



**Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.) und
Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)**

NEUDRUCK

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

22. Oktober 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

17:30 Uhr bis 19:50 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Claudia Tack

Verhandlungspunkt:

Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/6088

– Öffentliche Anhörung von Sachverständigen –

* * *

Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/6088

– Öffentliche Anhörung von Sachverständigen –

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur 57. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesund und Soziales und zur 69. Sitzung – dieser Ausschuss ist besonders fleißig – des Ausschusses für Kommunalpolitik. Ich bin der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Meinen Kollegen Christian Dahm habe ich wegen Krankheit zu entschuldigen, aber ich bin mir sicher, dass wir diese Anhörung, den einzigen Tagesordnungspunkt, gemeinsam gut über die Bühne bekommen.

Ich darf Sie, meine Damen und Herren, zunächst einmal darauf hinweisen, dass diese Sitzung live gestreamt wird. Lassen Sie sich nicht von den Bildschirmen ablenken, sondern verhalten Sie sich ganz normal. Schauen Sie Ihren Gegenüber und nicht die Bildschirme an. Dies gehört zum Internetangebot des nordrhein-westfälischen Landtags – eine Frage der Transparenz. Hiermit sind Sie darauf hingewiesen worden, dass diese Sitzung öffentlich übertragen wird.

Meine Damen und Herren, ich darf noch einmal darauf hinweisen, dass dies eine gemeinsame Anhörung der Ausschüsse für Arbeit, Gesund und Soziales sowie des Ausschusses für Kommunalpolitik. Diese beiden Ausschüsse führen diese Anhörung stellvertretend für das Parlament durch. Einige waren der Meinung, dass auch der Innenausschuss betroffen sei. Dies ist nicht der Fall.

Ich darf Sie alle noch einmal ganz herzlich begrüßen – auch die Mitglieder der betreffenden Ausschüsse. Da der AGS heute schon eine Anhörung hinter sich gebracht hat, ist dies die zweite Anhörung. Diese Anhörung wird sicherlich etwas umfangreicher als die Erste sein, aber Sie haben ja umfangreiche schriftliche Stellungnahmen eingereicht.

Gestatten Sie mir, zu Anfang eine etwas kritische Bemerkung: Das Rettungsgesetz beschäftigt dieses Parlament, die Fraktionen und die Abgeordneten schon vor Einbringung in das parlamentarische Verfahren einen ziemlich langen Zeitraum. Viele Fraktionen und Abgeordnete haben zahlreiche Gespräche geführt. Von daher erstaunt es uns doch ein wenig – das möchte ich an dieser Stelle durchaus kritisch anmerken –, dass die schriftlichen Stellungnahmen trotz dieser langen Vorbereitungszeit erst relativ kurzfristig eingereicht wurden.

Ich hatte mir die Freiheit genommen, Sie darauf hinzuweisen. Daraufhin hat die kommunale Familie um einen Tag Aufschub gebeten, welcher dann gewährt worden ist. Dennoch ist es für die Sicherstellung eines ordnungsgemäßen parlamentarischen Verfahrens notwendig, dass – insbesondere bei einer so langen Vorbereitungszeit –

die Stellungnahmen in der Frist eingereicht werden. Diese Bemerkung gestatten Sie mir im Interesse eines ordnungsgemäßen parlamentarischen Verfahrens.

Ich habe die Obleute darauf hingewiesen, dass ich die Paragraphen des Rettungsgesetzes in Zehnerblöcken aufrufen werde. Wir verzichten auf eingehende Stellungnahmen Ihrerseits, da ich davon gehe aus, dass Ihre Stellungnahmen gelesen worden sind. Ich darf Sie darauf hinweisen, nicht auf weitere Gesetzgebungsverfahren des nordrhein-westfälischen Landtags einzugehen. Hierbei spreche ich insbesondere die kommunale Familie an, denn das Krankenhausgestaltungsgesetz ist ein durchaus mögliches Verfahren. Anmerkungen zu diesem laufenden Verfahren können Sie gegebenenfalls noch an anderer Stelle einbringen. In der heutigen Anhörung spielen Sie aus unserer Sicht keine Rolle.

Mit diesen Vorbemerkungen, meine Damen und Herren, eröffne ich die Runde. In jeder Fragerunde können alle Fraktionen einmal zu Wort kommen. Die Fragen werden dann ebenfalls in Zehnerblöcken beantwortet. Sollte in den Zehnerblöcken eine zweite Fragerunde notwendig sein, werden wir diese machen. Ich hoffe jedoch, dass wir mit diesem strukturierten Verfahren durchkommen.

Ich bitte Sie, bei der Beantwortung der Fragen kurz Ihren Namen zu nennen. Das erleichtert die Protokollführung erheblich, meine Damen und Herren.

Zunächst frage ich die Abgeordneten, wer das Wort haben möchte? – Als erstes erteile ich dem Sprecher der SPD-Fraktion, Kollegen Scheffler, das Wort. Dann folgen Frau Scharrenbach für die CDU, Herr Ünal für die Grünen und Frau Schneider für die FDP. Herr Wegner für die Piraten möchte keine Frage stellen. – Herr Scheffler, bitte schön.

Michael Scheffler (SPD): Schönen Dank, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte eine Frage an die Psychotherapeutenkammer richten: In der Stellungnahme wird vorgeschlagen, neben dem leitenden Notarzt auch eine leitende Notfallpsychologin oder einen leitenden Notfallpsychologen in das Gesetz aufzunehmen. Ich würde von Ihnen gerne wissen, vor welchem Erfahrungshintergrund Sie diesen Vorschlag erarbeitet und uns vorgelegt haben. Welche Großschadensereignisse haben hierbei eine Rolle gespielt, und welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrer Rolle als Psychologe bei Großschadensereignissen gemacht?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wenn ich das richtig sehe, bezieht sich Ihre Frage auf den § 7a. Als nächstes spricht Frau Scharrenbach. – Bitte schön.

Ina Scharrenbach (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren, vielen Dank für die eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen. Wir haben mehrere Fragen zu den hier im ersten Block aufgerufenen §§ 1 bis 10.

Wir haben eine Frage an die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur vorgeschlagenen Änderung in § 1 Abs. 2 Nr. 3 Rettungsgesetz. Hier geht es um die Interhospitaltransporte, die auch in den Stellungnahmen angesprochen worden sind. Haben Sie belastbare Zahlen dar-

über vorliegen, wie oft es zu Sekundärrettungen im Zusammenhang mit Interhospitaltransporten kommt? Sehen Sie hier – insbesondere die Vertreter der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen – entsprechenden Änderungsbedarf?

Zu § 2 „Notfallrettung und Krankentransport“: In Abs. 5 soll neu geregelt werden, dass der Rettungsdienst auch Arzneimittel, Blutprodukte aus zellulären Blutbestandteilen und Vergleichbares befördern darf. Eine Frage an das Deutsche Rote Kreuz: Beinhaltet diese Regelung auch Therapieplasma?

Eine weitere Frage geht an die Vertreter der Ärztekammern, die Hilfsorganisationen und den Vertreter der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst – jeweils mit der Bitte um Einigung, wer sie beantwortet. In § 4 „Besetzung von Krankenkraftwagen und Luftfahrzeugen“ soll die Wiederholungsuntersuchung gestrichen werden. Dies kommt zwar in einigen, jedoch nicht in allen Stellungnahmen zum Ausdruck. Darüber hinaus soll in § 5 „Verhalten des Personals“ der Abs. 2 mit Verweis auf das Nichttätigwerden von Personal bei Vorliegen von übertragbaren Krankheiten aufgehoben werden. Halten Sie das für sachgerecht? – Damit schließe ich erst einmal.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank! – Frau Kollegin Schneider, bitte schön.

Susanne Schneider (FDP): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren, ganz herzlichen Dank auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion für Ihre Stellungnahmen. Ich habe eine Frage zu § 3 Abs. 4: Dort wird erwähnt, dass die Fahrzeuge jetzt auch für Transporte von adipösen Personen, Patienten mit hochkontagiösen Krankheiten oder Neugeborenen ausgestattet sein müssen. Mit welchem konkreten Aufwand rechnen Sie für die Schulung und das Training der Besetzungen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Jetzt fehlte noch Herr Ünal, bitte.

Arif Ünal (GRÜNE): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren, vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage geht an die Feuerwehr und die Kommunen. Es geht um die Besetzung der Rettungswagen. Hierzu sieht der Gesetzentwurf für die Umstellung vom Rettungsassistenten zum Rettungssanitäter eine Übergangsfrist von zehn Jahren vor. Andere Bundesländer sehen sieben Jahre vor. Vielen Stellungnahmen konnten wir einen Vorschlag von 15 Jahren entnehmen. Welche Frist ist aus Ihrer Sicht notwendig, um einen reibungslosen Übergang zu schaffen?

Die zweite Frage bezieht sich auf die Qualität. In § 7 schlägt der Gesetzentwurf eine verbindliche Einführung der Ärztlichen Leitung vor. Wird der Gesetzentwurf den Qualitätsansprüchen oder –steigerungen und dem Qualitätsmanagement gerecht? Werden diese Ziele damit tatsächlich erreicht? Hierzu bitte ich den Verband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und die Ärztekammern, Stellung zu nehmen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Da die Piraten an dieser Stelle auf eine Wortmeldung verzichtet haben, könnte noch ein zweiter Redner zu diesem Bereich zu Wort kommen. Herr Körfges, Ihre Wortmeldung bitte, wenn es sich auf diesen Bereich bezieht.

Hans-Willi Körfges (SPD): Herr Vorsitzender, ich bedanke mich für die Gelegenheit, auch aus kommunaler Sicht ein paar Fragen stellen zu dürfen. Meine erste Frage richtet sich an die kommunalen Spitzenverbände. Ich bitte Sie um eine Antwort auf folgende Frage: Wie stellen Sie sich eine verpflichtende Einbeziehung von privaten Ressourcen zur Berechnung der Sicherstellung gemäß § 6 Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen vor?

Die zweite Frage geht wieder an die kommunalen Spitzenverbände und an die Vertreter der Krankenkassen: Wie können die privaten Unternehmen in der Notfallrettung mit dem öffentlichen Rettungsdienst fusionieren und die gemeinsamen Rettungseinsätze über die zuständige Rettungsleitstelle koordiniert werden?

Die dritte Frage geht an den Städte- und Landkreistag: Wie können private Unternehmen Ihrer Ansicht nach per Auftrag zur Mitwirkung am erweiterten Rettungsdienst verpflichtet werden? – Das sind meine Fragen. Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Fragen beziehen sich dankenswerterweise alle auf die §§ 1 bis 10. Wir werden für die Beantwortung jetzt die einzelnen Paragraphen aufrufen und die jeweiligen Fragen zuordnen. Zu § 1 „Geltungsbereich“ gab es eine Frage von Frau Scharrenbach an die kommunalen Spitzenverbände. – Bitte schön, Herr Dr. von Kraack.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW) (Stellungnahme 16/2175): Vielen Dank für die Frage zu § 1 Abs. 2 Nr. 3 zu den Interhospitaltransporten. Zunächst zur Frage, ob die Interhospitaltransporte so zugenommen haben, dass sie zu einer zusätzlichen Belastung im Rettungsdienst führen, die wiederum zu den von Ihnen, Herr Vorsitzender, angesprochenen möglichen Änderungsideen unsererseits führen – auch im Bereich des Krankenhausgestaltungsgesetzes. Wir haben tatsächlich Zahlen, denn sonst hätten wir das natürlich nicht vorgetragen.

Im Rhein-Erft-Kreis beispielsweise ist die Zahl der Interhospitaltransporte von 2006 mit 1.497 bis heute im Oktober 2014 auf 1.973 gestiegen ist. Wenn wir das auf Ende des Jahres hochrechnen, so kämen wir auf ungefähr 2.600 Interhospitaltransporte. Letztes Jahr waren es 2.248. Wir haben hier in einem Zeitraum von acht Jahren eine Zunahme von 80 % zu verzeichnen.

In der Stadt Köln – dazu wird Herr Dr. Schmidt im Anschluss noch etwas ausführen können, wenn das erlaubt ist – sieht die Lage ähnlich aus. Vor diesem Hintergrund sehen wir die Notwendigkeit, im Krankenhausgestaltungsgesetz Folgeänderungen zu formulieren, wenn die Interhospitaltransporte in den Aufgabenbereich des Rettungsdienstes gehen, was wir an sich für einen guten Ansatz halten. Dann bitte ich jetzt Herrn Dr. Schmidt, die Zahlen der Stadt Köln zu referieren.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ja, bitte. Der Gesetzentwurf bezieht sich jedoch nur auf die Finanzierung auf nichtöffentlichen Straßen. Wenn ich das richtig verstanden habe, tragen Sie jetzt aber Zahlen zum Transport auf öffentlichen Straßen vor.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Wenn wir den Gesetzentwurf richtig verstanden haben, dann ist es eine Rückausnahme. Der Gesetzentwurf beschreibt, was außerhalb des Anwendungsbereiches des Rettungsdienstgesetzes ist. Außerhalb des Anwendungsbereiches liegt der Interhospitaltransport so lange er auf nichtöffentlichen Straßen stattfindet. Das heißt: Sobald der öffentliche Straßenraum betroffen ist, wäre es danach Teil des Rettungsdienstes. Das wäre eine Änderung gegenüber der jetzigen Situation, die wir zwar für einen guten Ansatz halten, die jedoch durch gewisse Einflussnahmen über Krankenhausverbände im Genehmigungsverfahren beim KHGG reflektiert werden müsste. Von daher sehen wir dort eine Verzahnung, würden das aber natürlich separat vortragen wollen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Schmidt für die Stadt Köln, bitte schön.

Dr. Jörg Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren) (Stellungnahme 16/2175): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Mein Name ist Dr. Jörg Schmidt. Ich komme von der Berufsfeuerwehr der Stadt Köln. Im Bereich der Verlegungstransport konnten wir in den letzten zehn Jahren einen derartigen Zuwachs verzeichnen, dass wir zu organisatorischen Maßnahmen bewogen wurden. Vor zehn Jahren hatten diese Transporte einen Anteil von ca. 4 bis 5 % an den Gesamttransporten, heute liegt dieser Anteil deutlich über 10 bis 12 %. Das hat dazu geführt, dass die Stadt Köln nicht nur Spezialfahrzeuge in den Dienst nehmen musste, sondern auch ihre Organisation in der Leitstelle geändert hat.

Wir haben zurzeit einen eigenen Arbeitsplatz, der Interhospitaltransporte annimmt, vermittelt und abstimmt. Denn dies ist ein sehr aufwändiges Geschäft, da ein Einsatz länger dauert als ein normaler Notfalleinsatz. Bei einem längeren Notfalleinsatz können Sie ungefähr mit einer Stunde rechnen. Bei einem Interhospitaltransport sind sie gut zwei bis drei Stunden beschäftigt.

Wir brauchen mittlerweile ärztliche Beratung, was wir über Arbeitsanteile des im Dienst befindlichen leitenden Notarztes geregelt haben, und eine Qualitätsabschichtung. Das heißt: Wir bieten Interhospitaltransporte in drei Qualitätsstufen an. Dies ist eine erhebliche Aufgabe, die in den letzten Jahren aufgekommen und mit einer großen Verantwortung und Ausbildung verbunden ist. Auch das ist vorhin schon angefragt worden. Der Punkt an dieser Stelle ist: Wir machen das gerne, laufen aber im Bereich der Systemorganisation des Gesundheitswesens einer Entwicklung hinterher, bei der wir zwar Einfluss nehmen können, der wir aber immer hinterherkommen müssen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Zu dieser Fragestellung war auch die Krankenhausesellschaft von Frau Scharrenbach angesprochen worden. – Herr Dr. May.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.) (Stellungnahme 16/2203): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Mein Name ist Peter May von der Krankenhausgesellschaft. Bei den Interhospitaltransporten müssen wir zwischen zwei verschiedenen Versionen unterscheiden. Wir haben einmal die Verbringung, bei der ein Patient zwischen zwei Betriebsteilen eines Krankenhauses transportiert wird. Das ist Leistung des Krankenhauses und hierfür ist die Kostenübernahme eindeutig geregelt. Dies wird vom Leistungsumfang des Krankenhauses umfasst.

Wenn wir vom zweiten Anteil, der Verlegung, sprechen, dann endet der Behandlungsvertrag nach § 39. Das heißt: Der Patient ist nicht mehr in stationärer Behandlung, sondern auf einem Transportweg zwischen einem Krankenhaus und einem anderen Krankenhaus oder einer Rehaklinik.

