

Gesetzentwurf

Hannover, den 30.10.2023

Fraktion der SPD
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Gesetz
zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**

Artikel 1

Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes

Das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 2. Oktober 2007 (Nds. GVBl. S. 473), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Juni 2022 (Nds. GVBl. S. 403) wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„²Die Sicherstellung erfolgt durch den bodengebundenen Rettungsdienst und durch die Luftrettung.“
 - b) Es wird der folgende Satz 3 angefügt:

„³Der bodengebundene Rettungsdienst umfasst auch die Wasser- und Bergrettung und die Telenotfallmedizin.“
2. Dem § 6 wird der folgende Absatz 4 a angefügt:

„(4 a) ¹Die Rettungsleitstelle stellt bis zum 28.06.2027 sicher, dass an die einheitliche europäische Notrufnummer 112 gerichtete Notrufe von der Rettungsleitstelle unter Verwendung derselben Kommunikationsmittel wie für den Eingang des Notrufs, beantwortet werden. ²Hierzu bietet die Rettungsleitstelle zusätzlich zur Sprachkommunikation auch Text in Echtzeit im Sinne des Artikels 3 Nr. 14 der Richtlinie (EU) 2019/882 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. April 2019 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen (ABl. L 151 vom 7.6.2019, S. 70) an. ³Bietet sie darüber hinaus Video-Bewegtbilder als Kommunikationsmittel an, muss ein Gesamtgesprächsdienst im Sinne des Artikels 2 Nr. 35 der Richtlinie (EU) 2018/1972 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Dezember 2018 über den europäischen Kodex für die elektronische Kommunikation (Neufassung) (ABl. L 321 vom 17.12.2018, S. 36) für die Beantwortung von Notrufen bereitgestellt werden.“
3. Es wird der folgende § 7 a eingefügt:

„§ 7a

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in Wasser- und Bergrettung

Werden zur Bewältigung von Einsätzen der Wasser- und Bergrettung ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer eingesetzt, so gelten für diese § 17 Abs. 3 Sätze 1 und 2 sowie Absatz 4 bis 6 und § 18 des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (NKatSG) entsprechend mit der Maßgabe, dass in § 17 Abs. 5 und 6 der Träger des Rettungsdienstes an die Stelle der Katastrophenschutzbehörde tritt.“

4. § 10 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

Das Datum „31. Dezember 2023“ wird durch das Datum „31. Dezember 2024“ ersetzt.

5. Nach § 10 wird der folgende § 10 a eingefügt:

„§ 10 a

Telenotfallmedizin

(1) ¹Zur Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes bei der effizienten und schnellen Patientenversorgung mit telenotärztlichen Leistungen auf Anforderung des Personals an der Einsatzstelle oder einer Rettungsleitstelle führt das Land ein einheitliches telenotfallmedizinisches System für Niedersachsen bis möglichst zum 31.12.2025 ein. ²Das landeseinheitliche telemedizinische System besteht aus redundant zusammenarbeitenden Telenotarztstandorten an geeigneten Rettungsleitstellen und einer landeseinheitlichen und alle Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes vernetzenden Technik zur Kommunikation und telemetrischen Datenübertragung zwischen der Telenotärztin oder dem Telenotarzt und den Rettungsmitteln.

(2) ¹Das Land stellt das erforderliche telenotfallmedizinische Server- und Softwaresystem für die Kommunikation, die telemetrische Datenübertragung sowie die redundante Vernetzung der Telenotarztstandorte im Sinne des Absatz 1 dieser Vorschrift zur Verfügung. ²Das Land kann die Durchführung dieser Aufgabe ganz oder teilweise einem oder mehreren Dritten übertragen. ³Die zwischen dem Land und den Kostenträgern im Rettungsdienst vereinbarten unstrittigen Kosten für das System nach Satz 1 und 2 können vom Land auf die in der Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Träger des Rettungsdienstes umgelegt werden. ⁴Die umgelegten Kosten sind notwendige Gesamtkosten der Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 und 3. ⁵Die Vereinbarung soll innerhalb von 3 Monaten nach Übersendung der Kostenaufstellung an die Kostenträger im Rettungsdienst für das abgelaufene Kalenderjahr geschlossen werden.

(3) Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium bestimmt nach Anhörung der Kostenträger im Rettungsdienst und der kommunalen Spitzenverbände durch Verordnung die Rettungsleitstellen, in denen Telenotarztstandorte durch die örtlich zuständigen Träger des Rettungsdienstes betrieben werden.

(4) ¹Der jeweilige Träger stellt die personelle und technische Ausstattung sowie den Betrieb der Telenotarztstandorte sicher. ²Die hiermit verbundenen wirtschaftlichen Kosten sind Bestandteil der Kosten des Rettungsdienstes nach § 15 Abs. 1. ³Die Telenotarztstandorte erbringen ihre Leistungen für das gesamte Gebiet des Landes.

(5) ¹Telenotärztinnen und Telenotärzte sollen im Rettungsdienst qualifizierte und erfahrene Notärztinnen und Notärzte sein, die nach den Richtlinien des Landesausschuss „Rettungsdienst“ besonders fortgebildet sind. ²Sie sind Personal des Rettungsdienstes im Sinne des § 10.

(6) Die kommunalen Träger stellen die Anbindung an das landeseinheitliche telemedizinische System spätestens ab dem 31.12.2029 sicher.

(7) Die Träger übermitteln die zum Aufbau und Betrieb der Telenotfallmedizin erforderlichen Informationen auf Anforderung an das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium.

