): Bereits jetzt suchen die Kliniken Rettungsassistenten. Bis vor einigen Jahren versuchte man, Rettungsassistenten mit gesundheitlichen Einschränkungen im Rettungsdienst zu behalten. Es gab neben den Rettungsleitstellen kaum andere Beschäftigungsmöglichkeiten. Dies war für die Rettungsassistenten sicherlich nicht wünschenswert, weil hierfür eine Eignungsprüfung erforderlich war. Dies hat sich in den letzten Jahren geändert. Durch vermehrte Stellenanzeigen und durch unseren Einblick in die Krankenhäuser wissen wir, dass nicht nur in Notaufnahmen, sondern auch im Bereich der Anästhesie und Intensivpflege Rettungsassistenten gesucht werden. Wir gehen davon aus, dass durch die dreijährige Ausbildung, die noch näher an der dreijährigen Krankenpflegeausbildung sein könnte, Notfallsanitäter mit gesundheitlichen Be-

eintrüchtigungen insbesondere im Bereich der Notaufnahme eine Anstellung finden können. Nur darf man nicht vergessen, dass auch im Krankenhaus die Belastung nicht gleich null ist. Auch dies muss beachtet werden. Wichtig ist, dass man schaut, ob die Belastung, der der Notfallsanitäter jeden Tag ausgesetzt ist, minimiert werden kann, damit er eben nicht so schnell berufsunfähig wird.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di, Komba, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Deutschen Feuerwehrverband. Wie bewerten Sie die Regelung zur Hochschulqualifizierung und dass die Lehrkräfte sowohl eine fachliche als auch pädagogische Kompetenz erworben haben müssen mit Blick auf praktische Erwägungen? Hier meine ich insbesondere den Praxisbezug der Lehrenden und auch die Verfügbarkeit von Personal. Da das Berufsbild immer weiblicher wird, hätte ich auch gerne eine Einschätzung dazu, ob Sie die Geschlechterspezifika sowohl bei den Lehrkräften als auch bei den Auszubildenden im Blick haben.

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir glauben, dass es wichtig ist, dass die Lehrkräfte nicht nur fachlich, sondern auch pädagogisch qualifiziert sind, da sie die Notfallsanitäter ausbilden sollen. Es gibt ganz moderne Ansätze, die Menschen, die eine pädagogische Qualifikation haben, auch vermitteln können. Insofern meinen wir, dass man von der Hochschulqualifikation, die auch eine pädagogische Qualifikation mit Praxisbezug einschließt, nicht absehen kann. Das haben wir auch in anderen sehr stark praktisch geprägten Berufen, z. B. in der Gesundheits- und Krankenpflege. Trotzdem sehen wir im Berufszulassungsgesetz nicht davon ab, dass die Personen eine Hochschulausbildung haben und pädagogisch qualifiziert sein müssen. Bei der Verfügbarkeit von entsprechenden Personen wird es zunächst einen Engpass

geben. Deshalb sind Übergangsregelungen erforderlich und dann muss aufgebaut werden. Zum Gender-Aspekt: Ich denke, man muss sehen, wer sich für die Tätigkeit qualifiziert. Ich könnte mir vorstellen, dass Frauen, die in diesem Bereich arbeiten, sich vorstellen können, in der Lehre tätig zu werden, weil pädagogische Berufe auch immer stark von Frauen ergriffen werden. Wenn man hier eine Durchlässigkeit schafft, wäre dies für das altersgerechte Arbeiten, unabhängig vom Geschlecht, von Vorteil.