Die Gründe, warum diese Verlegungen – nur über die können wir an dieser Stelle reden – zugenommen haben, sind unseres Erachtens mannigfaltig. Bei der Betrachtung eines Zeitraums von zehn Jahren sehen wir in allen Teilbereichen des Gesundheitssystems deutliche Zuwächse an Leistungen. Ob es stationäre oder ambulante Leistungen sind, das sei dahingestellt. Hierfür gibt es viele verschiedene Erklärungsansätze.

Wichtige Ansätze finden wir mit Sicherheit in der Demografie sowie im technischen Fortschritt, aber auch in einer zunehmenden und von allen Beteiligten gewünschten Spezialisierung der Medizin. Wir haben spezialisierte sowie zertifizierte Zentren, Stroke und Chest Pain Units – also Brustschmerzzentren – und halten gewisse diagnostische therapeutische Maßnahmen – auch das gewollt – in gesonderten Einheiten vor. Von daher ist ein Großteil der gerade angeführten Dinge durch die einzelnen Faktoren zu erklären. Zusätzlich muss man natürlich bedenken, dass rohe Zahlen erst einmal nicht erklären, was dahinter steckt. Meines Erachtens wäre es ganz wichtig, herauszufinden, wie viel veränderte Medizin hinter diesen gestiegenen Zahlen steckt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank. Gibt es aus dem Kreis der Abgeordneten zu diesem Bereich noch eine Nachfrage? – Ansonsten würde ich jetzt auch den Kassenvertretern Gelegenheit geben, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Dann hätten wir dieses Thema abschließend behandelt. Gibt es weitere zu Fragen zum Thema Transport? – Herr Ruiss.

Dirk Ruiss (Leiter der Landesvertretung NRW Verband der Ersatzkasse e. V.) (Stellungnahme 16/2153): Wir sind zum Thema „eine Leitstelle“ gefragt worden. Wenn wir jetzt schon bei diesem Thema sind, dann beantworten wir das gerne. Ich dachte jedoch, dass vor uns noch andere dran wären.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage war, ob Sie als Kassen zu dem Thema „Zunahme der Transporte“ eine Stellungnahme abgeben wollen. Das wollen Sie aber nicht? – In Ordnung. Es soll ja niemand sagen, er wäre nicht zu Wort gekommen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Dann gehe ich weiter zu der nächsten Fragestellung von Frau Scharrenbach an das Deutsche Rote Kreuz in Bezug auf § 2 Abs. 5. – Bitte schön, Sie haben das Wort.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsche Rote Kreuz) (Stellungnahme 16/2156): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Mein Name ist Dr. Lüder vom Deutschen Roten Kreuz in Nordrhein-Westfalen. Es ist die Frage gestellt worden, ob der § 2 Abs. 5 nicht nur Blutprodukte aus zellulären Bestandteilen, sondern auch aus plasmatischen Bestandteilen umfasst. Das kann man im Ergebnis bejahen, da in Abs. 5 künftig steht: „und ähnliche Güter“. Das würde ich so subsumieren, dass die zellulären Bestandteile natürlich nicht Plasma umfassen, Plasma aber gleichwohl zu den ähnliche Gütern zählen kann.

Allerdings muss man hier eine Einschränkung machen, welche auch die Landesregierung zutreffender Weise macht, indem sie im Entwurf den letzten Halbsatz anfügt: „soweit sie zur Verbesserung des Zustandes lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter dienen soll.“ – Im Bereich der plasmatischen Bestandteile gelten ganz andere Verfallsdaten als im Bereich der zellulären Blutprodukte. Das sind die Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate, bei denen man zum Teil von vier bis fünf Tagen bzw. etwa rund 40 Tagen spricht. Beim Plasma reden wir von bis zu 18 Monaten oder sogar mehr, sodass hier der letzte Halbsatz eine wichtige Rolle spielen dürfte. Gleichwohl könnte man über die Krücke der „ähnlichen Güter“ im derzeitigen Entwurf auch die plasmatischen Bestandteile mit einbeziehen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ihre erste Einschränkung habe ich aber so verstanden, dass Sie das nicht einbeziehen. Im letzten Moment haben Sie dann aber gesagt, dass das doch einbezogen wird.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsche Rote Kreuz): Der Begriff „plasmatische Produkte“ fällt unter den Begriff „ähnliche Güter“ im Gesetzentwurf.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gut, wir lassen das so stehen.

Ich rufe dann jetzt die Ärztekammer auf, die ebenfalls von Frau Scharrenbach zu § 4 gefragt worden ist.

(Zuruf von Susanne Schneider [FDP])

– Nein, zunächst noch Frau Schneider. Sie hatten die Frage aber an alle gestellt.

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender, ich würde doch nie eine Frage an alle stellen, da Sie das doch immer untersagen. Die Frage war natürlich an den Landesverband der Ärztlichen Leiter in Gestalt von Herrn Prof. Dr. Lechleuthner gestellt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Der beantwortet dann jetzt Ihre Frage zu § 3 Abs. 4. – Bitte schön.

Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Landesverband der Ärztlichen Leiter NRW) (Stellungnahme 16/2173): Könnten Sie die Frage bitte noch einmal wiederholen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das macht Sie jetzt.

Susanne Schneider (FDP): Herr Prof. Dr. Lechleuthner, meine Frage bezog sich auf den Schulungsaufwand, der dadurch entsteht, dass jetzt auch von adipösen Patienten – diese sind sicher nicht das Problem – sowie von Neugeborenen und hochkontagiösen Patienten die Rede ist. Wie schätzen Sie diesen Aufwand ein?

Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Landesverband der Ärztlichen Leiter NRW): Ich möchte nicht widersprechen, aber etwas ergänzen: Gerade bei adipösen Patienten ist der Aufwand besonders erheblich, weil sie eine wachsende Patientengruppe umfassen. Sie müssen sich vorstellen: Ein 400kg-Patient, der in der Wohnung nicht mehr liegen, sondern nur noch sitzen kann, muss durch das Treppenhaus transportiert werden. Im Treppenhaus muss er sich irgendwann hinlegen. Dafür müssen wir das Personal vorher trainieren: Wie gehe ich mit solchen Patienten um? Wie sind die Medikamentendosen? Wie ist dieses und jenes zu behandeln? – Hierfür schätzen wir für jeden Mitarbeiter – einschließlich der damit befassten Notärzte – etwa 20 bis 25 Stunden. Das Gleiche gilt für hochkontagiöse Patienten.

Bei Inkubatortransporten werden üblicherweise Teams aus Kinderkliniken genommen, weil es sich bei den Inkubatortransporten um Frühgeborene handelt, die entsprechender Einrichtungen bedürfen. Dort sind die Fahrzeuge dafür ausgestattet, sodass wir hierfür diese Spezialisten sozusagen einkaufen. Ansonsten müssen wir zum Beispiel für die Ebola- Vorbereitung – ich möchte das hier nicht ausbreiten – alle unsere Rettungsassistenten und die damit befassten Notärzte in den Anzügen schulen und noch einmal in die Planung sowie in den Umgang mit den richtigen Desinfektionsmittel einsteigen. Der Aufwand für diese Spezialfahrzeuge ist hoch – ebenso wie bei Zentren –, weil sie eine spezialisierte Aufgabe wahrnehmen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Dann gehen wir jetzt aber zu § 4 zur Frage von Frau Scharrenbach an die Ärztekammer über.

Dr. Hans-Peter Milz (Ärztekammer Westfalen-Lippe) (Stellungnahme 16/2142): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Frage. Mein Name ist Dr. Milz, und ich spreche für beide Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen – die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Wenn ich es richtig verstanden habe, bezog sich die Frage darauf, ob es sachgerecht ist, in § 4 Abs. 2 die Sätze zwei und drei aufzuheben.

Wir stimmen dem zu, dass es sachgerecht ist. In der bisher gültigen Version steht, dass in dem ärztlichen Zeugnis auch zu bestätigen ist, dass die untersuchte Person nicht an einer übertragbaren Krankheit leidet bzw. Ausscheider von Krankheitskeimen sein könnte oder nicht sein sollte. Das würde bedeuten, dass diese Untersuchung sehr umfangreich wäre. Man kann davon ausgehen, dass dies in keinem ver-

nünftigen Zusammenhang steht. Ganz abgesehen davon kann es bei verschiedenen Krankheiten auch zu einem verzögerten Ausscheiden kommen.

Wenn allerdings zum Beispiel Krankheiten, die im Infektionsschutzgesetz § 7 genannt sind, offensichtlich erkennbar sind, dann darf ein solches Zeugnis natürlich nicht ausgestellt werden. Das entspricht auch der Sorgfaltspflicht des untersuchenden ärztlichen Kollegen. Von daher ist der Wegfall dieser Sätze durchaus sachgerecht.

Zum letzten Satz: „Die ärztliche Untersuchung ist alle drei Jahre zu wiederholen.“: Es stellt sich die Frage, ob der Aufwand konkret ausreicht, um das Ziel zu erreichen, das damit erreicht werden soll. Denn es kann sein – das gilt genauso wie für die erste Untersuchung –, dass jemand zu dem Zeitpunkt gesund erscheint, sich jedoch möglicherweise innerhalb der nächsten zwei bis drei Tage etwas einfängt. Dann gibt es zwar dieses Zeugnis, aber es hilft nicht wirklich jemandem. Von daher stimmen wir aus Sicht der Ärztekammern dem Wegfall dieser Sätze zu.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie machen aber keinen weiteren Vorschlag zur Frage der Wiederholung? – Es gibt mehrere Stellungnahmen, die sich zu der Frage äußern, ob die Untersuchung in regelmäßigem Abstand zu wiederholen ist. Haben Sie als Ärztekammer dazu eine Haltung?

Dr. Hans-Peter Milz (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Wir würden eine grundsätzliche Wiederholung in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren nicht für sachgerecht halten, wenn dies in der Form festgelegt würde. Es versteht sich von selbst, dass entsprechend reagiert werden müsste, wenn auch nur im Ansatz der Verdacht bestünde, dass jemand eine solche Infektionskrankheit hätte. Das gilt sowohl für die betroffene Person an sich als auch für den Arbeitgeber soweit er davon Kenntnis erhält.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Zu § 5 hatte Frau Scharrenbach eine Frage an den Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst gerichtet. – Herr Prof. Dr. Lechleuthner?

Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Landesverband der Ärztlichen Leiter NRW): Könnten Sie die Frage noch einmal wiederholen, damit ich sie genau beantworten kann.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich nicht, Frau Scharrenbach aber bestimmt.

Ina Scharrenbach (CDU): Das mache ich gerne. Im Entwurf des Rettungsgesetzes wird vorgeschlagen, den § 5 Abs. 2 zu streichen. In diesem Absatz geht es um übertragbare Krankheiten im Zusammenhang mit dem Bundesseuchengesetz. Darauf haben sich die Sachverständigen in Gänze eigentlich nicht eingelassen. Deswegen die Frage an Sie, ob es sachgerecht ist, den § 5 Abs. 2 ersatzlos zu streichen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Landesverband der Ärztlichen Leiter NRW): Das ist sachgerecht, weil an Stelle dessen andere Vorschriften greifen. Dies muss man nicht extra im Rettungsgesetz aufnehmen, da andere Vorschriften, zum Beispiel das Infektionsschutzgesetz, an diese Stelle treten. Das 1999 bei der ersten Fassung des Rettungsgesetzes noch geltende Bundesseuchengesetz ist durch das Infektionsschutzgesetz abgelöst worden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage war auch noch an die Hilfsorganisationen gerichtet worden. Möchte jemand stellvertretend für alle Hilfsorganisation hierzu Stellung beziehen? – Frau Scharrenbach, ich muss Ihnen leider einen Korb geben. Es möchte niemand dazu Stellung beziehen. Dann geht es weiter.

Ich rufe nun § 6 auf. – Frau Scharrenbach macht mich darauf aufmerksam, dass noch eine Frage zu § 4 Abs. 7 offen ist. Diese Frage kam von Herrn Ünal. – Herr Ünal, an wen haben Sie diese Frage gerichtet?

Arif Ünal (GRÜNE): Meine Frage bezog sich auf die Übergangsfrist von zehn bis 15 Jahren.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die kommunalen Spitzenverbände antworten nun für alle.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Wir haben uns freiwillig bereit erklärt. – Nein, Herr Ünal hatte die Frage auch an uns gerichtet. Wir bedanken uns für die Frage, denn für uns ist es ganz wichtig, dass Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen als erhöhte Qualifikation bzw. als neues Berufsbild auf dem Rettungswagen flächendeckend zum Einsatz kommen. Wir haben allerdings das Problem, dass wir die Umstellung auf diese Notfallsanitäter zeitlich schaffen müssen.

Nun sieht der Bund – das ist der Grund, warum verschiedene andere Länder das so vorgesehen haben – nur eine siebenjährige Frist vor, innerhalb derer Rettungsassistenten erleichtert zu Notfallsanitätern fortgebildet werden können. Diese Frist ist bei den meisten Ländern so übernommen worden. Sie muss allerdings nicht die Umsetzungsfrist sein, sondern besagt nur, dass man sieben Jahre hat, das bestehende Personal umzuschulen. Um flächendeckend nur noch Notfallsanitäter zum Einsatz zu bringen bzw. auf jedem Wagen mindestens einen zu haben, kann man auch längere Fristen vorsehen – unabhängig von dieser bundesrechtlichen sieben Jahre Ergänzungsfrist.

In Nordrhein-Westfalen haben wir einen sehr großen Rettungsdienst. Anders als in meisten anderen Ländern, haben wir einen Rettungsdienst mit sehr viel höheren Standards. In Nordrhein-Westfalen gibt es tatsächlich sehr kurze Hilfsfristen und sehr hohe Erreichungsgrade vor Ort. Wir müssen schon in der Grundausbildung, gemäß der von uns ermittelten Zahlen – das steht auch in der Stellungnahme –, ungefähr 1.000 Personen pro Jahr zu Notfallsanitätern ausbilden. Zusätzlich stehen wir dann

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

noch vor der Herausforderung, in diesen dann nur sieben Jahren das bisherige Personal fortzubilden.

Deswegen schlagen wir vor – auch mit Rücksicht auf die Kassen, die nach dem Gesetzentwurf die Refinanzierung übernehmen werden –, diese Frist zu verlängern, um die sieben Jahre voll zu nutzen, um das existierende Personal fortzubilden und parallel mit den neuen Grundausbildungsjahrgängen zu beginnen – allerdings dort ohne Zeitdruck zu handeln, was bundesrechtlich zulässig ist und unseren Anforderungen an die Finanzierung in Nordrhein-Westfalen dann auch Rechnung trägt.

Auf der anderen Seite muss dies auch verantwortbar sein, weil wir in Nordrhein-Westfalen schon einen sehr hohen Standard haben. Niemand wird später oder schlechter gerettet, weil wir hier noch ein paar Jahre mehr nutzen. Dies ist eine Rücksichtnahme auf die Schulen, die die Umsetzung vor Ort gewährleisten müssen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Jetzt sagen Sie doch einmal, wie viele Jahre Sie brauchen?

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Exakt 15 Jahre, wie in unserer Stellungnahme beschrieben. Wir würden also einen Ablauf der Übergangsfrist in 2030 als realistisch möglich und tragbar ansehen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Rückfrage? – Frau Scharrenbach.

Ina Scharrenbach (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich habe eine Rückfrage an Sie, Herrn Dr. von Kraack in Bezug auf die Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter. Die Verlautbarungen vom MGEPA sind bereits seit Sommer veröffentlicht. Sind diese Ergänzungsprüfungen derzeit schon möglich oder fehlt hier noch die Änderung der Zuständigkeitsordnung für Heilberufe?

Noch ein paar anschließende Fragen – einmal an die AGBF und die Vertreter des VdF: Warum ist es aus Ihrer Sicht nicht möglich, die Frist 2023 einzuhalten?

Eine Frage an den Vertreter des DBRD, der als Einziger sogar vorgeschlagen hat, die Frist auf 2020 zu verkürzen: Warum sind Sie der Auffassung, dass die Frist sogar verkürzt werden muss?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das Thema tragen wir jetzt aus. Zunächst der Verband, der die Verkürzung der Frist fordert.

Marco K. König (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V.) (Stellungnahme 16/2224): Entschuldigung, Herr Vorsitzender, ich dachte, ich wäre als Letzter dran. Wir sehen schon eine Möglichkeit, dass auch hier in Nordrhein-Westfalen innerhalb der Übergangsfrist, in der die Ergänzungsprüfungen laufen können, ausreichend Notfallsanitäter ausgebildet werden können. Das erschließt sich unseres Erachtens daraus, dass wir zurzeit einen hohen Anteil an Rettungsassistenten auf den Rettungs-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

mitteln, den Rettungswagen und den Notarzteinsatzfahrzeugen haben. Wir brauchen aber mindestens einen Notfallsanitäter und nicht zwei.