(8) Der Landesausschuss Rettungsdienst kann durch Richtlinien landeseinheitliche Vorgaben zur Telenotfallmedizin, insbesondere zur Alarmierung und Indikation der Telenotärztin oder des Telenotarztes sowie zu den medizinischen und technischen Rahmenbedingungen festlegen.,,

6. § 11 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) ¹Die Rettungsleitstelle hat den gemäß Absatz 1 Satz 1 aufgezeichneten einsatzbedingten Fernmeldeverkehr für die Dauer von sechs Monaten, im Falle der Durchführung anhängiger Verwaltungs- und Gerichtsverfahren jedoch bis zum Abschluss des Verfahrens, zu speichern und die gefertigten Protokolle für die Dauer von zehn Jahren aufzubewahren. ²Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Berichte und Protokolle bewahren die zuständigen Träger des Rettungsdienstes oder deren Beauftragte für die Dauer von zehn Jahren auf. ³Die Träger des Ret-

tungsdienstes, die Kostenträger, die Beauftragten, die zentrale Koordinierungsstelle und die durchführende Stelle nach § 10 a Abs. 2 Satz 2 sowie der Landesausschuss Rettungsdienst dürfen personenbezogene Daten verarbeiten, wenn dies zur Erfüllung ihrer rettungsdienstlichen Aufgaben, insbesondere

1. für die ärztliche Betreuung der beförderten Person,
2. für die Abrechnung der vom Rettungsdienst erbrachten Leistungen,
3. zur Vorbereitung oder Durchführung von gerichtlichen Verfahren und Verwaltungsverfahren,
4. für Zwecke des Qualitätsmanagements,
5. zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals,
6. zur Ermittlung des Bedarfs an Rettungsmitteln

erforderlich ist oder wenn die betroffene Person eingewilligt hat. ⁴Für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 3 Nrn. 4 bis 6 sind die personenbezogenen Daten zu anonymisieren, soweit dies nach dem Verwendungszweck möglich ist.“

7. § 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1.
 - b) Es wird der folgende Satz 2 angefügt:

„²Die Schiedsstelle schlichtet ebenfalls bei Streitigkeiten zwischen dem Land und den Kostenträgern des Rettungsdienstes über Kosten für die Telenotfallmedizin nach § 10 a Abs. 2 bis 4 vor deren Umlage an die Träger des Rettungsdienstes sowie bei behaupteter Unwirtschaftlichkeit eines durch Verordnung nach § 10 a Abs. 3 bestimmten Standorts insgesamt.“
8. § 30 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) In Nummer 4 wird der Punkt durch ein „und“ ersetzt.
 - c) Es wird die folgende neue Nummer 5 angefügt.

„5. den Aufbau und die Durchführung der Telenotfallmedizin nach § 10 a, insbesondere die Anzahl, Eignung und Einrichtung der Telenotarztstandorte und die finanziellen, medizinischen und technischen Rahmenbedingungen sowie für den Betrieb.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass, Ziele und Schwerpunkte der Regelungen

Der wichtigste Inhalt dieses Gesetzes ist die erstmalige Einführung der Telenotfallmedizin (TNM) im niedersächsischen Rettungsdienst.

Daneben erfolgen Regelungen zur Berg- und Wasserrettung als Bestandteil des bodengebundenen Rettungsdienstes, zur Umsetzung der EU-Vorgabe bezüglich des European Accessibility Act (EAA) beim Notruf sowie zum Datenschutz im Rettungsdienst durch die Einführung eigener Speicher- und Aufbewahrungsfristen für die Rettungsleitstellen, die Träger des Rettungsdienstes und deren Beauftragte.

Grundsätzliche Ziele, die mit der Einführung der Telenotfallmedizin in das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) verfolgt werden, sind die Sicherung des Qualitätsniveaus im niedersächsischen Rettungsdienst, die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effektiven rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung sowie die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für eine zukunftsfähige Ausrichtung des niedersächsischen Rettungsdienstes. Dazu sollen die bewährten Strukturen des bodengebundenen Rettungsdienstes beibehalten und um einige notwendige Elemente, insbesondere in der Aufgabenhoheit des Landes, ergänzt werden. Der vorliegende Gesetzentwurf schafft die Voraussetzungen für eine landesweite, einheitliche Telenotfallmedizin, die den praktischen Anforderungen des ineinandergreifenden telenotfallmedizinischen Gesamtsystems folgend auf Basis der bestehenden Systematik des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes eine entsprechende Aufgabenorganisation gesetzlich abbildet.

Die sich verändernden gesellschaftlichen, technischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die erheblichen Zuwächse bei den Einsatzzahlen erfordern eine Anpassung und Weiterentwicklung des Rettungsdienstes entsprechend der neuen technologischen Möglichkeiten. Die Digitalisierung bietet hier bei der Nutzung insbesondere von Kommunikationstechnik besondere Chancen. Der in einem Pilotprojekt im Landkreis Goslar erfolgreich erprobte Einsatz von Telenotärztinnen und Telenotärzten im präklinischen Rettungsdienst soll für die beabsichtigte landesweite Einführung auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden.

Telemedizinische Systeme werden künftig eine immer wichtigere Unterstützung der Notfallrettung darstellen, insbesondere bei bestimmten Einsatzszenarien, bei denen die physische Anwesenheit der Notärztin oder des Notarztes am Einsatzort nicht erforderlich ist. Telenotfallmedizin ermöglicht dem unmittelbar behandelnden ärztlichen und nichtärztlichen Personal bei der Untersuchung, Überwachung und Behandlung der Patientin oder des Patienten den schnellen Zugriff auf ärztliches Expertenwissen. Ebenso bietet sie die Möglichkeit, das arztfreie Intervall bis zum weiteren physischen Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes am Einsatzort zu überbrücken. Dadurch können die Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst noch schneller und besser professionelle Hilfe erhalten und die Ressource „Notärztin/ Notarzt“ nachhaltiger und sinnvoller eingesetzt werden.

Die landesweite Einführung der Telenotärztin und des Telenotarztes als neues, die bestehende Struktur im Rettungsdienst ergänzendes hybrides Element und die vorgesehene organisatorische Aufgabenstruktur, die das Ineinandergreifen von Aufgaben der kommunalen Träger im eigenen Wirkungskreis und denen des Landes vorsieht, bedarf einer gesetzlichen Grundlage im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz. Da die geplante Regelung Ergänzungen und Maßgaben für eine Vielzahl bestehender Paragraphen mit sich bringt, erscheint es im Sinne der Übersichtlichkeit geboten, der Telenotfallmedizin eine eigene Vorschrift zu widmen.

Die Regelungen sind einerseits daran orientiert, die Selbstverwaltungskompetenz der kommunalen Aufgabenträger, ihre Erfahrungen und etablierten Strukturen im Sinne größtmöglicher Effektivität beim Aufbau und Betrieb des Gesamtsystems zu nutzen, andererseits jedoch überregionale und trägerübergreifende Komponenten für eine landesweit einheitliche Funktionalität dem Verantwortungsbereich des Landes zuzuordnen. Dabei gilt es, Vorgaben für ein interoperables, rechtssicheres und vernetztes System auf einem standardisierten, hohen Niveau zu schaffen, die die Eigenverantwortlichkeit der Aufgabenträger im eigenen Wirkungskreis weitestgehend schonen und deren Entschlussfreude fördern.

II. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

Die Telenotfallmedizin als Komponente des bodengebundenen Rettungsdienstes dient als solche dem bereits gesetzlich normierten Sicherstellungsauftrag. Eine personelle und technische Anbindung aller Träger des Rettungsdienstes an die Telenotfallmedizin ist verpflichtend vorgesehen. Die geplante landesweite Vernetzung und redundante Zusammenarbeit der Telenotarztstandorte mit dem Ziel, dass Rettungsdienstbereiche aus ganz Niedersachsen standortunabhängig telemedizinisch

sche Unterstützung erhalten, bedeutet analog der Luftrettung eine Ausdehnung des Rettungsdienstbereichs für die Telenotfallmedizin auf das Gebiet des gesamten Landes.

Der neu hinzugefügte § 10 a legt, aufbauend auf der grundsätzlichen Definition der Telenotfallmedizin, die Festlegung der Telenotarztstandorte und die Bereitstellung der erforderlichen Softwarekomponenten als Landesaufgabe fest und räumt dem Land die Möglichkeit ein, sich Dritter zur Erfüllung dieser Aufgabe zu bedienen. Zudem werden die dafür erforderlichen Regelungen bezüglich der Abrechnungs- und Kostenstruktur oder der Bereitstellung der für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten aufgenommen. Um das auch vom Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD) geforderte Ziel von landesweit einheitlichen Rahmenbedingungen zu gewährleisten, sind eine Verordnungsermächtigung sowie eine Aufgabenerweiterung des LARD bezüglich der Entwicklung von Richtlinien analog § 14 NRettDG vorgesehen.

III. Wesentliche Ergebnisse der Gesetzesfolgenabschätzung

Mit den vorgesehenen Ergänzungen und Änderungen des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes können die verfolgten Ziele erreicht werden. Alternativen sind nicht ersichtlich.

IV. Auswirkungen auf die Umwelt, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung

Keine.

V. Auswirkungen auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern und auf Familie

Keine.

VI. Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen

Keine.

VII. Auswirkungen auf die Digitalisierung (Digitalcheck)

Auswirkungen auf die Digitalisierung ergeben sich bereits vollumfänglich durch die Natur der Telenotfallmedizin und das angestrebte Ziel. Kern der Telenotfallmedizin ist es, durch das Einsetzen virtueller Technik eine audio-visuelle Verbindung zwischen der Telenotärztin oder dem Telenotarzt in einer Rettungsleitstelle und dem Rettungsdienstpersonal im Einsatz zu schaffen sowie Vitaldaten in Echtzeit zu verschicken, um eine Fernbehandlung und -beratung zu ermöglichen. Um den größtmöglichen Nutzen aus den Möglichkeiten der Digitalisierung zu ziehen, ist die Vernetzung der telenotarztführenden Leitstellen über geeignete Schnittstellen vorgesehen, um landesweit synergistisch zusammenzuarbeiten.

VIII. Voraussichtliche Kosten und haushaltmäßige Auswirkungen

Das telenotfallmedizinische Gesamtsystem mit allen Komponenten gehört zu den notwendigen Gesamtkosten des Rettungsdienstes, die nach der bestehenden Systematik im NRettDG von den gesetzlichen Kostenträgern übernommen werden. Maßstab für die Notwendigkeit sind die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes. Notwendig sind zuvor eine Vorfinanzierung bzw. eine Anschubfinanzierung seitens des Landes.

Eine Erstattung der vorfinanzierten Kosten ist, wie im niedersächsischen Rettungsdienst üblich, anhand der Einsätze rückwirkend durch die Kostenträger zu erwarten.

Nicht von den Kostenträgern übernommen werden dabei Vergabe- und Vorlaufkosten, die in der landesweiten Projektphase erstmalig anfallen. Aufgrund der hohen politischen Priorität der Telenotfallmedizin für ganz Niedersachsen, ihrem Nutzen für eine schnelle und gute Patientenversorgung und der komplexen Aufgabenstruktur, die der Aufbau des landesweiten telenotfallmedizinischen Netzes in der Aufbauphase mit sich bringt, sind die Kosten landesseitig aufzubringen.

Entstehende Kosten der Wasser- und Bergrettung im Rahmen dieses Gesetzes sind Kosten des Rettungsdienstes, die von den Kostenträgern übernommen werden.

1. Landshaushalt

Die dem Grunde nach anfallenden Kostenpositionen für die Telenotfallmedizin sind wie folgt zu benennen:

- Vergabe- und Vorlaufkosten
- Kommunikations- und Verbindungssoftware
- Alarmierungs- und Vernetzungssoftware
- Betrieb einer mit der Durchführung der Landesaufgabe beauftragten Stelle
- Server
- Firewall

Finanzielle Auswirkungen auf den Landeshaushalt ergeben sich aus den geschätzten Mehrkosten für die Vorbereitung der Umsetzung und die Vergabe in Höhe von einmalig 332 000 Euro. Für die Kosten im Zusammenhang mit der Beschaffung und Bereitstellung des Server- und Softwaresystems nach dem geplanten § 10 a Abs. 2 werden Ausgaben in Höhe von 1,81 Millionen Euro jährlich erwartet (im Jahr 2025 durch späteren Wirkbetrieb anteilig 1,13 Millionen Euro); die Erstattungsleistungen der Kostenträger werden entsprechend im Folgejahr erwartet.

Die Kostenschätzung beruht auf Parametern verschiedener Pilotprojekte, insbesondere des Telenotfallmedizinprojekts im Landkreis Goslar, sowie anderer vergleichbarer Strukturen wie z. B. mit Landesaufgaben betrauter Stellen. Synergieeffekte (z. B. bei Lizenzen für die Software) wie auch Mehraufwände (Support, Datenschutzstrategien, Server) sind möglich und werden im Rahmen der nächsten Arbeitsschritte bei der landesweiten Einführung der Telenotfallmedizin konkretisiert.

Die Schätzung beruht auf der Prämisse, dass bis zu acht Telenotarztarbeitsplätze eingerichtet werden sollen und sich die 50 kommunalen Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz an die vom Land bereitgestellten virtuellen Systemkomponenten anbinden müssen.

Um ein rechtssicheres Vergabeverfahren für die Beschaffung der virtuellen Komponenten zu gewährleisten, ist zudem eine Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 7 905 000 Euro (5 Jahre x 1,581 Millionen Euro) vorgesehen.