SV Eckhard Schwill (Komba Gewerkschaft): Zurzeit vermitteln vielfach Menschen das Wissen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer praktischen Erfahrung. Wir sehen das Problem, dass es momentan noch keine geeigneten pädagogischen Fachkräfte gibt, weil der Studiengang noch nicht in dem Maße vorhanden ist, dass auf die Schnelle entsprechende pädagogisch geschulte Fachkräfte die Ausbildung vornehmen könnten. Mittelfristig ist es sehr wichtig, dass neben der pädagogischen auch die fachliche Qualifikation vorhanden sein muss. Wir hoffen, dass bei entsprechender Hochschulausbildung in absehbarer Zeit qualifizierte Fachkräfte vorhanden sein werden. Allerdings muss sichergestellt werden, dass aufgrund der derzeitigen Sach- und Rechtslage in den einzelnen Ausbildungsstellen und speziell bei den Feuerwehren künftig qualifizierten Fachkräften des gehobenen oder höheren Dienstes, eine entsprechende Ausbildung angeboten werden kann. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass Frauen vermehrt in diesem Bereich tätig sind. Wir halten es für sehr wichtig, dass dies weiter ausgeweitet wird und dass eine Ausbildung durch Männer und Frauen möglich wird. Es muss deutlich werden, dass der Frauenanteil gewährleistet und ausgebaut werden muss.

SV Jörg Freese (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände): Im Grundsatz ist es wichtig und richtig, dass wir an den Schulen gute Fachkräfte für die

Ausbildung haben. Dies ist überhaupt keine Frage. Deshalb spricht vieles für die Regelung. Aber es gibt weder die Fachkräfte noch die Studiengänge und noch die Absolventen. Es wird noch viele Jahre dauern, bis dies alles in ausreichender Zahl vorhanden sein wird. Deshalb benötigen wir eine Übergangsregelung. Wir haben im Hinblick auf die vorhandenen Fachkräfte in den Feuerwehren den Vorschlag gemacht, auf jeden Fall die entsprechend ausgebildeten und für den gehobenen und höheren feuerwehrtechnischen Dienst zugelassenen Kolleginnen und Kollegen einzusetzen. Es kann noch andere geeignete Übergangsregelungen geben. Ohne Übergangsregelungen müssen wir uns wahrscheinlich in den Ländern mit Sondergenehmigungen und eher großzügigen Auslegungen behelfen, damit die Schulen diese Regelung tatsächlich erfüllen können. Das glaube ich, wollen wir nicht. Wir wollen eine stringente und gute Ausbildung mit qualifizierten Fachkräften. Diese sollen akademisch aber auch praktisch ausgebildet sein. Das ist ein bisschen viel verlangt. Insofern sollte diese Regelung vielleicht noch einmal geändert und an die tatsächliche Situation, die eben eine ganz andere ist, angepasst werden.

SV Dr. Jörg Schmidt (Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV)): Wir haben ein praktisches Berufsbild und ein einzigartiges Berufsbildungssystem, das in der dualen Berufsausbildung beides miteinander verknüpft. Das sollte auch weiter so bleiben. Ich möchte Sie davor warnen, alles in eine akademisierte Glückseligkeit zu legen. Ich bin Akademiker, deswegen kann ich das sagen. Ich halte mehr davon, wenn wir unsere gut qualifizierten Praktiker pädagogisch weiterbilden, als wenn wir Lehrer dazu zwingen, in einen solchen Praxisbereich einzudringen und sich dieses Wissen anzueignen. Das gibt es zurzeit nicht, das müssten wir neu aufbauen. Die Frage ist, ob wir dies wollen und ob wir ganzen Gesellschaftsgruppen den Zugang zu diesem Bereich vermitteln wollen. Ich halte sehr viel mehr davon, Leute aus der