Da es in Nordrhein-Westfalen einen hohen Anteil an Berufsfeuerwehren gibt, bei denen das Fünffache an Personal vorgehalten wird als eigentlich notwendig, ist es möglich, dies umzusetzen, wenn man jetzt nur auf das Doppelte – pro Rettungswagen werden 4,23 Stellen benötigt –, also auf acht oder neun Stellen, und nicht auf den Bundesdurchschnitt hochgeht. Zudem haben wir auch eine soziale Verantwortung. Wenn wir jetzt den Druck herausnehmen – 15 Jahre ist eine sehr lange Zeit, das ist fast das Dreifache der Zeit, die das Notfallsanitätergesetz gebraucht hat, bis es verabschiedet wurde –, dann besteht die Gefahr, dass in den nächsten sechs Jahren – ein Jahr wurde bereits vertan – für die Rettungsassistenten keine Chance besteht, diese Ergänzungsprüfung mit entsprechenden Lehrgängen vorweg zu absolvieren – jedenfalls nicht für all diejenigen, die diese Ergänzungsprüfung durchlaufen wollen. Ich weiß nicht, wie hoch der Anteil in Nordrhein-Westfalen ist, aber in Hessen gab es dazu eine Umfrage. Diese hat ergeben, dass 80 % der jetzigen Rettungsassistenten diese Weiterqualifizierung unbedingt machen wollen.

Wenn wir diesen nicht die Gelegenheit geben, dann haben wir eine große Chance vertan. Denn das sind mit hoher Wahrscheinlichkeit diejenigen Kräfte – auch außerhalb der Feuerwehr, denn dort sind es Beamte, die grundsätzlich dort drin bleiben werden –, die ihren Beruf nicht mehr wechseln werden. Außer bei der Feuerwehr wissen wir dies bei den dreijährig Ausgebildeten nicht. Diese Chance dürfen wir nicht vertun. 15 Jahre sind eindeutig zu lang.

Wir sind den Kompromiss eingegangen, dass man den Rettungsassistenten bei den Notarzteinsatzfahrzeugen belassen kann, bis er irgendwann nicht mehr vorhanden ist. Wir müssen auch den älteren Kollegen eine Chance bieten, die diese Ergänzungsprüfung nicht mehr durchlaufen wollen. Insofern bitte ich wirklich, von 15 Jahren Übergangszeit Abstand zu nehmen. Das ist definitiv zu lang. Das haben wir auch von keinem anderen Bundesland bisher gehört.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Jetzt hat Frau Scharrenbach noch die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren angesprochen. Wer spricht für diesen? – Herr Dr. Schmidt. Sie machen aber bitte keine Dialogveranstaltung, sondern antworten auf die Fragen.

Dr. Jörg Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren): Herr Vorsitzender, Sie wollten Antworten haben und die bekommen Sie auch. Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich spreche für die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren und auch für die hauptamtlichen Feuerwehren hier im Land. Warum können wir das nicht in der Zeit umsetzen? – Herr Dr. von Kraack hat dies eben schon ausgeführt: Weil wir etwas größer sind.

Das Musterland für die Planung war das Land Hessen, was eine sehr energische Planung über sieben Jahre gemacht hat, um sich an die Bundesfrist zu halten. Mittlerweile hat das Land diese Planung aufgegeben. Es ist nicht mehr im Zeitplan. Per Bundesumfrage haben wir uns angeschaut, wie es in den anderen Ländern aussieht.

Für Sie ist das vielleicht auch interessant: Die meisten Länder haben noch gar keine Frist. Nordrhein-Westfalen ist in der seltenen Situation, dass wir sehr früh an unserem Rettungsgesetz arbeiten und damit den organisatorischen Rahmen schaffen. Deswegen haben wir nur wenige Vergleiche.

Der Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen ist um das Siebenfache größer als in Hessen. Nun könnten Sie natürlich antworten: Dann müssen wir die siebenfache Kapazität an Schulen zur Verfügung stellen. – Das mag sein. Ich werde Ihnen gleich noch sagen, warum das nicht so einfach möglich ist. Es ist also ein Größenproblem, denn dass wir keinen Qualitätsmangel haben, hat Herr Dr. von Kraack bereits ausgeführt.

Für uns ist es nicht einfach – das hat mein Vorredner meiner Meinung nach eben verkannt-, weil wir zwei Dinge parallel machen müssen: Wir müssen im laufenden Betrieb von einer Rettungsassistenten-Ausbildung mit Stufenprinzip, die uns ungefähr anderthalb Jahre gekostet hat, auf eine Vollausbildung von Notfallsanitätern von zweieinhalb bis drei Jahren umstellen – je nach vorheriger Ausbildung. Im laufenden Betrieb der Schulen heben wir die Qualitätsstandards an. Wir haben dann zukünftig Lehrpersonal, das durchaus eine Qualifikation für Klassen- und Fachlehrer hat.

Als letztes dürfen Sie nicht verkennen, dass zum laufenden Betrieb dann noch die Weiterbildung für das Bestandspersonal quasi on top hinzukäme. Wir verdoppeln somit die Ausbildung, verlängern den gesamten Prüfungsaufwand und setzen dann noch die Weiterbildung unseres siebenfach größeren Rettungsdienstes on top. Das ist ein Kapazitätsproblem.

Dort gibt es eine Engstelle, und leider gibt es noch eine weitere: Jeder, den wir im Moment aus dem System herausziehen müssen, um ihn zur Weiterbildung zu schicken, fehlt uns im Rettungsdienst. Wir können uns die Stellen nicht schneiden, so dass wir dies durch Mehrarbeit oder Ähnliches auffangen müssen. Deswegen staune ich auch, wie mein Vorredner gerade gesprochen hat.

Ein letztes, vielleicht schwächeres, aber dafür soziales Argument: Überlegen Sie es sich auch, ob wir den Kollegen jenseits der 50 oder auch der 40 Jahre noch einmal eine Berufsprüfung zumuten müssen. Das sind alles Gründe, die uns in der Gesamtheit bewogen haben, das Ganze einmal vernünftig zu kalkulieren. Wenn wir diese Gesamtheit betrachten, dann halten wir einen längeren Zeitraum für vernünftig. Denn dann haben wir einen Generationenübergang. Das finden wir eine saubere Lösung und können das mit der Qualität des jetzigen Systems bieten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dankeschön, Herr Dr. Schmidt. – Ich glaube, dass die Argumente zu diesem Bereich jetzt ausgetauscht sind. So kommen wir nun zur Frage von Herr Scheffler an die Psychotherapeutenkammer.

Dr. Sabine Rau (Psychotherapeutenkammer NRW) (Stellungnahme 16/2144): Dr. Sabine Rau, ich bin leitende Notfallpsychologin der Stadt Düsseldorf und bin heute als Vorstandsbeauftragte der Kammer geladen worden. Das hier Angefragte mache ich im Alltagseinsatz. Ich bin nämlich immer dann zuständig, wenn eine Großscha-

denslage eintritt. Meine Einsätze sind so definiert, dass ich jeweils dann über den Abruf bzw. die Alarmierung der Feuerwehr Düsseldorf in den Einsatz gehe, wenn mehr als fünf Personen an einer Einsatzstelle notfallpsychologisch zu versorgen sind. Da nach den Erfahrungen gefragt worden ist, würde ich gerne auch darauf Bezug nehmen.

Wir haben mit deutlich veränderten Schadenslagen zu tun – denken wir an die Love-Parade oder an den Einsturz des Stadtarchivs. Betrachtet man einmal Düsseldorf, so waren wir in Amtshilfe für Duisburg hier in Düsseldorf im Einsatz. Wir haben dieses Jahr einen Amoklauf in einem Kindergarten abgearbeitet. Hier war unklar, wie hoch der Betreuungsbedarf ist und wie die Betroffenheit aussieht.

Wir haben eine völlig veränderte Unfallsituation. Ich finde es sehr beispielhaft, dass diese Sitzung gestreamt wird. Das passiert heutzutage auch auf einer Einsatzstelle. In der Regel ist eine Handycamera im Dienst, die irgendjemand angemacht hat. Dieses Video ist dann schneller im Internet als der Unfall abgearbeitet. Wir haben eine völlig veränderte Einsatzlage und Betroffenheit. Zum Teil wissen Eltern schon während der Gefahrenlage, dass ihr Kind in dieser Gefahrenlage steckt.

Das verändert etwas in der Betroffenheit. Wir haben nicht mehr nur Schaulustige, sondern eine Weltöffentlichkeit, die mit zuschaut. Der Druck und die Belastung werden dadurch höher. Die eigenen Wege werden im Nachhinein wesentlich mehr hinterfragt und somit auch Fehler im eigenen Handeln gefunden. Ich wünsche niemanden von uns, dass er im Stress einer solchen Extremsituation einer Großschadenslage entscheidet, hinterher in Ruhe noch einmal neu bewerten muss und alles im Internet aufgezeichnet vorfindet. Hier werden wir mit veränderten Lagen konfrontiert, auf die wir reagieren und bei denen wir auch notfallpsychologische Hilfe anbieten müssen. Wir haben die Verantwortung – deswegen sind wir gern zu dieser Anhörung gekommen –, dafür Sorge zu tragen, dass diese Menschen durch fachkundiges Personal und nicht durch den Ersten vor Ort notfallpsychosozial betreut werden. Denn das sind in der Regel nicht die entsprechenden Kräfte.

Wir haben – gerade auch für Düsseldorf – den Anspruch, zu erfahren: Wer ist vor Ort im Einsatz? Was macht er da? – Wir wollen regelgerechte, gute, fachkundige und nicht zu viel Hilfe anbieten. Diese Themen bewegen uns. Wir haben – besonders bei der Betroffenheit von Kindern, zum Beispiel bei größeren Busunfällen hier in Düsseldorf – die Erfahrung gemacht, dass wir mit organisatorischen Hilfen ganz viel erreichen können. Wir brauchen die Möglichkeit, mit unserer Tätigkeit nicht nur im Runderlass vorzukommen – dort hineingekommen sind wir durch die Vorsorgeplanung von schönen Ereignissen wie der Weltmeisterschaft oder Kirchen- und Jugendtagen –, sondern auch im Gesetz verankert zu werden. Formal darf ich dazu auf Herrn Klüsener verweisen, der für die Kammer selbst da ist.

Johannes Klüsener (Psychotherapeutenkammer NRW) (Stellungnahme 16/2144): Herr Vorsitzender, wenn es in Ordnung ist, würde ich dazu noch zwei Sätze sagen. Der Runderlass 2004 – das hat Frau Rau gerade auch noch einmal gesagt – hatte die Großereignisse Weltjugendtag und Fußball-WM vor Augen. Dort sind die leitenden Notfallpsychologen sowie die Qualifikationsanforderungen definiert. Wenn jetzt

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

mit dem Gesetzentwurf des Rettungsgesetzes der Geltungsbereich ausgeweitet wird, dann möchten wir diesen Bezug herstellen und vorschlagen – Sie haben unsere Stellungnahme gelesen –, dass die leitenden Notfallpsychologen an dieser Stelle mit ins Rettungsgesetz einfließen. Wenn außergewöhnliche Schadensereignisse explizit im Gesetz erwähnt sind, dann gibt es den Runderlass von 2004, und es wäre unsere Anregung, das ins Gesetz mit aufzunehmen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich werde die Weitergabe, Herr Klüsener, einfach mal so hinnehmen. Eigentlich ist das aber nicht üblich. Sie sind nicht das erste Mal in einer Anhörung und kennen die Regularien.

Meine Damen und Herren, wir rufen jetzt die Fragen des Kollegen Körfges auf. Das waren insgesamt drei Fragen. Die kommunalen Spitzenverbände beginnen mit der Beantwortung.- Bitte schön.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Vielen Dank für die Ehre. Herr Körfges hat ein ganz großes Fragenfeld angesprochen, nämlich die Abgrenzung zwischen dem öffentlichen Rettungsdienst im Bereich der Notfallrettung und dem privaten Bereich des Krankentransports. Das ist ein sehr wichtiger Bereich, mit dem wir in Nordrhein-Westfalen über viele Jahrzehnte – so, wie der Rettungsdienst gewachsen ist – große Erfahrungen gesammelt haben.

Unseres Erachtens sind die §§ 6, 12, 19 und 22 zusammen zu betrachten. Da § 6 eine Kernnorm betrifft, ist es für uns wichtig, hier sicherzustellen, dass der öffentliche Rettungsdienst, so wie er arbeitet, mit den anerkannten privaten Hilfsorganisationen verzahnt wird und weiter als Rettungsdienst bestehen kann. Allerdings können aber die Privaten ihr Berufsbild in diesem Bereich weiter entfalten, wie sie es bisher auch erfolgreich und zur Unterstützung der öffentlichen Hand getan haben. Wir sehen an dieser Stelle ein klar zweigeteiltes duales System hier in Nordrhein-Westfalen. Wir haben nicht auf das sächsische Einheitsmodell umgestellt. Das ist ein System, das zwischen Notfallrettung im öffentlichen Bereich und dem Krankentransport durch Private trennt.

Für uns ist es wichtig, dass in § 6 steht, dass der öffentliche Rettungsdienst neben seinen vielfältigen anderen Aufgaben auch den Krankentransport sicherstellt und hier die Privaten gezielt einbinden kann. Momentan ist unser Problem, dass wir alle Ressourcen für eine Volldurchführung qualifizierter wie nicht qualifizierter Krankentransporte vorhalten müssen. Dies ist im Augenblick letztendlich über die Kassen zu finanzieren, obwohl die Privaten – wie wir finden – auch gute Leistungen in diesem Bereich erbringen. Es kommt hier also zu Doppelvorhaltungen, die nicht notwendig sind und Ressourcenverschwendung darstellen.

Dr. Schmidt hat dargestellt, unter welchen Anforderungen der Rettungsdienst steht. Mit den Interhospitaltransporten wird das noch zunehmen. Folglich müssen wir den Rettungsdienst auch rechtlich von Bereichen befreien, die nicht seine Kernzuständigkeit sind. Wir müssen ihm also erlauben, den Sicherstellungsauftrag für den Krankentransport in § 6 dadurch zu erfüllen, dass die Privaten auch in § 12 in der Rettungsdienstbedarfsplanung verpflichtet werden, Fahrzeuge zustellen. Diese Fahr-

zeuge können nicht nur – wie jetzt im Regierungsentwurf im ersten Schritt schon richtiger Weise vorgesehen – berücksichtigt werden, sondern – noch etwas weitergehend – müssen berücksichtigt werden.

Um den Wettbewerb zwischen den Privaten in diesem Bereich zu einem wirklichen Wettbewerb zu machen und hier nicht das Modell „Offenbacher Weihnachtsmarkt“ zu vollziehen, nachdem bekannt und bewährt man immer jeglichen Neuen wegbeißen kann, schlagen wir vor, § 19 Abs. 6 zu streichen. Damit herrscht – auch nach der existierenden OVG-Rechtsprechung – Waffengleichheit, und es verstärkt gleichzeitig in § 22 die Einbindung der Privaten, wenn an der Stelle hervorgehoben wird, dass die Privaten verpflichtet sind, uns ihre Planungs- und Einsatzdaten elektronisch zu liefern, um diese in unserer Leitstelle zu verarbeiten. Das ist gleichzeitig auch notwendig, weil deren Inpflichtnahme große Investitionen im privaten Bereich auslöst, die sich amortisieren müssen. Das wollen wir anerkennen. So muss deren Genehmigungsdauer verlängert wird und wir hier unter Umständen auf sechs Jahre kommen. Das ist für uns sehr wichtig.

So erfüllen wir unseren Sicherstellungsauftrag des § 6 dadurch, dass die Privaten stärker in die Pflicht genommen werden und dass wir zwischen diesen Privaten wirklichen Wettbewerb durch die Streichung des § 19 Abs. 6 vorsehen sowie dass wir uns gleichzeitig mit § 22 eine wirkliche Planungsgrundlage geben – auch für den Rettungsdienstbedarfsplan mit den Privaten. Denn momentan ist es tatsächlich so, dass die Leitstelle nicht weiß, was bei den Privaten gefahren wird. Deswegen danke ich besonders für spezielle Frage von Herrn Körfges, wie es mit der Koordination über die einheitliche Leitstelle für den Feuerschutz und den Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen geht. Wir können uns als öffentliche Hand sehr wohl vorstellen, diese Einsätze für die Privaten mit zu koordinieren, wenn es dafür Offenheit gibt. Wir glauben, dass man dieses System in Nordrhein-Westfalen über die nächsten Jahrzehnte weiter tragen und perfektionieren kann, wenn man diese Veränderungen in den §en 6, 12, 19 und 22 sowie gegebenenfalls noch über die Koordination der Leitstelle vollzieht.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie haben sich in dieser Frage ja jetzt weit vorgewagt. Wir bleiben aber zunächst bei § 6. Wir haben Ihre Vorschläge – auch in Ihrer schriftlichen Stellungnahme – zur Kenntnis genommen. Frau Scharrenbach hat hierzu noch einmal eine Nachfrage. Bitte schön, Frau Kollegin.