Die vorgenannten Mittel und die Verpflichtungsermächtigung sind im Haushaltsplanentwurf 2024 einschließlich MIPLA berücksichtigt und stehen unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Beschlussfassung des Haushaltsgesetzgebers zur Verfügung.

An die bestehende Systematik im Rettungsdienst anknüpfend werden die notwendigen Gesamtkosten des Rettungsdienstes mit den Kostenträgern vereinbart. Da der Maßstab für die Notwendigkeit der Kosten ein wirtschaftlich arbeitender Rettungsdienst ist und sich öffentliche Beschaffungen des Landes ebenfalls an den Grundsätzen Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ausrichten müssen, besteht ein als gering eingeschätztes Risiko für Kostenpositionen, die dem genannten Maßstab nicht entsprechen könnten. Darüber hinaus ist - auch unter Einbindung der Strategieguppe Telenotfallmedizin - geplant, das niedersachsenweit einzusetzende Softwaresystem in der Funktionsweise an dem in Goslar erprobten und von den Kostenträgern finanzierten telenotfallmedizinischen System zu orientieren.

2. Kommunen

Finanzielle Auswirkungen können für die Kommunen dadurch entstehen, dass Kosten durch die im eigenen Wirkungskreis vorzunehmende Anbindung an die landesweite Telenotfallmedizin und die Schaffung der entsprechenden technischen und personellen Voraussetzungen (z. B. Verwaltungsträgerkosten, das Vorhalten kompatibler Geräte, die Schulung des Rettungsdienstpersonals) anfallen können. Weiterhin entstehen den noch festzulegenden Telenotarztstandorten Kosten durch die Einrichtung eines Telenotarztarbeitsplatzes, was neben der Verwaltungsleistung auch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Technik sowie die Rekrutierung und Beschäftigung von qualifizierten Telenotärztinnen und Telenotärzten beinhaltet.

Für die Kommunen entsteht daraus jedoch keine finanzielle Mehrbelastung, da alle im Zusammenhang mit der Aufgabenwahrnehmung entstehenden Kosten durch die Kostenträger im Rahmen des

NRettdG als notwendige Gesamtkosten im Rettungsdienst zu finanzieren sind. Eventuelle Konnexitätsverpflichtungen des Landes bestehen demnach nicht. Eine konkrete Kostenschätzung kann entfallen.

Aus der Regelung zur Umsetzung der EU-Vorgabe bezüglich des European Accessibility Act (EAA) beim Notruf werden ab 2027 Mehrausgaben resultieren, die derzeit weder prognostiziert noch beziffert werden können. Dieser Mehrbedarf steht unter dem Vorbehalt zukünftiger Haushaltsaufstellungen.

3. Wirtschaft

Es ist keine finanzielle Mehrbelastung der Wirtschaft ersichtlich.

4. Kostenträger des Rettungsdienstes

Durch die Einführung der landesweiten Telenotfallmedizin im Rettungsdienst werden den Kostenträgern im Rettungsdienst Mehrkosten im investiven, konsumtiven und personellen Bereich entstehen. Es ist jedoch zu erwarten, dass durch die Einführung dieses neuen ergänzenden Strukturelements im bodengebundenen Rettungsdienst, insbesondere auch durch die Synergieeffekte einer landesweiten und trägerübergreifenden Einsatzmöglichkeit, an anderer Stelle Kosteneinsparungen in nicht unerheblichem Ausmaß erzielt werden. Die genauen Kosten wie auch die Einsparungseffekte sind derzeit nicht bezifferbar.

IX. § 38 a GGO - Ergebnis der Verhältnismäßigkeitsprüfung

Die Vorschriften des Niedersächsisches Rettungsdienstgesetzes müssen im Einklang mit dem auf sie anzuwendenden europäischen Recht stehen. Insbesondere müssen sie den Vorgaben der Richtlinie (EU) 2018/958 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen (ABl. L 173 vom 9.7.2018, S. 25) genügen. Die in § 10 a Abs. 5 dieses Entwurfs geplante Regelung könnte eine Beschränkung der Berufsausübung darstellen, da sie grundsätzliche Anforderungen an die Voraussetzungen zur Eignung als Telenotärztin oder Telenotarzt stellt. Die Anforderungen sind einerseits als Sollvorschrift ausgestaltet und zum anderen knüpfen sie an einheitliche Vorgaben des Niedersächsischen Landesausschusses „Rettungsdienst“ an. Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Wahrnehmung telenotfallärztlicher Tätigkeiten künftig an das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen geknüpft wird. Damit unterliegt das NRettdG insoweit dem Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22; 2007 Nr. L 271 S. 18; 2008 Nr. L 93 S. 28; 2009 Nr. L 33 S. 49; 2014 Nr. L 305 S. 115), zuletzt geändert durch den Delegierten Beschluss (EU) 2020/548 der Kommission vom 23. Januar 2020 (ABl. EU Nr. L 131 S. 1). Die Übereinstimmung dieser Regelungen mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist nach Maßgabe der Richtlinie (EU) 2018/958 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen (ABl. EU Nr. L 173 S. 25) gemäß § 38 a der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Landesregierung und der Ministerien in Niedersachsen (GGO) zu prüfen.

Die Prüfung erfolgte vor Änderung oder Erlass der entsprechenden Vorschrift mit dem Ergebnis, dass die geplante Regelung nicht diskriminierend, durch Ziele der Allgemeinheit gerechtfertigt und verhältnismäßig ist. Wegen der genauen Prüfungspunkte wird auf den Besonderen Teil der Begründung, dort zu Nummer 4, verwiesen.

B. Besonderer Teil

Zu Nummer 1:

Der Rettungsdienst muss dauerhaft sichergestellt werden, sodass eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungen des Rettungsdienstes zu erfolgen hat. Zur Unterstützung dieser bedarfsgerechten Versorgung ist auch das neu einzuführende telenotfallmedizinische System, das Teil des bodengebundenen Rettungsdienstes ist, heranzuziehen.

Zu Nummer 2:

Diese Regelung ist aufgrund der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/882 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17.04.2019 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen notwendig. Diese Richtlinie war bis zum 28.06.2022 in nationales Recht umzusetzen und ist technisch von den Leitstellen bis 28.06.2027 umzusetzen. Damit besteht noch ein angemessener Zeitraum für die Leitstellen für die technische Umsetzung.