Praxis fortzubilden, weil ich mir der Qualität bewusst bin, wenn Schulen z. B. unter eine pädagogische Leitung gestellt sind. Aber ein Lehrkörper komplett aus Akademikern ist ein Wunschbild der Verbesserung, das nicht greifen wird. Wir haben dies zwar im Krankenpflegegesetz, aber nicht im Hebammengesetz. Ich frage mich, ob die Hebammenausbildung weniger wert ist. Wenn es dort weiterhin mit Lehrhebammen funktioniert, dann scheint dies nicht schlecht zu sein. An den Krankenpflegesschulen wurde noch nicht umgesetzt, dass nur Akademiker unterrichten. Es läuft zurzeit auch ganz gut mit den Lehrschwestern, wie man diese früher nannte. Zur Frage der Berücksichtigung von Frauen muss ich darauf antworten, dass es vom Deutschen Städtetag und von der Ingenieurvereinigung VFDB eine sehr gute neuere Untersuchung zur physischen Eignung von Frauen für bestimmte Berufsbilder gibt. Diesen Aussagen würde ich mich anschließen. Wir sollten Frauen in diesem Bereich fördern. Wir müssen aber auch zur Kenntnis nehmen, dass bei einem gerade im Einsatzgeschehen stark körperlich geprägten Beruf nicht jede Frau das von ihr Geforderte leisten können. Man sollte die Schranken abbauen, man sollte aber nicht die Naivität haben, dass wir eine Fifty-fifty-Lösung bekommen. Das wäre illusorisch.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte diesen letzten Punkt, inwieweit wir das Thema Vielfalt auch in den Gesundheitsberufen genauer zu betrachten haben, aufgreifen. Meine Frage geht an Dr. Niehues, an AgRD, an den Feuerwehrverband und ver.di. Wo sind in der Realität für die Männer und Frauen die Schnittstellen zwischen den Berufen? Wir haben gerade die Unterscheidungen festgestellt. Werde ich vom Rettungsanwärter, von der Rettungsanwärterin zur Hebamme, zum Entbindungspfleger oder zur Krankenschwester, zum Krankenpfleger, wenn ich kein sogenannter „Parker“ bin? Es hörte sich so an, als ob dies ein Berufsbild nur für bis zu Dreißigjährige ist. Was machen wir für diejenigen, die älter sind als 30,

aber auch eine lebenssichernde Rente möchten? Auf diesen Aspekt der vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit im Gesundheitswesen zwischen den Gesundheitsberufen hätte ich gerne eine Antwort.

ESV Dr. Christopher Niehues: Es ist in der Tat sehr komplex. Allerdings beschränken sich die Schnittstellen letztendlich auf wenige Bereiche. Zum einen ergibt sich die Schnittstelle zur Notaufnahme. Das ist der Schnittstellenbereich, den die Notfallsanwärtler jeden Tag erleben. Die körperliche Belastung in der Notaufnahme ist unter Umständen fast genauso hoch wie die im Rettungsdienst. Eine zweite Schnittstelle ist die zur Intensivstation und zum Intensivtransportdienst. Eine dritte Schnittstelle ist die zur Leitstelle. Sie haben Personal, das zehn oder 20 Jahre Einsatzerfahrung hat. Dieses ist mit Sicherheit prädestiniert dafür, in Leitstellen tätig zu werden und Notrufe abzufragen. Die Leute kennen die Realität und haben das nötige Hintergrundwissen. Wenn man auf die Demographie abzielt, ist die Leitstelle wahrscheinlich die Position, in der die körperliche Beanspruchung am geringsten ist. Allerdings gibt es dort nicht in dem Umfang Stellen, wie sie benötigt werden.

SV Ingo Kolmorgen (Arbeitsgemeinschaft Rettungsassistentenschulen Deutschland (AgRD)): Ich möchte mich meinem Vordr. anschließen und ergänzen, dass wir im Rettungsassistentengesetz derzeit eine einseitige Durchlässigkeit haben. Das heißt Personen mit einem Kranken- oder Kinderkrankenpflegeexamen können die Ausbildung verkürzen. In der Praxis hat sich dies aber nicht bewährt. Ein derart verkürzter Lehrgang war nicht zielführend. Dies liegt daran, dass wurde in den Expertenrunden im BMG auch immer wieder deutlich, dass man Pflege und Rettungsdienst nur ganz bedingt miteinander vergleichen kann.