Ina Scharrenbach (CDU): Vielen Dank. Sie haben durch Ihre umfassende Stellungnahme § 6 geöffnet, der im derzeitigen Entwurf unverändert bleiben soll. Deshalb noch eine Frage anschließend an das, was Herr Körfges formuliert hat, an die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, an den Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und an die Hilfsorganisationen: Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Novellierung des Rettungsgesetzes jetzt zu nutzen, um den Notruf 112 aufzuschalten?

Nun die zweite Frage: In § 6 „Aufgaben der Träger“ haben wir ein gestuftes System mit Zuständigkeiten der Rettungswachen beschrieben. Die Kreise und kreisfreien

Städte in Abs. 1 und dann noch die Regel für den kreisangehörigen Raum. Dort ist also eher ein Regelausnahmeverhältnis beschrieben. Im Land kann man aber wahrnehmen, dass dieses Ausnahmeverhältnis im kreisangehörigen Raum inzwischen durchaus zur Regel geworden ist und eigene Rettungswachen vorgehalten werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben in Ihrer Stellungnahme eine Möglichkeit angedacht, nämlich das gemeinsame Betreiben von Leitstellen. Können Sie sich vorstellen, hier gedanklich zu einer Vereinheitlichung von Trägerschaft im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Systems zu kommen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Darf ich die Frage von Frau Scharrenbach insofern ergänzen, als dass auf Bundesebene derzeit – wenn ich die Ärztezeitung von heute richtig gelesen habe –, durchaus auch die Frage der Aufschaltung der ärztlichen Notdienste auf die Rettungsleitstellen diskutiert wird. Wie sehen Sie sich in diesem Bereich als kommunale Träger – einmal in der interkommunalen Zusammenarbeit, aber auch in der Frage der ärztlichen Notdienste?

Diese Diskussion läuft auf Bundesebene, und es stellt sich die Frage, ob Sie dort überhaupt gemeinsam agieren? – Wenn ich in die nordrhein-westfälische Landschaft schaue, so gibt es nur Wuppertal und Solingen. Noch eine Frage zu den Kosten: Gibt es innovative Ideen der kommunalen Familie, in diesem Bereich Kosten einzusparen? – War das zu scharf formuliert, Herr Dr. von Kraack?

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Ich liebe scharf formulierte Fragen, Herr Garbrecht, und greife diese gerne auf. Zur Aufschaltung der 112: In Nordrhein-Westfalen haben wir grundsätzlich ein funktionierendes System. Wir sitzen hier alle gemeinsam – Städte- und Gemeindebund, Landkreistag, Städtetag, AGHF, AGBF, VdF – und sind der Auffassung, dass es im Hintergrund auch Parallelaufschaltungen geben kann. Sichergestellt werden muss auf jeden Fall, dass die Kreisleitstelle jeweils über die Bewegungen der Ressourcen vor Ort sowie die Anlässe informiert ist. Weitere Änderungen in diesem Bereich sind derzeit aus unserer Sicht nicht erforderlich.

Zum gestuften Aufgabenmodell mit eigenen Wachen: Dieses Modell muss vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung in Nordrhein-Westfalen betrachtet werden. Als der Rettungsdienst aufgeböhrt wurde, wurde das natürlich zuerst in den kreisfreien Städten und dann in den größeren kreisangehörigen Gemeinden ausgerollt. Die Kreise kamen im Laufe der Jahrzehnte hinzu, um das System flächendeckend auszurollen und zu perfektionieren. Ich denke, dass man ein funktionierendes System nicht über das Knie brechen, sondern weiterentwickeln muss. Die Praxis tut das vor Ort und ich denke, dass dort auch Kostendebatten darüber geführt werden. Weitere gesetzliche Änderungen brauchen wir an dieser Stelle nicht.

Die Frage der Kassen, ob man Leitstellen zusammenlegen kann, ist vor dem Hintergrund des Kostengesichtspunkts auf den ersten Blick durchaus attraktiv. Wir müssen aber gleichzeitig sehen, dass die Leitstellen sehr viel mehr machen als nur Notrufe zu vermitteln: Sie unterstützen den Krisenstab in großen Einsatzlagen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Wir müssen in der Lage sein, die Katastrophenschutzkonzepte des Landes, den Feuerschutz und den Rettungsdienst zu koordinieren – das Ganze gemeinsam mit der Polizei. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Leitstellen vor Ort gegebenenfalls stärker mit den Kreispolizeibehörden zu verzahnen und hier zu einer stärkeren Verzahnung sowohl mit staatlichen Leitstellen als auch mit anderen Stellen der Kommunen im Bereich des Ordnungsrechtes zu kommen. Wir halten es allerdings nicht für sinnvoll, weitere kommunalübergreifende Leitstellen im Sinne von Leitstellen kreisfreier Städten und Kreise oder mehrerer Kreise gemeinsam zu schaffen. Denn damit würden wir auch die Rückfallsicherheit in Nordrhein-Westfalen schwächen. Gerade im Bereich des Funks haben wir erkannt, dass wir möglichst breit aufgestellt sein müssen und viele Leitstellen brauchen, die in der Lage sein müssen, Aufgaben von anderen Leitstellen zu übernehmen. Dieses System würden wir dadurch schwächen. Das System muss effizient vollzogen werden, aber die Verzahnungen sind aus unserer Sicht nicht in erster Linie bei der Verzahnung verschiedener Kreisleitstellen zu suchen, sondern bei Verzahnungen mit anderen Leitstellen und anderen Behördenträgern. Hier sind insbesondere wiederum die weiteren kommunalen Bereiche und die Polizei vorrangig.

Herr Garbrecht, Sie haben zurecht auf die aktuelle Debatte über den ärztlichen Notdienst verwiesen. Hierzu sind auch im GKV-Stärkungsgesetz Vorschriften vorgesehen. Das Modell wird in Hessen auch teilweise schon praktiziert. Aus unserer Sicht kann das eine Möglichkeit darstellen, aber das wäre – Sie sprachen Einsparungsmöglichkeiten auf kommunaler Seite an – mit Sicherheit keine Einsparmöglichkeit. Dann würde immer – das haben wir auch im Bereich der Vielfahrten erlebt – die 112 anstelle des hausärztlichen Notdienstes bzw. dieser Notruf aufgeschaltet. Damit hätten wir automatisch eine Koordination im Bereich des Rettungsdienstes, die stärkere Ressourcen mobilisieren könnte – vielleicht nicht müsste. Das müsste man sehr gut überlegen und sollte man nicht über das Knie brechen.

Man muss sich vor alle Dingen überlegen, ob die Kassen bereit wären, das zu finanzieren. Denn wir gehen davon aus, dass das mit Mehrkosten verbunden wäre. Bei uns würden auf jeden Fall deutlich mehr Notrufe als bisher eingehen und die Belastung der Leitstellen würde steigen. Gleichzeitig würde auch der Koordinierungsaufwand in die Krankenhäuser sowie in Polykliniken etc. hinein steigen. Wenn das so vorgesehen sein sollte, dann kann man darüber bestimmt reden. Die Kommunen sind dafür offen. Unsere Leitstellen wären professionell genug, dass auf Dauer zu übernehmen. Allerdings müssen wir dafür eine Refinanzierung sicherstellen. Eine Einsparmöglichkeit ist hier aber nicht für die kommunale Seite sondern vielleicht für den volkswirtschaftlichen Gesamthaushalt zu sehen. Denn das Nebeneinander von Kassenärztlicher Vereinigung und den Kreisleitstellen würde an dieser Stelle aufhören. Das ist aber nur ein volkswirtschaftlicher Aspekt. Bei den Kommunen würde zwar ein Mehraufwand entstehen, der dann zu refinanzieren wäre, für die Volkswirtschaft insgesamt wäre es aber vielleicht eine Einsparung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann fragen wir nun diejenigen, die Sie gerade und die auch Frau Scharrenbach angesprochen hat. Wer möchte?

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Guido Göke (AOK Rheinland/Hamburg) (Stellungnahme 16/2153): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Mein Name ist Guido Göke von der AOK Rheinland/Hamburg. Um die Frage direkt zu beantworten – Herr Vorsitzender, Sie haben das Beispiel Wuppertal und Solingen genannt –: Dieses Prinzip kann durchaus funktionieren. Anfänglich ist es sicherlich immer ein bisschen schwierig, vor Ort Regelungen zu finden. Aber Wuppertal und Solingen zeigen, dass dieses Prinzip funktioniert und die Versorgung nicht schlechter, sondern eher besser wird. Denn die Rückfallebene ist sowohl in Wuppertal als auch in Solingen vorhanden.

Herr Dr. Schmidt hatte eben Nordrhein-Westfalen mit anderen Bundesländern verglichen. In Niedersachsen gibt es beispielsweise große Leitstände – ich glaube, es sind insgesamt sieben für ganz Niedersachsen. Auch dort gibt es ein funktionierendes System mit Rückfallebene.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Wir lassen das jetzt so stehen, werden uns aber natürlich auch noch einmal kundig machen, welche Fristen etc. in anderen Bundesländern in diesem Fall vorgesehen sind. Ich gehe davon aus, dass das Ministerium dazu auch den Damen und Herren der beteiligten Ausschüsse die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen wird.

Wir rufen den zweiten Block auf. – Herr Kollege Ünal.

Arif Ünal (GRÜNE): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Lechleuthner und an die Ärztekammer zum Thema „Bestätigen der Qualitätsanforderungen“. Nach dem neuen Gesetzentwurf gibt es die Einsetzung der Ärztlichen Leitung sowie sehr viele Dokumentationspflichten und Qualitätsmanagementanforderungen. Sind durch das Gesetz unsere Ansprüche an Qualitätssteigerung und Qualitätsmanagement tatsächlich gerechtfertigt oder sind Ergänzungen notwendig?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir nehmen dieses Thema noch einmal auf. Es gibt aber auch noch eine Nachfrage aus der SPD-Fraktion von Frau Warden sowie von Frau Scharrenbach. Diese nehmen wir jetzt in dieser Reihenfolge in der zweiten Fragerunde zu den §§ 1 bis 10 auf. – Frau Kollegin Warden.

Marion Warden (SPD): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Eine Frage noch zu § 7 und 7a des vorliegenden Gesetzentwurfes. In diesen Paragraphen sind einige verbindliche Regelungen über Ärztliche Leitungen, über den Rettungsdienst sowie eine Regelung zu den Dokumentationsanforderungen und zum Qualitätsmanagement enthalten. Uns interessiert, ob dieser Gesetzentwurf den Ansprüchen an Qualitätssteigerungen und Qualitätsmanagement gerecht wird. Die Frage richtet sich an die Gewerkschaften, an den Fachverband der Ärztlichen Leiter und an die Ärztekammer.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Frau Scharrenbach noch einmal.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Ina Scharrenbach (CDU): Vielen Dank. – Auch ich habe mehrere Fragen zu den §§ 7 und 7a an den Vertreter der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, an die kommunalen Spitzenverbände sowie an den VdF und AGBF – je nachdem, wer von Ihnen gerne antworten möchte.

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst soll nun zum ersten Mal gesetzlich verankert werden. Aus kommunaler Perspektive stellt sich für uns die Frage: Wie soll ein Ernennungsverfahren stattfinden? Soll es auf Zeit erfolgen? Gibt es Ihrerseits Vorstellungen dazu?

Eine weitere Frage, die sich anschließt: Wir haben vielfach vor Ort die Situation, dass die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in dieser Funktion nur nebenberuflich tätig sind. Nun werden aber die Erfordernisse zur Dokumentation über § 7a deutlich ausgeweitet, sodass sich die Frage ergibt, ob der Ärztliche Leiter Rettungsdienst künftig im Hauptamt zu bestellen sein wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Prof. Dr. Lechleuthner, wir fangen mit Ihnen an. Denn Sie haben die meisten Fragen zu beantworten.

Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Landesverband der Ärztlichen Leiter NRW): Vielen Dank für die Fragen. Ich beginne zunächst mit der Frage, ob das Qualitätsmanagement und die qualitativen Anforderungen durch den neu eingeführten § 7a erfüllt werden oder ob es Ergänzungen bzw. Verbesserungen bedarf. Wir als Ärztliche Leiter Rettungsdienst sind außerordentlich dankbar – man muss dazu sagen: die Kommunen in Nordrhein-Westfalen haben auch ohne gesetzliche Grundlage nahezu flächendeckend Ärztliche Leiter Rettungsdienst eingeführt –, dass das Qualitätsmanagement in das Gesetz aufgenommen wird.

Für ein Qualitätsmanagement sind nicht nur Standards, Vorgaben und Überwachung als festes Qualitätsmanagementsystem erforderlich, sondern es muss auch die dafür notwendige Transparenz bestehen. Um die Vorgaben zu messen und zu überwachen, brauchen wir die entsprechenden Daten. Dafür sind ein Datenerfassungssystem und eine notwendige Dokumentation erforderlich. Erst wenn man diese Transparenz geschaffen hat, kann man auch dementsprechend steuern. Dann können wir die Standards – es geht hier nicht bloß um eine Höchstqualität, sondern auch um eine Mindestqualität – einfordern, überwachen und steuern.

Die zweite Frage bezog sich auf den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst im Hauptamt. Es ist richtig, dass viele Ärztliche Leiter Rettungsdienst dies im Nebenamt machen. Das heißt, dass sie neben einer relativ umfangreichen klinischen Tätigkeit oft noch für den Träger des Rettungsdienstes zur Verfügung stehen. Es ist der Wunsch vieler Kolleginnen und Kollegen, mehr Zeiteile für den Rettungsdienst zu haben. Es ist aber nicht ohne Weiteres möglich, dies vollumfänglich für sie zu machen.

Es gibt jedoch auch einige Kollegen, die fordern: Wir sind nur für einen kleineren Bereich zuständig und wollen das auch weiterhin nur nebenamtlich machen. Meiner Meinung nach sollte lokal abgestimmt werden, ob dies im Haupt- oder im Nebenamt

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

wenn nicht sogar in zwei Stellen durchzuführen ist. Ich mache das seit 20 Jahren im Hauptamt, und aus meiner Sicht ist es ein Vollzeitjob, all diese Aufgaben zu erfüllen.

Zum Qualitätsmanagement möchte ich noch einen Punkt anmerken: Qualität ist notwendig, weil der Bürger diese Qualität von allen medizinischen Leistungen erwartet. Er denkt im Krankenhaus, in der Arztpraxis und auch im medizinischen Rettungsdienst wird all das gemacht, was notwendig und aktueller Stand der Wissenschaft und Technik ist. Um das zu gewährleisten, brauchen wir Standards. Das bezeichnen wir als Qualität. Die Bürgerinnen und Bürger von heute fordern das auch ein. Wenn aus ihrer Sicht irgendetwas schief läuft, dann wollen sie das überprüft haben. Auch dafür sind umfangreiche Dokumentationen und ein einheitlicher Ansprechpartner notwendig, der diese Dinge in der Hand hält.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ver.di, bitte schön.

Cornelia Hintz (ver.di – Landesbezirk NRW) (Stellungnahme 16/2167): Herzlichen Dank für die Frage. Wir begrüßen die Festlegung von Qualitätsstandards, haben aber ein kleines Problem mit § 7a. Dies bezieht sich auf die Datenschutzregelung und ist auch vom Städtetag ausführlich vorgetragen worden. Es wird eine Vielzahl an Daten aus den Einsätzen gespeichert. Wir haben erhebliche Zweifel, inwieweit diese zulässigerweise herangezogen werden dürfen – auf den Entwurf des Datenschutzgesetzes haben Sie auch schon verwiesen. Wir möchten darauf verweisen, dass eine kluge Formulierung aus dem Entwurf des Städtetags genommen werden kann, inwieweit dies abgrenzbar und sinnvollerweise auch notwendig ist.

Der zweite Aspekt betrifft die Ärztliche Leitung und inwieweit es bei dieser möglicherweise zu Kompetenzkollisionen mit organisatorischen Leitungen kommt. Auch hier schlagen wir vor, dass man es sorgfältig abgrenzt und prüft, inwieweit organisatorische Leitungen – wenn notwendig – neben der ärztlichen Leitung präzisiert und bestimmt werden sollten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Scharrenbach hatte noch weitere Berufsverbände angesprochen. – Herr Dr. Schmidt möchte antworten.