Zu Nummer 3:

Die Wasser- und Bergrettung ist nach § 2 Abs. 1 Satz 2 ausdrücklich als Bestandteil des Sicherstellungsauftrages des bodengebundenen Rettungsdienstes bestimmt. Die Wasserrettung beschränkt sich dabei auf Binnengewässer und küstennahe Bereiche; die Bergrettung ist vor allem von Bedeutung für den Harz und damit für den Landkreis Goslar. Bevor der Rettungsdienst Verletzten oder Erkrankten medizinische Hilfe gewähren kann, bedarf es im Rahmen der Berg- oder Wasserrettung oftmals zunächst einer Befreiung aus einer Gefahrenlage, die in der Regel durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer durchgeführt wird. Bisher bestand für diese ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer keine ausdrückliche Regelung über mögliche Freistellungen für Einsätze, Verdienstauffälle oder Ruhephasen nach teilweisen mehrstündigen und strapaziösen Einsätzen. Daher bietet sich hier eine ausdrückliche Regelung vergleichbar der im § 7 Abs. 5 für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer bei Großschadenereignissen an. Die Kosten sind damit ausdrücklich Kosten des Rettungsdienstes und damit nach wie vor von den Kostenträgern zu tragen, allerdings aufgrund einer klaren gesetzlichen Regelung.

Von der Wasserrettung zu unterscheiden ist allerdings ausdrücklich die sogenannte Strandaufsicht, die vor allem in den Sommermonaten überwiegend - vertraglich mit der jeweiligen Gemeinde geregelt - von der DLRG wahrgenommen wird.

Zu Nummer 4:

Mit der Neufassung des Satzes 4 in § 10 Abs. 2 sollen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten noch ein Jahr länger anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters bei der Besetzung des Rettungswagens eingesetzt werden dürfen. Zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung müssen die Beauftragten im Rettungsdienst zwingend die rechtliche Grundlage erhalten, die qualifizierten, langjährig erfahrenen und jährlich fortgebildeten Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten noch ein Jahr länger auf dem Rettungswagen einsetzen zu dürfen.

Mit der letzten Gesetzesänderung wurde die Frist, bis zu deren Ablauf auf dem Rettungswagen anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent eingesetzt werden kann, um ein Jahr bis zum 31.12.2023 verlängert. Die Begründung dafür war eine Vermeidung von Engpässen in der Ausbildung und beim vorhandenen Personal.

Der Gesetzgeber ging seinerzeit davon aus, dass bis zum Fristablauf nahezu alle Rettungsassistentinnen oder Rettungsassistenten, die auf Rettungswagen eingesetzt werden, einen Ergänzungslehrgang und eine Ergänzungsprüfung nach § 32 Notfallsanitätergesetz absolviert haben werden. Diese Weiterqualifizierung ist aus verschiedenen Gründen jedoch zahlenmäßig noch nicht im hinreichenden Umfang erfolgt. Daher ist es erforderlich, die Frist um ein weiteres Jahr zu verlängern, damit die Beauftragten im Rettungsdienst bei der Besetzung der Rettungsmittel weiterhin den nötigen Spielraum haben und gleichzeitig die Weiterqualifizierung der o. g. Personalgruppe forciert werden kann.

Zu Nummer 5:

Aus systematischen Gründen und um die Übersichtlichkeit der dazu nötigen Regelungen zu gewährleisten, wird ein neuer § 10 a eingeführt, welcher verdeutlicht, dass es sich um eine spezielle hybride Ergänzung der Rettungskette handelt, die auf einer untrennbaren Verknüpfung von digitaler Technik und Personal basiert. Für die bestmögliche Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems bedarf es sowohl der etablierten Strukturen der kommunalen Aufgabenträger im eigenen Wirkungskreis als auch einer trägerübergreifenden Landesaufgabe.

Verfassungsmäßigkeit

Die verpflichtende Anbindung der kommunalen Aufgabenträger im Rettungsdienst an das telenotfallmedizinische Gesamtsystem, das aus den vom Land bereitgestellten Softwarekomponenten sowie aus den für das gesamte Landesgebiet bereitgestellten Leistungen der Telenotarztstandorte bestehen soll, stellt einen Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Selbstverwaltungsgarantie nach Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz der Kommunen dar. Die geplante Regelung stellt jedoch eine dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz genügende, zulässige Beschränkung dar.

Das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf angestrebte Ziel ist die landesweit einheitliche Einführung der Telenotfallmedizin für Niedersachsen. Dazu gehört ebenfalls die landesweite Vernetzung, um Überlastungs- und Ausfallrisiken zu minimieren. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollen vollumfänglich genutzt werden, um eine redundante Struktur aufzubauen, in der landesweit das Rettungsdienstpersonal des bodengebundenen Rettungsdienstes bei Bedarf nach entsprechender Einsatzindikation zeitnah standortungebundene telenotärztliche Unterstützung erhalten soll.

Das Ziel, Niedersachsen mit einer landesweiten, einheitlichen Telenotfallmedizin zu umspannen, setzt die Einbindung aller kommunalen Aufgabenträger voraus und ist durch die vorliegende Regelung zu erreichen.

Um sicherzustellen, dass alle Rettungsdienstbereiche das die Rettungskette unterstützende Strukturelement bereitstellen können, ist eine Verpflichtung im Gesetz erforderlich, welche den Rettungsdienst in allen Rettungsdienstbereichen einheitlich dazu befähigt, es bei einem einsatzabhängigen Bedarf hinzuzuziehen. Davon unberührt bleibt die jeweils in den Rettungsdienstbereichen eigenverantwortlich vorzunehmende Einsatzindikation, die entsprechend den Empfehlungen des LARD dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst obliegt und die eine definierte und strukturierte Anforderung ermöglichen soll.

Die Verpflichtung zur Anbindung ist ebenfalls mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der vom Land und den Telenotarztstandorten zu schaffenden Infrastrukturen geboten. Da die Struktur im NRettdG bereits kommunale und sogar grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages kennt und auch die Luftrettung und der Intensivtransport rettungsdienstbereichsübergreifend geltende Rechtslage und Praxis ist, muss dies auch für ein neues, landesweit einsetzbares Element gelten können.