SV Dr. Jörg Schmidt (Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV)): Ich nehme jetzt zu dem Teil Stellung, der etwas fachfremd ist, weil wir im Feuerwehrwesen die Möglichkeit haben, horizontal zu wechseln und damit auch mit der körperlichen Belastung variieren können. Das wird genutzt. Ich möchte an diesem Punkt deutlich machen, dass es nicht nur eine körperliche Belastung gibt. Die psychische Belastung ist keineswegs kleiner. Man kommt in Grenzsituationen. Man kommt auch in Situationen, in denen man Ohnmacht empfindet, weil man nicht mehr helfen kann. Deswegen scheidet eventuell auch der Bereich der Leitschule insbesondere dann aus, wenn diese Kollegen psychisch hoch belastet sind. Es kommt noch hinzu, dass es nichts nützt – ich übertreibe wieder –, nur die Alten in die Leitschule zu schicken, denn sie benötigen dafür eine Zusatzqualifikation. Das ist in allen 16 Ländern zurzeit in Vorbereitung. Diese Qualifikationen werden höher. Es ist eine Möglichkeit, aber für viele sicherlich nicht der geeignete Weg. Ansonsten würde ich Dr. Niehues unterstützen. Es sind mit Sicherheit die Schnittstellen Notfallaufnahme und Intensivpflege und vielleicht noch die Anästhesie. Aber wir müssen uns auch deutlich machen, dass der Notfallsanitäter in diesen Bereichen Hilfstätigkeiten übernimmt. Er ist mittlerweile für die Kliniken, so wie ich das erlebe, eine preiswertere Lösung als die vollexaminierte Pflegekraft. Er kann aber dort nicht das Gleiche erreichen wie jeder andere. Dazu sind die Berufsfelder zu fremd. Man muss sich überlegen, ob man eine Kopie der Krankenpflege auf die Straße bringen will, oder ob man im Rettungsdienst ein Berufsbild haben möchte, das dann aber anders abgefedert werden muss.

SVe Judith Lauer (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Bei der ver-

tikalen Durchlässigkeit gibt es die bereits benannten Bereiche. Wir sehen es auch so, dass hierfür in erster Linie ökonomisch orientierte Gründe verantwortlich sind. Es wird eben nicht nur gefragt, wer welche Kompetenz hat und wie eingesetzt werden kann. Es wird vor allen Dingen gefragt, was kostet die Person, die eingesetzt wird. Wir glauben, dass bei einer dreijährigen Ausbildung endlich entsprechend der im Krankenhaus erbrachten Leistungen bezahlt wird. Insofern wird sich die vertikale Durchlässigkeit erhöhen. Den Gender-Aspekt und die Frage nach den Männern und Frauen will ich mit der horizontalen Durchlässigkeit in Verbindung bringen. Vielleicht ist es gerade für Frauen attraktiv, sich in einem Bereich, in dem nicht die körperliche Belastbarkeit im Vordergrund steht, sondern die praktischen Erfahrungen, pädagogisch weiter qualifizieren zu können. Dies ist natürlich auch eine Möglichkeit für Männer, aber eben gerade auch für Frauen. Die praktische Ausbildung muss zunächst in der Praxis stattfinden. Hierzu muss Anleitung gegeben werden. Man könnte darüber nachdenken, dass Leute, die in der Praxis tätig sind, die praktische Ausbildung teilweise übernehmen und so von ihrer eigentlichen Tätigkeit entlastet werden.

Amtierende Vorsitzende: Damit sind wir am Ende der zur Verfügung stehenden Zeit. Ich möchte mich ganz herzlich bei unseren Sachverständigen und bei den vielen konzentrierten Zuhörern bedanken. Ich wünsche Ihnen eine gute, sichere Heimfahrt, ohne zwischendurch einen Notfalleinsatz zu provozieren.

Sitzungsende: 17:50 Uhr