Dr. Jörg Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren): Ich antworte für die Berufsfeuerwehren sowie die kreisfreien Städte. Es stand einmal die Frage nach dem Qualitätsumfang und nach dem Verfahren im Raum, ob dies im Nebenberuf möglich ist. Zur Qualität hat die Kollegin von der Gewerkschaft eben etwas Gutes angeführt: Rettungsdienst ist mehr als rein medizinische Qualität. – Es ist auch eine tägliche Ablaufqualität. Sie erwarten von uns Rettung bei einem Verkehrsunfall, Rettung nach einem Chemieunfall und nach vielen anderen Dingen. Vorhing ist auch Ebola angesprochen worden – dies funktioniert nur unter besonderem Schutz bis hin zum Atemschutz. Das heißt: Wir stehen dann vor einer durchaus größeren Aufgabe. Wir brauchen die Ärztlichen Leiter als Qualitätssicherung. Hier füllen wir aber auf das Land betrachtet nur etwas nach, was schon vorhanden ist. Deswegen sollte dies auch im Gesetz stehen.

Die Kommunen benötigen aber weitere Instrumente der Qualitätssicherung. Dazu gehört natürlich auch, beim Landrat bzw. Oberbürgermeister geeignetes Personal anzufordern, welches diese Qualität erfassen kann. Beim letzten Punkt sind die Zeiten und Aufenthaltsdaten erwähnt worden. Hier sprechen wir von Planungsqualität – insbesondere bei der Bedarfsplanung. Wenn wir optimieren wollen, dann brauchen wir Zahlen. Diese müssen wir im Rahmen des Datenschutzes auch erheben können.

Wie macht man das mit Ärztlichen Leitern? – So, wie mit anderen Bestellten auch. Bei bestellten Verwaltungshelfern verfügen die Kommunen über eine gewisse Praxis. Ich muss mittlerweile auch fragen, wie das noch im Nebenamt zu bewältigen ist. Das muss aber der Kollege der kommunalen Träger feststellen, da er den Unterbau und auch den Umbau des Ärztlichen Leiters garantieren muss. Davon hängt ab, inwieweit der Ärztliche Leiter dann noch selber ein eigenes Aufgabenfeld verantwortet. Es wird aber auf Dauer darauf hinaus laufen – so hat es auch Prof. Dr. Lechleuthner ausgeführt –, dass es mehr und mehr in die Hauptberuflichkeit gehen wird. Denn anders ist es nicht möglich.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wer möchte jetzt?

Eckhard Schwill (komba gewerkschaft) (Stellungnahme 16/2175): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Eckhard Schwill mein Name, komba gewerkschaft Nordrhein-Westfalen. Auch wir begrüßen die Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst im Gesetz. Damit wird eine Funktion, die schon bei vielen Rettungsdiensten etabliert ist, gesetzlich normiert. Das ist eine gute Sache. Das begrüßen wir auf jeden Fall. Wir als Gewerkschaft können uns auch vorstellen, dass einheitliche Qualitätsstandards für den Rettungsdienst definiert werden, die dann von den Ärztlichen Leitern entsprechend protokolliert, überwacht und dann auch fortentwickelt werden. Das verstehen wir unter Qualitätsmanagement. Das ist eine wichtige Sache für uns.

Aus Sicht der Beschäftigten sind natürlich die Personendaten wichtig, die im Rahmen des Abs. 2 gesammelt werden. Hier können wir uns durchaus vorstellen – das haben wir auch in der gemeinsamen Stellungnahme mit den kommunalen Spitzenverbänden deutlich gemacht –, die Regelung des § 37 FSHG zu übernehmen. Denn wir müssen aufpassen, dass diese Daten – wenn sie gesammelt werden – nicht in falsche Hände geraten und sich unsere Mitglieder, die wir vertreten, in den Rettungsdiensten sicher sein können, dass diese Daten nur zur Abrechnung genutzt werden. Dies soweit aus unserer Sicht. – Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Der Hinweis, dass dort noch einmal genau hingeschaut werden muss, ist ja auch in den schriftlichen Stellungnahmen aufgenommen worden.

Wir können jetzt die §§ 1 bis 10 verlassen und rufen nun die §§ 11 bis 20 auf. Hier kommen wir dann auch wieder auf § 19 Abs. 6 zu sprechen, der schon angesprochen worden ist. Wir versuchen, in der gleichen Systematik zu bleiben. Dies hat sich ja bei dem ersten Themenblock bewährt. Ich schaue in die Runde: Herr Körfges,

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Herr Kollege Preuß, Herr Wegner und Herr Ünal. – Herr Kollege Körfges hatte sich schon gemeldet und hat nun das Wort.

Hans-Willi Körfges (SPD): Herr Vorsitzender, vielen Dank. Meine Damen und Herren, ich möchte jetzt wieder den kommunalen Aspekt in den Vordergrund stellen bezogen auf die Regelungen des § 14 und die Stellungnahmen der kommunalen Spitzenverbände, die sich auch an anderen Stellen wiederfinden. Bezüglich des Themenbereichs „gesteigerte Kosten“ hat Herr Dr. Schmidt eben auf die neuen bundesgesetzlichen Anforderungen hingewiesen. Meine erste Frage an die kommunalen Spitzenverbände: Ist das etwas, was bezogen auf die grundsätzliche Konnexitätsrelevanz nach dem Motto „Zweckveranlassung“ nicht hinterfragt werden kann?

Zweite Frage: Ist es nach Ihrer Meinung tatsächlich eine neue Aufgabe?

Die dritte Frage ist: Wie sehen Sie hinsichtlich der Kosten die Frage der Wesentlichkeit nach dem Motto „Können Sie?“ – Diese Frage würde ich auch gerne an Frau Herx aus der Stadt Köln stellen. Können Sie sich an dieser Stelle jetzt schon – bezogen auf die Quantifizierung nach dem Motto „Wieviel darf es denn bitte sein?“ – auf die Kosten festlegen?

Dann interessiert mich noch – auch in Richtung auf die komba gewerkschaft, die sich die Stellungnahme mit den kommunalen Spitzenverbänden geteilt hat – die Antwort auf die Frage: Gibt es unter Umständen für den Fall, dass Sie die Frage Konnexität bejahen, die Möglichkeit, die Konnexitätsrelevanz für die Kommunen auszuschließen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön, Herr Kollege Körfges. – Herr Kollege Preuß, bitte schön.

Peter Preuß (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich habe eine Frage zu § 19 Abs. 6: Gibt es Regelungsbedarf für die Abschaffung des § 19 Abs. 6? – Die Frage richtet sich an den Vertreter des Landkreistags, an den Vertreter der Krankenkassen und Herrn Dr. Lüder. Ich möchte die Frage noch etwas präzisieren und nachfragen: Wann und wo gab es im Rahmen der Organisation der Bedarfsplanung und der Durchführung von Krankentransporten und Rettungseinsätzen Auffälligkeiten, bei denen Sie Genehmigungen hatten und die unter die Regelung des § 19 Abs. 6 fallen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dankeschön, Herr Kollege! Herr Kollege Wegner als nächstes:

Olaf Wegner (PIRATEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Ich habe eine Frage an die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände zu § 19 Abs. 6, der gestrichen werden soll. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Sie das vollumfänglich unterstützen. Als Begründung führen Sie hauptsächlich die Rechtsprechung des Ober-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

verwaltungsgerichts an. Mich interessiert, welche Vor- bzw. Nachteile die Kommunen dadurch für sich sehen würden, wenn der Paragraf nicht gestrichen würde.

Noch eine Ergänzung: In verschiedenen Stellungnahmen wird behauptet, dass durch den Wegfall des § 6 ein von der Bundesregierung eigentlich vorgesehener Bestandsschutz ausgehöhlt wird. Wie stehen Sie zu diesem Argument? – Vielen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank, Herr Wegner. – Herr Kollege Ünal.

Arif Ünal (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Zu § 13 „Übertragung auf Dritte“ gibt es unterschiedliche Stellungnahmen. Kann die Übertragung auf Dritte – so wie im Gesetzentwurf vorgesehen – wirklich rechtskonform stattfinden?

Zu dem anderen Punkt, der mit § 13 zusammenhängt, haben wir im Vorfeld sehr viele Gespräche mit den Hilfsorganisationen geführt: Finden die Leistungen der Hilfsorganisationen hinsichtlich des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes oder der Gefahrenabwehr usw. bei der Übertragung dieser Regelung Berücksichtigung? Ist tatsächlich berücksichtigt, dass die Hilfsorganisationen dadurch keine Nachteile haben? Denn der Katastrophenschutz ist für uns sehr wichtig, und die Hilfsorganisationen sollten dafür zusätzliche Punkte erhalten.

Mit § 14 gibt es ein Problem bei der Finanzierung. Meine Frage richtet sich an die kommunalen Spitzenverbände: Wie sah die Finanzierung der Rettungsassistenzen aus? Können Sie sich eine analoge Finanzierung für die Rettungssanitäter vorstellen oder ist der vorgesehene Entwurf für die Finanzierung ausreichend?

§ 19 Abs. 6 wurde mehrfach angesprochen. Auch mich interessiert die unterschiedliche Positionierung zur Streichung des Paragrafen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir nehmen noch einmal die Fragen der Kollegen Scheffler und Scharrenbach hinzu und gehen dann zur Beantwortung über.

Michael Scheffler (SPD): Schönen Dank, Herr Vorsitzender. – Ich möchte auch den § 19 Abs. 6 und hier zunächst die kommunalen Spitzenverbände und den Landkreistag ansprechen. Versprechen Sie sich eine qualitative Steigerung des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen, wenn die bisher vorhandene Ewigkeitsgarantie wegfällt? Glauben Sie, dass mehr Wettbewerb hier neue Impulse setzen kann?

Ich möchte diese Frage auch an die Anbieterseite richten. Hier hätte ich gerne eine Einschätzung von Herrn Dr. Lüder und von Herrn Memmeler, wie die Anbieterseite die Streichung des § 19 Abs. 6 bewertet. Denn dies ist mir in den von Ihnen eingereichten Stellungnahmen nicht so deutlich geworden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. – Frau Kollegin Scharrenbach.

Ina Scharrenbach (CDU): Noch eine Frage zu zwei anderen Paragrafen. Zunächst zu § 11 „Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern“: In vielen Stellungnahmen ist

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

das Thema Notärzte durchaus unterschiedlich angesprochen worden. Deshalb die Frage an die Vertreter der Ärztekammern, der GKV, der Krankenhausgesellschaft und an den Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Notärzte in Nordrhein-Westfalen: Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die Versorgung mit Notärzten derzeit im System des Rettungswesens dar?

Es liegt ein konkreter Vorschlag der kommunalen Spitzenverbände vor, die Krankenhäuser zu verpflichten, Notärzte zu stellen. Daraus ergibt sich die Frage, wie Sie sich auf diesen Vorschlag einlassen bzw. wie aus Ihrer Sicht die Versorgung mit Notärzten im System sichergestellt werden kann.

Eine zweite Frage bezieht sich auf § 12 Abs. 5 „Bedarfspläne“. Von mehreren Sachverständigen wurde vorgeschlagen, die Frist von fünf auf sechs Jahre zu verlängern und analog auch die Vertragslaufzeiten sowohl für Private als auch für Hilfsorganisationen von fünf auf sechs Jahre zu verlängern. Daher die Frage an die Vertreter der GKV, wie Sie sich zu diesem Vorschlag einlassen. Sagen Sie, das ist vernünftig oder sollte es bei fünf Jahren bleiben?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann starten wir jetzt die Beantwortung der Fragen von Frau Scharrenbach zu § 11. - Zunächst die Ärztekammer.

Dr. Hans-Peter Milz (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Dr. Milz, ich antworte für die beiden Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein. Die Ärztekammern stehen auf dem Standpunkt, dass es nicht sinnvoll ist, die Krankenhäuser zu verpflichten, Notärzte zu stellen. Wenn man das macht, dann müsste man zumindest auch entsprechende Qualitätsstandards festschreiben, die mit den Grundvoraussetzungen zum Einsatz im Rettungsdienst als Notarzt, zum Beispiel der Fachkundenachweis Rettungsdienst etc, so alleine nicht ausreichen.

Betrachtet man die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen, so gibt es große Kliniken, die aufgrund der hohen Anzahl der in Ihrem Pool beschäftigten Fachärzte problemlos in der Lage sind, eine entsprechende Anzahl an Notärzten zu stellen. Aber es gibt auch eine große Anzahl kleiner Krankenhäuser, die mit nur sehr wenigen Leuten kaum in der Lage sind – zum Teil sogar nur unter Zuhilfenahme von externen Kräften wie Honorarärzten –, den Dienstbetrieb aufrecht zu erhalten. Wir sehen es nicht so, dass das flächendeckend und komplett einheitlich zu regeln ist, dass alle Krankenhäuser über einen Kamm geschoren werden und bestimmt wird: Die müssen das stellen. Das wird nicht funktionieren und würde nach unserer Maßgabe mit einem großen Risiko an Qualitätsverlust einhergehen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage war an mehrere gerichtet. Haben wir noch ein anderes Bild? – Bitte schön.

Frank H. Riebandt (Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Notärzte in NRW): Wie schon von Herrn Dr. Milz erwähnt, gibt es regionale Unterschiede. In den Ballungsräumen Nordrhein-Westfalens haben wir gegenwärtig kein nennenswertes

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Problem, Notärzte und Notärztinnen in den Dienst zu nehmen. In der Regel handelt es sich um Ärzte und Ärztinnen, die im Hauptamt in Krankenanstalten angestellt sind und im Rahmen einer zusätzlichen Verpflichtung auf der Basis von Gestellungsverträgen mit den Trägern des Rettungsdienstes zusätzliche Bereitschaftsdienste als Notärzte und Notärztinnen beim öffentlichen Rettungsdienst leisten. Das ist die Situation in den Ballungsräumen.

Die grundsätzliche Rechtsstruktur besteht auch im ländlichen Bereich. Nur dort – das wurde gerade schon erwähnt – haben wir natürlich einerseits eine geringere Krankenhausdichte und andererseits eine größere Zahl kleinerer Krankenhäuser nicht mit der Versorgungsbreite.

Ich gebe Ihnen hierzu eine Zahl aus einer Universitätsklinik zur Orientierung. In der Universitätsklinik Bonn – ich selber bin im Rhein-Sieg-Kreis tätig und insofern auch mit diesem Klinikum engstens verbunden – hat allein die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin 165 Assistentinnen und Assistenten im ärztlichen Bereich. Das ist natürlich eine ganz andere Dimension zur Sicherstellung von Bereitschaftsdiensten im Vergleich zu einem durchschnittlichen Krankenhaus aus meinem Zuständigkeitsbereich im ländlichen Raum, bei denen wir insgesamt überhaupt nur zehn Ärzte und Ärztinnen im Assistenzarztbereich haben.

Zu der Frage, wie man sich eine künftige Sicherstellung überhaupt vorstellen soll, hat auch das Fachministerium MGEPA mit den ärztlichen und rettungsdienstlichen Fachverbänden schon diverse Gespräche geführt. Man wird unterschiedliche Modelle zulassen und praktizieren müssen.

Als Erstes muss man an Ressourcenverteilung denken. Modell 1: Dort, wo wir große Kliniken mit vielen Ärzten und Ärztinnen haben, wären selbstverständlich auch Vereinbarungen möglich, dass Ärzte in Bereichen, in denen Kliniken nicht über diese Möglichkeiten der Personalgestellung verfügen, über vertragliche Regelungen mit den Kliniken unterstützend tätig werden.

Modell 2: Im Rahmen der kommunalen Zusammenarbeit benachbarter Kommunen – also Kreise und kreisfreien Städte – wäre es natürlich auch denkbar, das Rettungsdienstträgerbereiche, in denen ausreichend Ressourcen vorhanden sind, die Versorgung von Nachbarnotarztstandorten sicherstellen. Das setzt natürlich eine gewisse räumliche Nähe bzw. eine Abordnung von Kräften voraus. Das muss natürlich ebenfalls vertraglich vereinbart werden.