Die Organisationshoheit der kommunalen Träger des Rettungsdienstes wird zudem dadurch kaum beeinträchtigt, da nur einzelne Rettungsleitstellen zu Telenotfallmedizinstandorten bestimmt werden. Die übrigen kommunalen Träger trifft als milderer und ressourcenschonendes Mittel nur noch die Pflicht zur Anbindung an das System mit entsprechend vorgehaltener Technik.

Zu Absatz 1:

Aufgrund der ineinandergreifenden Aufgabenstrukturen und Verantwortlichkeiten sowie der Notwendigkeit, eine landesweit einheitliche, effektive Telenotfallmedizin zu schaffen, ist eine Definition der für die Organisation notwendigen Komponenten voranzustellen. Die Vorschrift sieht eine Frist vor, innerhalb derer das Land seine Aufgaben nach dem Gesetz erfüllen soll. Es ist geplant, dass die Umsetzung der landesweiten Telenotfallmedizin bedarfsgerecht aufwachsend schrittweise erfolgt. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus dem Zusammenwirken der für das Gesamtsystem notwendigen Komponenten, die zunächst ebenfalls bedarfsgerecht aufwachsen müssen. Für das Zusammenwirken der beiden Aufgabenbereiche und der Ausgestaltung und Organisation der Anbindung an das vom Land bereitgestellte virtuelle System sind Empfehlungen im Erlasswege geplant.

Zu Absatz 2:

Aufgrund der Erforderlichkeit, ein einheitliches, synergistisch zusammenarbeitendes System zu schaffen, das landesweit rechtssicher unter gleichen Voraussetzungen und Konditionen für den gesamten bodengebundenen Rettungsdienst nutzbar ist, bedarf es hierfür einer Landesaufgabe. Damit obliegt dem Land die Beschaffung und Bereitstellung der einzelnen virtuellen Komponenten, die zum Zweck der Nutzung des landeseinheitlichen Telenotfallmedizinsystems und der Alarmierung der qualifizierten Telenotärztinnen und Telenotärzte vorgesehen sind. Um die damit verbundenen operativen Aufgaben ganz oder in Teilbereichen zu bewältigen, kann sich das Land eines oder mehrerer Dritter bedienen. Da es sich bei den bereitzustellenden Komponenten wie auch bei den Kosten für die beauftragte Stelle um notwendige Kosten des Rettungsdienstes handelt, die sich an

dem Maßstab eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes messen, erfolgt die (Re-)Finanzierung über die Kostenträger. Die Refinanzierung wird einsatzbezogen über die TNA-Standorte vorgenommen. Um die Träger dagegen abzusichern, dass es trotz rechtmäßiger Ausschreibung zu einem Dissens bezüglich der Wirtschaftlichkeit und damit verbundenen Unstimmigkeiten über die Finanzierung zwischen Kostenträgern und Land kommt, sollen nur unstreitig vereinbarte Kosten umgelegt werden können. Die Bestimmung, bis wann die Kosten vereinbart sein sollen, dient dazu, einen zügigen Abschluss im Fall einer Unstimmigkeit zwischen Land und Kostenträgern herbeizuführen, um die Abrechnung bzw. Refinanzierung nicht auf unbestimmte Zeit verschieben zu müssen.

Zu Absatz 3:

Die Telenotarztstandorte beinhalten die Standorte und die Arbeitsplätze der Telenotärzte und Telenotärztinnen an dafür vom Land festgelegten geeigneten Rettungsleitstellen.

In allen Telenotarztstandorten werden eine einheitliche Technik und Software verwendet, die an einem zentralen Standort für alle telenotärztlichen Zentralen errichtet und betrieben werden. Die Ausfallsicherheit und Unterstützung bei hohem Einsatzaufkommen werden durch eine technische Vernetzung der Standorte über geeignete Schnittstellen sichergestellt. Der landesweite Bedarf sowie die Standorte der Telenotfallmedizin werden aufgrund ihrer bereichsübergreifenden, überregionalen Bedeutung durch das zuständige Ministerium festgelegt. Im Rahmen dieser Kompetenz kann ein geänderter Bedarf durch z. B. veränderte Rahmenbedingungen, Inanspruchnahme des Gesamtsystems oder Eignung zu einer Änderung einer getroffenen Standortbestimmung führen.

Zu Absatz 4:

Die Einrichtung und der Betrieb der Telenotarztstandorte in den geeigneten Rettungsleitstellen erfolgt sodann eigenverantwortlich durch die Aufgabenträger im eigenen Wirkungskreis. Die Finanzierung der notwendigen Gesamtkosten nach Satz 1 erfolgt nach den im NRettdG bereits verankerten und bewährten Strukturen für den bodengebundenen Rettungsdienst über die Kostenträger. Da nach § 15 Abs. 1 Satz 2 Maßstab für die Notwendigkeit die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes sind, ist eine Anhörung der Kostenträger geboten. Damit soll auch gewährleistet werden, dass potenzielle Telenotarztstandorte keinen Unsicherheiten über die Finanzierung der damit verbundenen Kosten ausgesetzt sind. Die landesweite Vernetzung und das redundante, synergistische Zusammenwirken der telenotarztführenden Standorte setzt voraus, dass die Standorte nicht nur für ihren Rettungsdienstbereich, sondern landesweit Leistungen erbringen. Dies bezieht sich nicht nur auf die telenotärztlichen Leistungen, sondern z. B. auch auf geplante Abrechnungsmodalitäten für Einsätze.

Zu Absatz 5:

Ziel der Vorgaben zu Erfahrung und aktiver Tätigkeit im Rettungsdienst sowie indirekt vorgegebener Fortbildungsmaßnahmen ist die Verbesserung der Versorgungsqualität in der Notfallrettung. Gleichmaßen wird damit auch der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung bezweckt. Die Vorschrift erweitert den Anforderungskatalog für die Telenotärztin und den Telenotarzt im Vergleich zur Notärztin und zum Notarzt dahin gehend, dass es sich um besonders erfahrene, im Rettungsdienst aktiv tätige Notärztinnen und Notärzte handeln soll, die nach Bestimmung durch den LARD spezielle, auf die telemedizinische Tätigkeit ausgerichtete Fertigkeiten und Kompetenzen durch entsprechende Weiterbildungen erworben haben.

Ist auch die medizinische Qualifikation der Notärztin oder des Notarztes gesetzlich nicht zusätzlich geregelt, kann sie durch eine notfallmedizinische Weiterbildung erworben werden. An die telenotfallmedizinische Arbeit sind jedoch darüberhinausgehende, erweiterte Maßstäbe anzulegen. Das telenotärztliche Personal muss aufgrund seines Anforderungsprofils neben den Fertigkeiten einer Notärztin oder eines Notarztes über ein fundiertes notfallmedizinisches Hintergrundwissen verfügen, die Einsatzabläufe kennen sowie in der Lage sein, spezielle notfallmedizinische Maßnahmen an das Rettungsdienstpersonal delegieren zu können und insbesondere dafür auch die Verantwortung übernehmen zu wollen. Sie oder er muss in der Lage sein, medizinische Symptome und Informationen rund um den Patienten und das Einsatzgeschehen aus der Ferne zu interpretieren, um eine genaue Diagnose zu stellen. Dies erfordert nicht nur ein tiefes Verständnis der Medizin und des klinischen Urteils, um mögliche potenziell lebensbedrohliche Situationen zu erkennen und an-

gemessene Behandlungsempfehlungen zu geben, sondern setzt voraus, dass er die Informationen, die über die Audio-Video-Verbindung bereitgestellt werden, korrekt und schnell interpretieren und die Folgeentscheidungen kommunizieren sowie supervidieren kann. Neben medizinischen, klinischen und technischen Kenntnissen müssen eine Telenotärztin oder ein Telenotarzt über Kompetenzen im Bereich der Führung von Teams und Selbstführung sowie über erweiterte Kommunikationsfähigkeiten verfügen.

Verfassungsmäßigkeit

Artikel 28 Grundgesetz

Durch die geplante Regelung kann nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte telenotärztliche Tätigkeiten zukünftig an persönlicher Eignung wie Erfahrung und aktiver Teilnahme an rettungsdienstlichen Einsätzen sowie speziellen Weiterbildungsqualifikationen ausgerichtet werden. Die Kommunen werden dadurch bei ihrer Personalauswahl und -gewinnung durch die Anforderungen an das telenotärztliche Personal in ihrer Eigenverantwortlichkeit bei der Aufgabenerledigung eingeschränkt. Die vorliegende Regelung stellt somit einen Eingriff in die kommunale Selbstverwaltung nach Artikel 28 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz dar.

Das Ziel der gesetzlichen Regelung ist die schnelle und sichere Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und damit der Lebens- und Gesundheitsschutz der Bevölkerung und die öffentliche Sicherheit.

Die Regelung betrifft den Randbereich der kommunalen Selbstverwaltung und ist in ihrer Ausgestaltung erforderlich und angemessen. Als Soll-Vorschrift, die eine Abweichung in atypischen, besonders begründbaren Fällen zulässt, lässt sie einen Gestaltungsspielraum zu. Ein milderes Mittel, um das vorbezeichnete Ziel zu erreichen, ist nicht ersichtlich. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Ausgestaltung als Sollvorschrift und dem Rückgriff auf die vom LARD zu entwickelnden Richtlinien.

Wie bereits dargelegt, hat die Telenotärztin oder der Telenotarzt ein vielfältiges Aufgabenspektrum in einem teilweise herausfordernden Einsatzszenario, das aus der Ferne ohne direkte Wahrnehmungs- und Zugriffsmöglichkeit erfasst und bearbeitet werden muss. Diese Tätigkeit geht mit einer hohen Verantwortung einher und setzt eine entsprechende Eignung, Fähigkeiten und Weiterbildung voraus. Die normierten Regelungen orientieren sich an den komplexen Anforderungen am Aufgabenbereich des Telenotarztes / der Telenotfallärztin und stellen sicher, dass zum Wohle der Patientenversorgung ein hoher (tele-)notärztlicher Standard etabliert wird. Dies ist nicht nur im Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“ des Landesausschuss Rettungsdienst (Nds. MBl. 2022, S. 1345) als konsensfähige Grundsatzentscheidung festgehalten, sondern entspricht auch den erwarteten berufsrechtlichen Regelungen der für Niedersachsen zuständigen Ärztekammer, wie sie teilweise bereits Ärztekammern in anderen Bundesländern vorsehen.

Leib, Leben und Gesundheit sind die höchsten Schutzgüter, die unsere Rechtsordnung kennt. Die telenotärztliche Unterstützung durch zwar verfügbares, aber nicht geeignetes Personal stünde im Widerspruch nicht nur zum Zweck des Rettungsdienstes an sich, sondern auch zu dem hier explizit angestrebten gesetzlichen Ziel der schnellen und sicheren Versorgung der Patientinnen und Patienten. Diesen Schutz bestmöglich zu gewährleisten, indem dafür qualifiziertes ärztliches Personal die telenotfallmedizinische Aufgabe wahrnehmen kann, ist eine verfassungsmäßig zulässige Beschränkung der Kommunen in ihrer Aufgabenerledigung.

Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz

Durch die geplante Regelung liegt ebenfalls ein Eingriff in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz vor. Der vorliegende Gesetzentwurf ist jedoch geeignet, das Recht auf freie Berufsausübung zulässig einzuschränken.

Ärztinnen und Ärzte sind in größerem Umfang als andere Berufsgruppen zur Fortbildung verpflichtet, um eine Patientenversorgung auf dem Stand der Wissenschaft sicherzustellen. Ihre Fähigkeiten, Kenntnisse und Fortbildung müssen der Aufgabe angemessen sein und dazu dienen, dass der Tätigkeit immanente Risiko beherrschen zu können. Im Interesse des Allgemeinwohls und der bereits beschriebenen hochrangigen Schutzgüter Leib, Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie der öffentlichen Ordnung ist die normierte Anforderung geeignet, erforderlich und angemessen.

Anwendbarkeit der Richtlinie (EU) 2018/958

Bei der geplanten Änderung des NRettDG handelt es sich um eine gesetzliche Regelung, welche die Voraussetzungen für eine telenotärztliche Tätigkeit in der Notfallrettung regelt. Damit fällt das Gesetz in den Regelungsbereich der Richtlinie (EU) 2018/958 des europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen in Verbindung mit der Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Beschränkung

Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung ist für neue oder zu ändernde Vorschriften erforderlich, sofern diese die Aufnahme oder Ausübung eines Berufs oder einer bestimmten Art seiner Ausübung beschränken, einschließlich des Führens einer Berufsbezeichnung und der im Rahmen dieser Berufsbezeichnung erlaubten beruflichen Tätigkeiten. Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung ist nicht erforderlich, wenn es sich lediglich um redaktionelle Änderungen, technische Anpassungen des Inhalts von Ausbildungsgängen oder der Aktualisierung von Weiterbildungsvorschriften handelt.