Modell 3: Es ist selbstverständlich auch an die Möglichkeit zu denken, geeignete Ärztinnen und Ärzte bei den Rettungsdienstträgern – also den kommunalen Trägern, den Kreisen und kreisfreien Städten – direkt anzustellen. Das wird ebenfalls in einigen Großstädten praktiziert. Ein Beispiel ist der Rettungsdienst der Stadt Köln. Das Modell ist die Einbindung freiberuflicher Notärztinnen und Notärzte. Das möchte ich – gerade auch als Vertreter der Notärztinnen und Notärzte in Nordrhein-Westfalen – ausdrücklich kritisch betrachten. Denn dort wird die Sicherstellung eines angemessenen qualitativen Standards, wie von Hr. Milz formuliert wurde, außerordentlich aufwändig – nicht unmöglich, aber sehr aufwändig. Das ist das Modell, über sogenannte Notarztpersonalbörsen und ähnliches Personal zu organisieren, bei dem man als

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

kommunaler Träger leicht in die Gefahr läuft, die Katze im Sack zu kaufen. Hier wären sehr aufwändige qualitative Überprüfungen und Kontrollen notwendig. Frage: Wer soll das sicherstellen? – Das wird man nicht so einfach nur an die ärztlichen Leiter Rettungsdienst delegieren können.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Krankenkassen waren auch gefragt, aber jetzt die Krankenhausgesellschaft. – Herr Dr. May als Erster, bitte schön.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Ich kann mich den von Herrn Milz und Herrn Riebandt bereits genannten Inhalten nur anschließen. Alle Prozessbeteiligten haben sich mehrfach zusammengesetzt, um eine Sachstandserhebung durchzuführen, wie sich momentan die Versorgung im Rettungsdienst innerhalb von NRW insbesondere mit Notärzten darstellt. Man kann auch den Stellungnahmen zu dieser Anhörung heute entnehmen, dass wir über eine sehr hohe Qualität verfügen. In den einzelnen Sitzungen konnten wir feststellen, dass wir nicht vor einem aktuellen, aber gegebenenfalls zukünftigen Problem stehen, wenn wir über den Fachkräftemangel nachdenken. Unter dieser Prämisse muss man festhalten, dass die verschiedenen methodischen Ansätze, die Herr Riebandt aufgezählt hat, dem vorbeugend entgegenzuwirken, sehr richtige und gute Ansätze sind. Zum jetzigen Zeitpunkt haben wir aber in keiner Weise eine defizitäre notfallmedizinische, notärztliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gibt es Stellungnahmen von den Kassenvertretern? – Bitte schön.

Iris Glarner (Verband der Ersatzkasse e. V.) (Stellungnahme 16/2153): Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Mein Name ist Iris Glarner vom Verband der Ersatzkassen. Ich sehe momentan in einigen Regionen schon das Problem, einen Notarzt zu bekommen. Es ist nicht unbedingt eine personelle Frage, sondern eine Finanzfrage. In manchen Regionen haben wir keine Ärzte, die bereit sind, den ärztlichen Notdienst sicherzustellen. Dann müssen wir die Ärzte über eine Notarztbörse einkaufen. Das sind dann teilweise die gleichen Ärzte, die wir eigentlich auch vorgesehen hätten, weil sie aus den umliegenden Krankenhäusern kommen. Dann bezahlt man dann dafür aber das doppelte Geld. Diese Sache ist nicht tragbar.

Von daher würden wir es begrüßen, wenn die bereits einberufene und schon angesprochene Expertengruppe fortgeführt wird, in der die vorgestellten Modelle andiskutiert wurden. So, wie es momentan ist, stehen wir in einigen Regionen vor diesem Problem. Aber wie bereits angekündigt, wird es in die Fläche gehen. Dann wird es für uns als Kassen immer, immer teurer. Deswegen ist es wichtig, auch kommunale Grenzen zu überschreiten und nicht immer nur das Inseldenenken zu haben: Das ist mein Notarzt, den gebe ich dir nicht ab. – Da muss wirklich etwas getan werden, damit wir es auch weiterhin finanzieren können.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich fasse das jetzt so zusammen, dass bei der Frage der Verpflichtung zwar Handlungsbedarf, aber kein Regelungsbedarf im Gesetz besteht.

Ich rufe dann den § 12 Abs.5 auf. Da geht es um die Frist von fünf oder sechs Jahren. Dieser Vorschlag kam von der kommunalen Familie und von den Feuerwehren. Die Kassenvertreter waren gefragt, ob Sie sich mit dieser Fristverlängerung anfreunden können, oder nicht. – Herr Göke, bitte schön.

Guido Göke (AOK Rheinland/Hamburg): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Bei der Bedarfsplanung, um die es in dieser Frage geht, sind wir gegenwärtig bei einer Frist von vier Jahren. Wir möchten diese Frist gerne auf fünf Jahre erhöhen. Aus unserer Sicht stellt das auch die Höchstgrenze dar, weil wir nach § 7a gewisse Qualitätskriterien zukünftig gängig implementieren möchten. Für eine Bedarfsplanung eines solchen, dynamischen Prozesses – wir reden hier über die Notfallrettung – sehen wir fünf Jahre als maximale Grenze an.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das war eine klare Antwort auf die Frage. Ich rufe dann § 13 auf, zu der Herr Ünal eine Frage an die kommunalen Spitzenverbände gestellt hat.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Erstaunlicher Weise ist die Novellierung des § 13 eigentlich das Herzstück. Dies war auch in den ganzen Debatten und Vorgesprächen so, die Sie, Herr Garbrecht, angesprochen hatten. Für uns ist es wichtig, die Verzahnung von Rettungsdienst und Katastrophenschutz im Interesse der Menschen in Nordrhein-Westfalen aufrechtzuerhalten. Das heißt, dass wir „Betreuungsplatz-Bereitschaft 500“ und die ganzen anderen Einsatzmittel – also die Sicherheitskonzepte des Landes – noch vor Ort vollstrecken können und die Verzahnung zwischen öffentlich-rechtlicher Notfallrettung und den Hilfsorganisationen aufrechterhalten können.

Wir hatten uns erhofft und haben es auch unter großem interfraktionellen Einsatz erreicht, dass sowohl die SPE als auch die EVP sowie die alte Fraktion der Liberalen als auch die Grünen mit Frau Rühle auf europäischer Ebene diese Bereichsausnahme für den Rettungsdienst sowie für die Notfallrettung vom EU-Vergaberecht bekommen haben. Diese muss nun umgesetzt werden.

Wir hätten es gerne gesehen, dass man das in Nordrhein-Westfalen schon umgesetzt hat. Inzwischen geht der Konsens dahin, dass es zunächst auf Bundesebene im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen erfolgen muss. Vor diesem Hintergrund, halten wir den § 13 an dieser Stelle für gelungen. Meiner Meinung nach kann man auf der jetzigen Basis nicht weitergehen. Denn es ist wichtig, einen Vergleich zum Referentenentwurf vom Herbst 2012 zum Rettungsdienständerungsgesetz zu ziehen, in dem die Worte „Nach Maßgabe des Vergaberechts“ nicht in Abs. 1 des Paragraphen stehen. Damit sind wir für die Bereichsausnahme offen, sobald sie umgesetzt werden kann.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Für uns ist wichtig, dass man sich auch hier im Landtag auf den gleichen Konsens einigt, auf den sich alle auch hier beteiligten Fraktionen im Europäischen Parlament geeinigt hatten, nämlich, dass die Bereichsausnahme umgesetzt werden muss, sobald der Bundesgesetzgeber diese im GWB vorgesehen hat. Wir erwarten den Novellierungsvorschlag des BMWI für Februar/März und eine Umsetzung auf Bundesebene über die nächsten anderthalb Jahre, sodass man spätestens für das Jahr 2016 ein drittes Rettungsdienständerungsgesetz Nordrhein-Westfalen – vielleicht in ganz kleinem Umfang – vorsieht, in dem diese Bereichsausnahme dann in nordrhein-westfälisches Landesrecht überführt wird.

Für uns ist es ganz wichtig, dass diese nicht nur eine Bereichsausnahme vom Sekundärrecht ist, sondern auch das Primärrecht der EU abschließend konkretisiert. Das heißt, dass rettungsdienstliche Aufträge – soweit sie an die anerkannten Hilfsorganisationen gehen – auch außerhalb von Vergabebekanntmachungsverfahren vergeben werden können. Denn ansonsten würden sie keinen Sinn machen. Würde der Grundsatz der Bekanntmachung Anwendung finden, dann hätten wir das Problem, dass der Auftrag bekannt wäre und sich ein Dritter bewerben könnte. Danach müssten wir den Grundsatz der Nichtdiskriminierung anwenden und hätten keine Bereichsausnahme.

Dass auch das EU-Parlament dies nicht wollte, hat auch Kommissar Barnier, der zu diesem Zeitpunkt noch amtierend war, selbst für die Kommission klargestellt, die diese Bereichsausnahme nie wollte. Auch die Kommission vertritt die Meinung: Es ist eine Bereichsausnahme nicht nur von EU-Vergabe Sekundärrecht, sondern auch von EU-Vergabe Primärrecht von den Grundfreiheiten des Vertrages – nicht im Sinne einer Ausnahme, sondern einer abschließenden Konkretisierung. Für uns ist es wichtig, dass dies in dieser Form – sobald es im GWB steht – in Nordrhein-Westfalen umgesetzt wird. Bei der jetzigen Gesetzeslage reicht § 13. Der ist gut, der ist gelungen und muss aus unserer Sicht verabschiedet werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage war aber auch an die Hilfsorganisationen gerichtet. – Deutsches Rotes Kreuz, bitte schön.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsche Rote Kreuz): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Herr Ünal, Sie haben nach unserer Zufriedenheit beim zweiten Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen gefragt. Herr Kollege Dr. von Kraack hat bereits zutreffend – wie ich finde – ausgeführt, was für ein mögliches, drittes Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes möglich sein müsste. Hinsichtlich dieses Gesetzesvorhabens kann ich mich den Ausführungen des Kollegen Dr. von Kraack nur anschließen, so wie wir es auch in der gemeinsamen Stellungnahme getan haben. Wir sind sehr dankbar – das richte an alle beteiligten Fraktionen –, dass die Landesregierung in ihrem vorgelegten Gesetzentwurf die von uns aus gesundheits- und sicherheitspolitischen Erwägungen – das betone ich besonders – und formulierten Wünsche übernommen hat. Dieser Prozess war in der Tat zeitlich nicht ganz kurz, mündete aber am Ende in einem – wie wir finden – sehr

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

erfolgreichen Ergebnis. Zusammenfassend können wir § 13 in der hier formulierten Form folgen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das ist sehr erfreulich, das hatten wir auch schon einmal anders.

Dann gehen wir jetzt weiter zu § 14. Hierzu gab es eine Frage von Herrn Körfges an die kommunalen Spitzenverbände zum leidigen Thema der Finanzierung. Herr Ünal hatte auch eine Frage zur Finanzierung der Rettungssanitäterausbildungskosten gestellt. Dazu sind natürlich auch die Kassen angesprochen.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Auch das zweite Herzstück – man hat ja immer Doppelherz – dieses Gesetzentwurfes soll den Stärkungsfakt nicht konterkarieren, deswegen ist es wichtig, dass die Kommunen nicht auf den erheblich höheren Kosten der Ausbildung dieses neuen Berufsbildes Notfallsanitäter sitzen bleiben. Es ist wichtig, dass den Kämmerern der Städte, die in der Stufe 1 und 2 sind, nicht gesagt wird: Zusätzlich zu euren bisherigen Maßnahmen im Haushaltssanierungsplan könnt ihr auch noch für die Allgemeinheit die Notfallsanitäter ausbilden. Wir bilden auch keine Notärzte aus; diese werden in Deutschland an den Universitäten ausgebildet. Folglich müssen wir auch keine anderen Personen in diesem Bereich ausbilden. Das ist keine kommunale Aufgabe.

Vor diesem Hintergrund ist uns wichtig, dass nicht die Kommunen für die 80 Millionen € aufkommen müssen, die für 1.000 Auszubildende in der Grundausbildung bei 80.000 € pro Jahr anfallen. Denn die 80 Millionen € bergen das Potenzial, Kommunen der Stufe 1 im Stärkungspakt ins Kippen zu bringen. Das geht sonst nicht.

Herr Körfges hat die richtigen juristischen Fragen gestellt, nämlich die Gretchenfragen nach der Konnexität: Wieso? Weshalb? Warum? – Diese Fragen haben wir uns selbst aufgeregt über Jahre gestellt. Ich bin stolz, diese positiv beantworten zu können. Wir sind auch in Nordrhein-Westfalen an der Spitze der Entwicklung. Die anderen Länder sind bei der Umsetzung teilweise noch gar nicht so weit. Der Bund hat 20 Jahre an der Reform der ursprünglichen Ausbildung der Rettungsassistenten gearbeitet. Das hat man eben nicht nur fünf Jahre – Jahre hat die Verabschiedung des Gesetzes am Ende gedauert-, sondern 20 Jahre lang geplant. Letztlich hat man dann etwas anderes als ursprünglich beabsichtigt gemacht: Man hat einen neuen Beruf und damit eine neue Aufgabe geschaffen und nicht den alten Rettungsassistenten erneuert. Das hat nicht nur der Bund in seinem Gesetzentwurf so gesehen, sondern auch die Länder im Bundesrat, die dazu klar Stellung bezogen haben und gesagt haben: Bund, das geht so nicht. Die Länder haben protestiert – es wurde tatsächlich mit 16:0 abgestimmt-, dass das eine neue Aufgabe ist. Das sieht der Bundesrat auch so, und deswegen haben wir Konnexität.

Der Bund hat zwar veranlasst, dass in Nordrhein-Westfalen eine Zuständigkeit für die Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes vorgesehen werden muss, aber der Verfassungsgerichtshof Nordrhein-Westfalen hat in der wegweisenden KiföG-Entscheidung vom Herbst 2010 klar formuliert, dass es, wenn Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeitsbestimmungen in der Weise schafft, dass es die Kommunen für zuständig er-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

klärt, dann ausreicht, um den Konnexitätsfall auszulösen. Der Bund ist tatsächlich der Zweckveranlasser, aber Nordrhein-Westfalen fällt die Entscheidung, das durch seine Bezirksregierungen erledigen zu lassen.

§ 8 Abs. 3 des Landesorganisationsgesetzes besagt, dass die Bezirksregierungen zuständig sind, wenn keine besondere Zuständigkeitsbestimmung getroffen ist, was momentan nicht der Fall ist. Diese machen das sogar in einzelnen Fällen. In Bocholt hatten wir jüngst den Fall, dass eine Ergänzungsprüfung unter der Egide der Bezirksregierung durchgeführt worden ist. Aber das kann natürlich auch die Bezirksregierung in ihrer Breite der Aufstellung im Augenblick so ohne Weiteres nicht leisten. Interessant ist an der Stelle, dass die Wesentlichkeit aus unserer Sicht schon belegt ist.

Wir als kommunale Spitzenverbände kritisieren ja oftmals gerne das Land; das kann man an dieser Stelle nicht tun. Das Gesundheitsministerium hat sehr früh im Frühjahr eine Kostenfolgeabschätzung vorgelegt. Diese haben wir sogar als Anlage unserer Stellungnahme beigefügt. Denkt man sich die Anlage weg, so ist unsere Stellungnahme gar nicht so lang. In der Anlage ist detailliert beschrieben, wodurch welche Kosten in welcher Höhe für Schulbücher, für die Ausbildungsvergütung sowie durch die einzelnen Ausbildungsstunden verursacht werden. 5 Millionen € sind landesweit dadurch schnell überschritten.

Wir haben in den vergangenen zehn Jahren jedes Jahr ungefähr 800 – 1.000 neue Rettungsassistenten benötigt. Bei den Notfallassistenten werden es nicht weniger Absolventen sein. Wenn diese 80.000 €, wie das Gesundheitsministerium zurecht annimmt – das bezweifelt keiner der Experten, die mit am Tisch saßen, und ist auch im Landesfachbeirat für den Rettungsdienst sowie in anderen Expertengruppen schon so gewesen –, angewandt werden, dann kommt man auf 80 Millionen € pro Jahr. 5 Millionen € ist die Wesentlichkeitsschwelle nach dem KonnexAG. Insofern ist das für uns ein ganz klarer Fall.

Wir sind froh, dass wir mit dem Vorschlag der Landesregierung nicht in einen Konflikt laufen, sondern es gemeinsam frühzeitig erkannt und eine Regelung gefunden haben. Diese hat die Landesregierung in § 14 zugrunde gelegt. Deswegen sind wir hinsichtlich § 14 genauso aufgestellt wie bei § 13: Das ist ein guter Entwurf, der so verabschiedet werden muss, wie er vorliegt.

Herr Ünal hat eine ergänzende Frage zur Finanzierung der Ausbildung der Rettungsassistenten gestellt. Diese Finanzierung wird momentan in dieser Breite nicht so refinanziert. Das machen die Kommunen über erhebliche Teile auch mit eigenen Mitteln. Jedoch gilt hier ein Altgesetz. Das Rettungsassistentengesetz ist von 1989, also weit vor der Einführung des Konnexitätsprinzips in der Landesverfassung von 2004. Deswegen unterfiel die damalige Anordnung der Zuständigkeitsverordnung für Heilberufe des Landes nicht der Konnexität. Aus diesem Grund mussten die Kommunen das mit refinanzieren. Das ist nun einmal so. Wir würden uns das anders wünschen, können es rechtlich aber kaum ändern. Wir sehen das als tragbar an, da der Rettungsassistent ein Auslaufmodell ist.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Obwohl wir auch hier der Kostenträgerseite das Angebot unterbreiten, die Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2030 zu verlängern. Dadurch würde auch der Kostendruck bei den Notfallsanitätern abgeschwächt, und die Rettungsassistenten würden weiter bei uns belassen werden. Neue Ausbildung wird es in dem Bereich aber nicht geben, sodass keine Kosten mehr für die Rettungsassistenten verursacht werden. Denn das Gesetz ist befristet und wird auf Bundesebene am 31. Dezember dieses Jahres enden. Danach wird es das Gesetz nicht mehr geben. Das Notfallsanitättergesetz gibt es jedoch schon seit Mai 2013 mit Inkraftsetzung der wesentlichen Bestimmungen zum 1. April 2014. Das wird jetzt also abgelöst.

§ 14 ist eine gute Regelung und sollte verabschiedet werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie haben jetzt sehr umfangreich dargestellt, was Sie auch in Ihrer Stellungnahme dargelegt haben. Auf Bundesebene gibt es natürlich andere Maßstäbe, die bei den Gesetzgebungsverfahren vonseiten der Kassen zu recht aufgeführt werden. Bei Ihren Worten habe ich nicht die Erleichterung auf Kassenseite im Hinblick auf die Verlängerung der Frist vernommen. – Herr Litsch, Sie haben das Wort.

Martin Litsch (AOK NORDWEST) (Stellungnahme 16/2153): Herr Vorsitzender, die Verlängerung der Frist hilft uns überhaupt nicht. In dem Gesetz steht unter Punkt H „Finanzielle Auswirkungen auf Unternehmen und private Haushalte: Keine“. – Das ist unter den Bedingungen natürlich nicht aufrechtzuerhalten. Wir reden hier über Größenordnungen, die in der Tat beitragsatz- oder nach heutigen Gesichtspunkten ab Januar 2015 zusatzbeitragsrelevant sind. Deswegen lohnt es sich, grundsätzlich darüber nachzudenken, was passiert.

Ordnungspolitisch müssen wir aufpassen, dass wir keinen Systembruch erzeugen, der zu einer Fehlallokation von Mitteln führt. Den Beitragszahlern und nicht den Krankenkassen werden hier Zusatzausgaben zugemutet, die nicht Aufgabe des Beitragszahlers sind, sondern gegebenenfalls den Steuerzahlern aber unter gar keinen Umständen der GKV aufgebürdet werden können. Deswegen ist das Notfallsanitättergesetz in seiner Begründung auch so formuliert.

Im Gesetz selber steht nichts zur Finanzierung, aber in seiner Begründung ist aufgeführt, dass man davon ausgeht, bundesweit 42 Millionen € auszugeben. Diese Mehrkosten sind notwendig, um den Notfallsanitäter endqualifiziert zu machen. Das heißt nicht, dass damit alle neuen, mit der Ausbildung verbundenen Kosten in den Bereich der Beitragszahler zu verschieben sind.

Es entspricht auch der Vorstellung des Bundesrechnungshofes, der sich darum kümmert seitdem auch Steuermittel in den Finanztopf des Gesundheitsfonds gelangen, dass die Mittel regelgerecht ausgegeben werden. Der Bundesrechnungshof hat Anfang des Jahres festgestellt, dass die Länder und Kommunen in den letzten Jahren bei der Finanzierung des Rettungsdienstes ihre Verantwortung nicht mehr ausreichend übernehmen und das nicht weiter zu tragen ist.

Wir sind ganz dezidiert der Meinung, dass die Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenkassen hier arg strapaziert wird. Wir können auch nicht erkennen, wie die Kosten – das betrifft auch den Mehrkostenanteil, wenn wir nicht über alles reden – zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufzuteilen sind. Das ist ein sehr kompliziertes und nicht geklärtes Thema. Es erschüttert uns besonders, dass wir uns in langen Vorbereitungen zusammen mit dem Ministerium und den Vertragspartnern bemüht haben, hier eine Lösung zu finden. Das ist gänzlich unmöglich, weil uns jegliche Transparenz versagt wird, die die Chance beinhaltet, sich über Mehrkosten beraten zu können. Die Transparenz über die Kosten der heutigen Ausbildung ist in keiner Weise gegeben.

Auch in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Ministerium ist die Bitte, dies offenzulegen, brüsk verneint worden. Das Vorgehen funktioniert so einfach nicht. Deswegen bitten wir darum, dass die Mehrkosten transparent gemacht werden und die Verweigerungshaltung aufgelöst wird. Nur dann können wir dem Gesetzauftrag folgen und die Mehrkosten entsprechend kalkulieren. Wir sind dazu durchaus bereit.

In anderen Ländern gibt es dafür auch Lösungen, wenn auch teilweise Übergangslösungen bei schwierigen Bedingungen, sodass sich da immer etwas machen ließe. Eine Übergangsfrist hilft an dieser Stelle gar nicht, weil sie das Problem letztendlich vielleicht ein wenig in die Zukunft verlagert, aber das Grundsätzliche damit nicht tangiert ist. Deswegen haben wir hier noch eine Hausaufgabe zu erledigen. Ich bitte die Zuständigen, Ihre Blockadehaltung an dieser Stelle aufzugeben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Wir wissen natürlich, dass dieses Problem nicht nur in Nordrhein-Westfalen, sondern auch in anderen Bundesländern eine Rolle spielt. Das Gesetz sieht vor, dass eine einvernehmliche Regelung anzustreben ist, weist dem Parlament zum jetzigen Zeitpunkt jedoch keine Rolle zu.

Wir müssen abwarten, wie der Gesetzauftrag von den Beteiligten angenommen wird und ob es notfalls notwendig ist, die geforderte Transparenz vonseiten des Gesetzgebers zu schaffen. Ich möchte das den parlamentarischen Beratungen überlassen, kann mir aber durchaus vorstellen, dass auch die Frage von Schnittstellen eine Rolle spielt. Denn das ist ein Vorschlag, um Transparenz zu schaffen. Als Gesundheitspolitiker kann ich nur anführen, dass wir mit den Krankenkassen in Bezug auf Schnittstellen nicht gerade die erfreulichsten Erfahrungen gemacht haben, Herr Litsch. Das war mal so, mal so. Wenn uns aber nichts anderes übrig bleibt, so ist das zumindest eine Möglichkeit, die uns offen steht.

Herr Dr. Schmidt, ich gebe Ihnen gleich gerne noch das Wort, aber ich glaube, dass wir diese Frage im Rahmen der heutigen parlamentarischen Erörterung nicht werden lösen können. Wir nehmen die unterschiedlichen Auffassungen zur Kenntnis und werden dann im Rahmen der parlamentarischen Intensivberatungen, einen Lösungsweg finden. Die kommunalen Spitzenverbände reden immer nur von Konnexität – das sage ich an dieser Stelle einmal ganz ungeschützt –, aber aus langer kommunalpolitischer Erfahrung weiß ich auch, wie die Gebührenabrechnungen funktionieren. Von daher sind alle aufgerufen, noch einmal in sich zu gehen und den vom

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Gesetzentwurf vorgesehenen Weg konsensuell zu gehen. Es gibt jedoch auch einen anderen Weg. – Herr Kollege Körfges noch einmal.

Hans-Willi Körfges (SPD): Ich hatte auch Frau Herx und Herrn Schwill aus Arbeitnehmersicht zu der Frage der Transparenz und der möglichen Auswirkungen sowie Kosten vor Ort gefragt.

Ursula Herx (Stadt Köln) (Stellungnahme 16/2191): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Es gibt eine Kostenschätzung der Stadt Köln, die sich auf den Mehrbedarf bezieht. Diese teilt sich in konsumtive und investive Kosten auf und ist natürlich mit allen Unwegbarkeiten versehen. Die konsumtiven Kosten beziehen sich auf Personal – konkret: Mehrstellen im Einsatzdienst, in der Rettungsdienstschule und im Gesundheitsamt.

Auch bei den Dienstleistern gibt es Personal- und Ausbildungskostenmehrbedarf: Honorarlehrkräfte, Krankenhausbildung und Lehrpersonalweiterbildung. Dann gibt es gesteigerte Kosten bei den Sachmitteln, die sich bei der Stadt Köln jährlich geschätzt in Summe auf 21 Millionen € belaufen. Bei den investiven Kosten ist ein neues Schulgebäude eingeplant, falls kein Bestand vorhanden ist. Hierfür sind 12 Millionen € angesetzt worden. Das ist aber eine einmalige Ausgabe.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann hat die Stadt Köln ja kein Problem mit Offenheit und Transparenz. Das nehmen wir so zur Kenntnis. – Herr Schwill, bitte schön.

Eckhard Schwill (komba gewerkschaft): Herr Vorsitzender! Herr Körfges! Ich danke für die Möglichkeit, hierzu Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass die Kosten der Ausbildung zukünftig Kosten des Rettungsdienstes sind. Denn in der Vergangenheit war es gerade bei der Ausbildung zum Rettungsassistenten so, dass die Mitarbeiter, die diese Ausbildung machen wollten, sie selbst finanzieren mussten. Sie haben kein Geld bekommen und wurden vielfach als Praktikanten billig eingesetzt. Mit dem Notfallsanitätergesetz haben wir jetzt endlich die Chance, die Kosten tatsächlich von den Trägern übernehmen zu lassen. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass bei diesem Punkt jetzt Klarheit geschaffen wurde.

Ich möchte noch die hervorragenden Ausführungen von Herrn Dr. von Kraack zum Konnexitätsprinzip ergänzen. Ich kann dies vollkommen unterstützen, möchte aber noch auf einen Aspekt hinweisen: Zu den Kosten müssen auch die Kosten der Regelfortbildung gehören. Denn bei der Regelfortbildung von 30 Stunden, die die Rettungsassistenten derzeit und auch zukünftig die Notfallsanitäter leisten müssen, stellen sich in der Praxis häufig die Fragen: Was sind das für Kosten? Müssen die Beschäftigten diese selber tragen? Werden die Kosten vom Arbeitgeber getragen? – Deshalb möchten wir die Regelung, dass – wie wir es auch schon vorgeschlagen haben – die Kosten der Regelfortbildung auch als Kosten des Rettungsdienstes gezahlt und somit erstattet werden können. So kann Klarheit geschaffen werden. – Danke.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank. Das haben wir auch Ihrer schriftlichen Stellungnahme entnommen. Gibt es zu den Kostenregelungen noch weitere Beiträge? – Herr Litsch noch einmal, dann Herr Dr. Schmidt.

Martin Litsch (AOK NORDWEST): Noch eine kleine Ergänzung, die an der Stelle Berücksichtigung finden muss: Heute werden die Gebühren über die Gebührensatzung festgesetzt. Die Kommunen und die Träger sind in ihrem Handeln autonom. Wir als diejenigen, die zahlen müssen, haben das zur Kenntnis zu nehmen. Durch diesen Mechanismus ist einer Selbstbedienungsmentalität Tor und Tür geöffnet. Wir sind sehr interessiert daran, hier zu Verhandlungslösungen zu kommen. Das würde an der ein oder anderen Stelle auch das Miteinander vereinfachen. Denn – das können Sie uns glauben – wir haben natürlich Interesse an einem funktionierenden Rettungsdienst, haben aber auch die Verantwortung für die Beitragszahler. Die Regelung im SGB V und eine Verhandlungslösung würden uns helfen. Nur eine Gebührensatzung über eine Satzung der Kommunen ist unbefriedigend. In anderen Ländern ist man im Übrigen auch schon einen Schritt weiter.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Schmidt.

Dr. Jörg Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren): Die Umfrage ist: Was war im alten System anders? Warum müssen wir jetzt diesen Wechsel vollziehen? Was zeigt sich in diesem Wechsel? – Wir haben einen kompletten Systemwechsel. Das hat Herr Schwill von der komba eben sehr deutlich gemacht. Bis dato hatten wir eine vollkommen heterogene Finanzierung. Der Großteil der Rettungsassistenten – insbesondere außerhalb der Kommunen, jedoch auch bei den Kommunen – hat sich seine Ausbildung über unterschiedlichste Wege selbst finanziert. Regelmäßig finanziert wurden nur die Rettungsassistenten, die bei Berufsfeuerwehren oder Feuerwehren ausgebildet wurden, weil es dort Teil der Ausbildung war.

Es gab Mischsysteme bei den Hilfsorganisationen und auch größere Förderungen über den Arbeitsmarkt. Sehr viele Arbeitnehmer, die nicht mehr Untertage arbeiten konnten, wurden damals von den Arbeitsämtern zu Rettungsassistenten umgeschult. Wir hatten im Altsystem eine vollkommen heterogene Finanzierung. Von daher ist es schwer, die Kosten nach Mark und Pfennig oder Euro und Cent festzulegen. Wir als Kommunen haben alle die momentanen Kosten angegeben. Das können wir aber nur für den Bereich, den wir selbst finanziert haben. Im alten System – das hat Herr Schwill sehr deutlich gemacht – hatten wir eine völlig heterogene Finanzierung.

Man kann sich an der Pflege- und Krankenhausgestaltung orientieren, wie das im neuen System funktionieren könnte. Auch dort ist die Möglichkeit geschaffen worden, den Teil der Ausbildung mitzufinanzieren. Das können wir uns für den Rettungsdienst auch vorstellen. Ich kann die Position der Kostenträger, der Krankenkassen, sehr gut nachvollziehen, und wir müssen uns mit Sicherheit einigen. Die sauberste Lösung hierfür liefert jedoch ein Gebührensatzungsverfahren. Denn dort hat man die volle Transparenz von anderen, das ganze Verfahren ist einklagbar und transparent. Et-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

was offeneres gibt es eigentlich gar nicht. Dann braucht man nicht über Entgelte verhandeln, denn sonst hat man Zustände wie in Baden-Württemberg – dort ist man nicht vor, sondern zurück –, wo der Rettungswagen 15 Minuten braucht bis er eintrifft. Das ist doppelt so lang wie in Nordrhein-Westfalen. Der im Gesetz festgeschriebene Erreichungsgrad wird dort im Moment noch nicht einmal von 40 % der Kommunen erreicht. Ich glaube nicht, dass wir ein solches System möchten. – Danke schön.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Wortmeldungen zu diesem Bereich erübrigen sich. Ich glaube, dass alle Botschaften, die zu senden waren, auch angekommen sind.

Meine Damen und Herren, ich rufe dann § 19 Abs.6 auf. Dieser wurde schon einmal durch die Fragestellung von Herrn Körfges angesprochen. Die Fragen haben sich auf die kommunale Familie – insbesondere Sie, Herr Dr von Kraack – konzentriert, so dass Sie mit der Beantwortung beginnen.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): § 19 Abs. 6 stand im Mittelpunkt von Fragen sowohl von Herrn Preuß als auch von Herrn Scheffler und von Herrn Ünal, der die Frage ebenfalls angerissen hatte. Wir setzen uns seit Jahren für die Streichung des § 19 Abs. 6 ein, weil wir der Meinung sind – das habe ich vorhin ausgeführt –, dass wir nur so Wettbewerbsgleichheit bei den Privaten erreichen können. Man wirft uns als öffentlich-rechtlichen gerne vor, wir wollten den Markt hier beherrschen. Diesen Bereich wollen wir nicht beherrschen, wir wollen nur den Sicherstellungsauftrag indirekt erfüllen können, indem wir die Privaten bei der Bedarfsplanung in die Pflicht nehmen.

Zwischen den Privaten soll auch Wettbewerb herrschen. Für uns ist das notwendig, um die Qualität im Hinblick auf die MRSA-Problematik sowie andere Probleme zu verbessern, mit denen wir im Frühjahr konfrontiert waren und auch das Gesundheitsministerium mit im Fernsehen war. Deswegen brauchen wir einen gesunden Wettbewerb zwischen den Privaten.

Es muss aus unserer Sicht bei der Wiedererteilung einer Genehmigung ständig geprüft werden können, ob der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst dadurch beeinträchtigt wird und ob die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind. Wenn diese gegeben sind, dann muss die Genehmigung erteilt werden. Das folgt auch aus der UVG-Rechtsprechung. Das heißt: Die Privaten haben eine starke Stellung.

Wir als kommunale Spitzenverbände bekennen uns ganz stark zu diesem dualen System – auch gerne mit der von Herrn Körfges angesprochenen Koordinierung der Einsätze über die Leitstelle. Das ist für uns auch wichtig – deswegen ist die Streichung des § 19 Abs. 6 richtig –, um in Zukunft bei der Rettungsdienstbedarfsplanung wirklich sicher planen zu können. Ich muss den anderen anhand der Einsatzzahl tiefgehend prüfen können und wissen, was genau er macht. Nur so kann ich eine Kalkulation erstellen, die sicherstellt, dass die Rettungsmittel für diesen doch sehr langen Zeitraum halten.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Wir sind der Auffassung, dass dieser Zeitraum sechs Jahre sein könnte; aus Sicht von Herrn Göke könnten es maximal fünf Jahre sein. Momentan ist das für uns eine Blackbox, weil wir es nicht überprüfen dürfen. Deswegen muss § 19 Abs. 6 gestrichen werden. Dass es verfassungsrechtlich möglich ist – dies war vonseiten der Piraten angesprochen worden –, ist durch den Wissenschaftlichen Dienst des Landtags im Auftrag des Abgeordneten Preuß extra geprüft worden. Der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Dienstes kann man aus unserer Sicht nichts hinzufügen.

Die Regelung hat natürlich eine berufsregelnde Tendenz, aber nach dem Dreistufensystem des Art. 12 des Grundgesetzes ist das zweifelsohne zulässig. Das machen wir in anderen Bereichen auch. Wichtig ist, dass für die Privaten – wenn sie dabei sind – eine harte Stellung geschaffen wird. Das bedeutet, dass wir auch in § 12 und in § 22 die entsprechenden Änderungen vornehmen müssen. Denn dann erreichen wir die Verzahnung der Bedarfsplanung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage von Herrn Wegner, welche positiven Effekte Sie sich davon versprechen, haben Sie jetzt nicht aufgenommen.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW): Indirekt. Wir benötigen letztendlich eine wirkliche Übersicht, welche Tätigkeiten die Privaten durchführen. Wir wollen, dass die Privaten den Krankentransport mehr als bisher durchführen, wollen das aus Sicht der öffentlichen Hand jedoch nicht flächendeckend machen. Wir versprechen uns davon, dass wir die Grundlage dafür erhalten, das noch stärker den Privaten überlassen zu können. Denn über die Verfahren bei der Wiedererteilung der Genehmigung wissen wir, dass die Qualität stimmt und unsere Einrichtung des öffentlichen Rettungsdienstes nicht gefährdet wird. Um diese Frage zuzulassen und uns selbst stärker zurücknehmen zu können, benötigen wir die Streichung des § 19 Abs. 6.

Vorsitzender Günter Garbrecht (SPD): Hier waren auch die Kassenvertreter angesprochen worden.

Guido Göke (AOK Rheinland/Hamburg): Zur Streichung des § 19 Abs. 6: Ich bin ein bisschen überrascht, dass Sie heute keine Regulierungs- und Kontrollmöglichkeiten haben bei der Erteilung von Urkunden, die schon viele Jahre auf dem Markt sind. Dies überrascht und verwundert mich. Ich halte es für sinnvoll, dass man prüft, welche Bereiche – auch heute schon – sinnvoll miteinander verzahnt sind.

Ich glaube, dass ein Nebeneinander von Privaten, Hilfsorganisationen und dem öffentlichen Rettungsdienst durchaus möglich ist. Aus dem Grunde ist die Streichung des § 19 Abs. 6 aus unserer Sicht nicht unbedingt notwendig. Es stellt sich jedoch die Frage: Wie sieht es mit einer Rekommunalisierung aus, wenn sich herausstellt, dass man alles selber macht? – Dann muss man sich die Frage stellen, inwieweit das gegebenenfalls zu einer Verteuerung des Rettungsdienstes führt. Denn dadurch sind demnächst eventuell durchzuführende Ausschreibungen nicht mehr durchführbar.

Vorsitzender Günter Garbrecht: In diesem Kontext war noch einmal Herr Dr. Lüder angesprochen worden.

Magnus Memmeler (Johanniter Unfallhilfe Landesverband NRW e. V.) (Stellungnahme 16/2159): Herr Garbrecht, ich übernehme das für Herrn Dr. Lüders. Unsers Erachtens kann der § 19 Abs. 6 ohne Bedenken gestrichen werden. Das sehen wir genauso wie der Landkreistag und halten es sogar für notwendig. Wenn wir ein Nebeneinander von Privaten und Hilfsorganisationen wollen, dann ist nicht einzusehen, warum nach § 19 eingebundene Privatunternehmen und auch Hilfsorganisationen vergaberechtlich besser gestellt sind als die Organisationen, die nach § 13 den Regelrettungsdienst sicherstellen. Denn deren Verträge sind nach fünf Jahren zwangsweise aufzukündigen während privatwirtschaftlich Tätige einen Bestandsschutz beanspruchen. Das erschließt sich mir nicht.

Nach § 19 sollten eher Konzessionen vergeben werden und man sollte prüfen, welchem Vergaberecht diese theoretisch unterliegen müssten. Das fordern wir bewusst nicht, weil wir das System beibehalten wollen. Die Streichung des § 19 Abs. 6 ist unseres Erachtens mehr als sinnvoll. Wir wünschen uns, dass eine alle fünf Jahre wiederkehrende Überprüfung und nicht die Zwangskündigung auch für die in § 13 genannten Organisationen gelten würde.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich sehe jetzt das Signal von allen – auch von denjenigen, die die Streichung des § 19 Abs. 6 befürworten –, dass sie eine Fortführung des dualen Systems befürworten und eine Beteiligung der Privaten fordern. Das hat sich in der Vergangenheit immer etwas anders angehört – jedenfalls in der Befürchtung.

Von den Abgeordneten zu diesem Themenkomplex jetzt noch einmal Herr Kollege Preuß.

Peter Preuß (CDU): Nachdem was wir jetzt gehört haben, würde ich gerne den Vertreter des Unternehmerverbandes der privaten Rettungsdienste fragen, was davon zu halten ist. Hier ist das Thema Wettbewerb sowie in Teilbereichen das Thema „Privilegierung der Privaten“ angesprochen worden. Hierzu interessiert mich die Stellungnahme der privaten Anbieter, Herr Pokawietz.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie haben das Wort, bitte schön.

Udo Pokawietz (Unternehmerverband privater Rettungsdienste NRW e. V.) (Stellungnahme 16/2157): Schönen guten Abend! Wir sind natürlich gegen die Streichung des § 19 Abs. 6. Das ist gar keine Frage. Denn alle heute in diesem Bundesland existierenden Privatunternehmer dieses Bereiches, sind zu einer Zeit tätig geworden, als klar war, dass man eine Wiedererteilung der Betriebsgenehmigung erwarten konnte, solange man sich ordnungsgemäß verhielt und den Qualitätsanforderungen des Gesetzes entsprach. Dieses wird nun im Prinzip in Frage gestellt.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Ich freue mich ein bisschen über die Wendung des Landkreistags und dass sich ein paar Positionen in unsere Richtung bewegen. Allerdings möchten wir den § 19 Abs. 6 in der Form erst einmal beibehalten, weil wir zurzeit noch nicht das notwendige Vertrauen haben, dass es auf Dauer zu einer Zusammenarbeit kommen kann. Das muss sich erst noch entwickeln. Wir sind da noch etwas kritisch.

Zum Thema Wettbewerb: Wir sehen uns in keinem Wettbewerb mit beauftragten Unternehmen – sei es auch eine Hilfsorganisation nach § 13. Denn wir stehen wenn dann im Wettbewerb mit dem öffentlichen Rettungsdienst, der auch Krankentransporte durchführt. Eine Genehmigung, die wir zurzeit besitzen, ist keine Dienstleistungskonzession nach dem Vergaberecht, sondern eine gewerberechtliche Erlaubnis. Das ist etwas völlig anderes. Denn wir haben keinen Vertrag mit der öffentlichen Hand, sondern sind nur uns selbst und den Anforderungen des Gesetzes verpflichtet.

Vorhin kam eine Fragestellung zum Stichwort „Ewigkeitsgarantie“ auf. Seit Inkrafttreten des § 19 Abs. 6 sind etwa zehn Unternehmen in Nordrhein-Westfalen aus dem Markt ausgeschieden, weil sie die vom Gesetz auferlegten Bedingungen nicht mehr erfüllt haben. Das bedeutet: Eine klassische Ewigkeitsgarantie habe ich nur dann, wenn ich als Unternehmer auch die vom Gesetz gestellten Anforderungen tatsächlich erfülle. Ansonsten kann die Behörde meinen Betrieb ohne große Probleme schließen, wenn ich gegen geltende Rechtsauflagen verstoße. Deswegen glauben wir, dass man uns im nächsten Schritt in die Pflicht nimmt, wenn es zu einer Anpassung der §§ 6 oder 12 kommt. Wir haben seit bestimmt zehn Jahren gegenüber dem Ministerium immer wieder gesagt, dass wir dazu bereit sind. Wir hatten aber immer wieder den Eindruck, dass man uns das nicht abnimmt und man uns nicht glaubt.

Wir haben in den letzten Monaten auch öfter Gespräche mit Vertretern der Feuerwehren geführt und signalisiert, dass wir bereit sind, uns beim Katastrophenschutz zu engagieren – allerdings nicht in Konkurrenz zu den Hilfsorganisationen, um das ganz deutlich zu sagen. Wir sehen uns als Ergänzung und als Partner, der vielleicht Lücken füllt, die sich aufgrund des demografischen Wandels ergeben. Wir glauben, dass der § 19 Abs. 6 in dieser Novellierung noch bestehen bleiben sollte und wir erst einmal die Strukturen unserer Einbindung in die Bedarfsplanung erarbeiten sollten, um das ewige Vorwurfsprotokoll der Doppelverplanung und Doppelvorhaltung auszuhöheln und aufzuzeigen, dass das gar nicht existiert.

Wir aus unserer Erfahrung heraus können sagen, dass viele Kommunen heute schon unsere Einsatzzahlen abfragen – jedoch aus unserer Sicht teilweise nicht qualifiziert genug, da eine zeitliche Verteilung der Einsätze stattfindet. Die Angabe, dass der Unternehmer A 5.000 Transporte und der Unternehmer B 6.000 Transporte durchgeführt hat, reicht nicht aus. Denn es ist auch wichtig zu wissen, zu welcher Uhrzeit diese Transporte stattfanden. Daraus lässt sich viel leichter ablesen, ob ein zusätzlicher Bedarf auf dem Markt besteht oder nicht.

Wenn es tatsächlich zu einer Streichung des § 19 Abs. 6 durch den Gesetzgeber kommt, dann könnten wir uns eine Quotenregelung vorstellen. Das heißt: Wenn der Bedarf zurückgefahren werden muss, dann müssen sowohl die öffentliche Hand als auch der genehmigte Privatunternehmer ihren Bedarf zu gleichen Teilen zurückfahren, sodass es nicht nur zulasten eines Beteiligten am Markt geht. Das wäre eine

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Möglichkeit, uns die Angst zu nehmen, dass uns der Besitzstand, den wir über viele Jahre aufgebaut haben, weggenommen wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie registrieren aber schon die Angebote zur Einbeziehung in die Bedarfsplanung und die anderen hier gesendeten Signale? – Ich gebe jetzt noch einmal Frau Scharrenbach das Wort.

Ina Scharrenbach (CDU): Ich habe eine Nachfrage passend zu den Ausführungen des Herrn Vorsitzenden und von Herrn Körfges: Wenn der Gesetzgeber nun § 12 Abs. 1 so ändern würde, dass Sie zu berücksichtigen sind – so stand es auch im Referentenentwurf sehr lange, ist dann aber im Gesetzentwurf geändert worden – und auch in § 6 „Aufgaben der Träger“ eine Veränderung vornehmen würde, könnten Sie als Privatverband dann damit leben?

Udo Pokawietz (Unternehmerverband privater Rettungsdienste NRW e. V.): Wenn sie unsere Stellungnahme gelesen haben, dann wissen Sie, dass wir sogar vorgeschlagen haben, die §§ 6 und 12 dahingehend zu ändern, uns in die konkrete Bedarfsplanung einzubinden. Denn nur so kann uns der ständige Vorwurf der Doppelvorhaltung erspart werden und wir können signalisieren: Wir möchten Bestandteil des Gesamtsystems sein und nicht außen vor stehen. Noch deutlicher als in unserer Stellungnahme geschrieben, können wir gar nicht formulieren, dass wir bereit sind, uns bei der Gesamtbedarfsplanung in die Pflicht nehmen zu lassen.

Ich drehe das einmal um: Solange wir nicht in der Bedarfsplanung sind, kann ich gegenüber einem Kostenträger auch nicht argumentieren, dass ich mein Fahrzeug so und so lange vorhalten und mit so und so viel Personal betreiben muss. Sobald ich das tun muss, habe ich eine andere Verhandlungsposition gegenüber Kostenträgern um eine Refinanzierung zu argumentieren. Das ist gar keine Frage. Wir treffen ganz klar die Aussage: Wir sind bereit, in die Bedarfsplanung aufgenommen zu werden und haben das gegenüber dem Ministerium seit über zehn Jahren konsequent kundgetan.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir wollen ja eine konsensuale Lösung finden. – Herr Dr. von Kraack, bitte schön.

Dr. Christian von Kraack (Landkreistag des Landes NRW) Ich glaube, dass dieses Gesetzgebungsverfahren genau dazu dient. Wir haben zusammen mit Herrn Pokawietz geschaut, wie wir uns mit unseren Vorstellungen immer mehr annähern können. Wir haben gewisse gemeinsame Vorstellungen entwickelt und unsere Forderung klar zum Ausdruck gebracht, dass der § 19 Abs. 6 wegfallen soll, damit wir wirklichen Wettbewerb herrschen lassen können. Hier sahen wir bisher einen gewissen Widerspruch, dass man zwar Wettbewerb wollte, aber keinen Wettbewerb mit neuen Anbietern sondern nur mit altbewährten.

Uns ist klar: Das ganze muss ein Gesamtpaket sein. Wir haben schon separat miteinander gesprochen und es haben Werkstattgespräche vonseiten der Landtagsfrakti-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

onen stattgefunden. So haben wir gemeinsame Ideen entwickelt, wie man eine Streichung des § 19 Abs. 6 mit Änderungen an anderer Stelle verbinden kann, um ein Gesamtpaket zu erreichen mit dem beide Seiten leben können. Sollte jemand Vorschläge haben, so bitte ich, diese mitteilen, um zu einem konsensualen Vorschlag zu kommen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich glaube, die Fraktionen haben das auch so zur Kenntnis genommen. Die Nachfragen zeigen das ja im Besonderen.

Meine Damen und Herren, ich schließe diesen Komplex und rufe den letzten Bereich, nämlich die §§ 21 bis 31 auf. Gibt es aus dem Kreis der Abgeordneten Fragen? – Frau Scharrenbach, haben Sie keine Frage mehr? – Das war ein großes Kompliment für die hohe Sachkompetenz, die durch die vielen Fragen widergespiegelt wird. Herr Kern aus Lippe möchte auch gelobt werden. – Bitte schön.

Walter Kern (CDU): Ich habe eine nicht so lange Heimfahrt, sodass ich guten Gewissens noch eine Frage stellen kann. Meine Frage bezieht sich auf diesen Themenkomplex, und ich wollte die Chance nutzen, die anwesenden Fachleute zu fragen. Wir waren beim Rettungsdienst in Lippe, wo uns mitgeteilt wurde, dass es zunehmend – bei uns in Lippe einmal monatlich – zu Angriffen auf die Rettungsdienste in Form von körperlicher Gewalt kommt. Brauchen wir in den Ausbildungsbereichen – deswegen haben wir das bei der Fortbildung integriert – nicht generell ein Modul „Deeskalationstraining“? Hier möchte ich die Fachleute fragen, ob man das nicht gleich in den Prozess einplanen sollte.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Schmidt möchte darauf antworten.

Dr. Jörg Schmidt (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren): Wir haben dazu eine bundesweite Untersuchung durchgeführt, da uns dieses sensible Thema beschäftigt. Die Untersuchung hat ergeben, dass man dieses sensible Thema auf bestimmte Situationen und Patienten eingrenzen kann. Zudem kann ich Ihnen mitteilen, dass es Gott sei Dank ein seltenes Phänomen ist. Der Anteil liegt mittlerweile bei unter 1 ‰, aber es wird wahrgenommen.

In der neuen Ausbildung zum Notfallsanitäter haben wir einen sehr großen Bereich zur Erweiterung der Sozialkompetenz der Auszubildenden. Ein Bestandteil davon ist auch das Erkennen von Konfliktsituationen und die Deeskalation. In vielen Rettungsdienstbereichen hier im Land haben wir dieses Thema mittlerweile in die Fortbildung aufgenommen. Das Gesundheitsministerium hat es dieses Jahr auch empfohlen. Der Erlass hierzu war, glaube ich, von diesem Jahr. In diesem Bereich läuft momentan etwas, und es ist ein Bestandteil der neuen Ausbildung zum Notfallsanitäter.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, möchte noch jemand eine Frage stellen? – Das ist nicht der Fall.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (57.)

22.10.2014

Ausschuss für Kommunalpolitik (69.)

ta

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Ich danke im Namen des Ausschusses für den konstruktiven und manchmal auch kontroversen Austausch über das Gesetzgebungsverfahren. Ich danke noch einmal für diese Diskussion und wünsche Ihnen allen eine unfallfreie Heimfahrt. Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

24.11.2014/24.11.2014

270