Die Einführung neuer Anforderungen an Notärztinnen und Notärzte, um eine bis dahin noch nicht gesetzlich normierte Aufgabe zu erfüllen, könnte eine Beschränkung bedeuten, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese bestimmten telenotärztlichen Tätigkeiten zukünftig an persönlicher Eignung wie Erfahrung und aktiver Teilnahme an rettungsdienstlichen Einsätzen sowie speziellen Weiterbildungsqualifikationen ausgerichtet werden.

Diskriminierungsverbot nach Artikel 5 RL (EU) 2018/958

Der Regelungsgehalt des § 10 a Abs. 4 benachteiligt weder direkt noch indirekt Personen aufgrund der Staatsangehörigkeit oder des Wohnsitzes, da er für alle Ärztinnen und Ärzte unabhängig von Staatsangehörigkeit oder Wohnsitz gleichermaßen gilt.

Rechtfertigung durch Ziele des Allgemeininteresses gemäß Artikel 6 RL (EU) 2018/958

Wie sich unmittelbar aus Erwägungsgrund 17 der RL (EU) 2018/958 sowie aus der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) ergibt, sind insbesondere die jeweils öffentliche Sicherheit, Ordnung, Gesundheit und der Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher als Ziele des Allgemeininteresses anerkannt, die eine Beschränkung rechtfertigen können. Diesem Schutzzweck kommt mit der expliziten Erwägung der öffentlichen Gesundheit in Erwägungsgrund 19 der RL eine herausgehobene Stellung zu. Die zu prüfende Norm bezweckt vornehmlich den Schutz der öffentlichen Gesundheit durch die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen telenotärztlichen Leistungen im Rettungsdienst und dient somit der Verwirklichung europarechtlich anerkannter Ziele des Allgemeininteresses.

Durchführung der Verhältnismäßigkeitsprüfung gemäß Art 7 RL (EU) 2018/958

Prüfpunkte Artikel 7 (2) a und e:

„die Eigenart der mit den angestrebten Zielen des Allgemeininteresses verbundenen Risiken, insbesondere der Risiken für Dienstleistungsempfängerinnen und Dienstleistungsempfänger, einschließlich Verbraucherinnen und Verbraucher, Berufsangehörige und Dritte“

und „die Frage, ob zur Erreichung des im Allgemeininteresse liegenden Zieles auch auf mildere Mittel zurückgegriffen werden kann; wenn die Vorschrift nur durch den Verbraucherschutz gerechtfertigt ist und sich die identifizierten Risiken auf das Verhältnis zwischen dem oder der Berufsangehörigen und der Verbraucherin oder dem Verbraucher beschränken und sich deshalb nicht negativ auf Dritte auswirken, ist im Sinne dieses Buchstabens insbesondere zu prüfen, ob das Ziel durch Maßnahmen erreicht werden kann, die milder sind als die Maßnahme, die Tätigkeiten vorzubehalten.“

Der betroffenen Berufsgruppe der Notärztinnen und Notärzte entstehen Nachteile, wenn sie keine besonders erfahrenen und im Rettungsdienst nicht aktiv tätige Ärztinnen und Ärzte sind, da ihnen die Tätigkeit des Telenotarztes / der Telenotärztin dann in der Regel verwehrt bleibt. Gleiches gilt, wenn sie eine vom LARD vorgegebene Fortbildung nicht vorweisen können. Ihnen entsteht Aufwand dadurch, dass sie sich den Fortbildungen unterziehen müssen.

Die Eingriffsintensität ist aufgrund der Formulierung der Vorschrift als Sollvorschrift jedoch als maßvoll einzustufen. In atypischen, besonders begründbaren Fällen kann von dieser Regelung abgewichen und trotz fehlender Voraussetzungen eine Telenotarztstätigkeit aufgenommen werden. Dies könnte beispielsweise für Notärztinnen und Notärzte gelten, die aufgrund körperlicher Dispositionen derzeit nicht mehr aktiv rettungsdienstlich arbeiten können.

Zum anderen wird den Notärzten und Notärztinnen lediglich das Betätigungsfeld der Telenotfallmedizin verwehrt, nicht jedoch das generelle Berufsbild des Arztes oder die Tätigkeit als Notarzt. Diese ist in Niedersachsen gesetzlich nicht an zusätzliche medizinische Qualifikationen geknüpft.

Zudem ist der für den Einzelnen entstehende Eingriff in Abwägung zu den Risiken für die Allgemeinheit, deren Vermeidung diese Vorschrift bezweckt, verhältnismäßig. Die Anforderungen an das Vorliegen besonderer Erfahrung und aktiver Tätigkeit im Rettungsdienst dienen ebenso wie die erfolgreiche Teilnahme an einer telenotfallmedizinischen Fortbildung der öffentlichen Gesundheit, der Patientenversorgung und der Qualitätssicherung im Rettungsdienst. Dabei kommt dem Rettungsdienst als Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr die ergänzende strukturelle Unterstützung durch erfahrene und besonders ausgebildete Telenotärzte und Telenotärztinnen zugute, so dass auch das Schutzgut der öffentlichen Sicherheit und Ordnung davon positiv betroffen ist. Der Aufwand für Fortbildungen ist dabei zu vernachlässigen.

Die normierten Regelungen flankieren die komplexen Anforderungen an den Aufgabenbereich des Telenotarztes und stellen sicher, dass zum Wohle der Patientenversorgung ein hoher (tele-)notärztlicher Standard etabliert wird. Dies ist nicht nur im Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“ des Landesausschuss Rettungsdienst (Nds. MBI. 2022, S. 1345) als konsensfähige Grundsatzentscheidung festgehalten, sondern entspricht auch den Erfahrungen aus bundesweiten Pilotprojekten, die teilweise bereits in ein Curriculum der verschiedenen Ärztekammern, so z. B. der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen Lippe, Eingang gefunden haben.

Ein milderes Mittel, um das Ziel zu erreichen und das in Erwägungsgrund 19 der RL genannte hohe Gesundheitsschutzniveau zu sichern, ist nicht ersichtlich. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Ausgestaltung als Sollvorschrift und dem Rückgriff auf die Kompetenz des LARD, Richtlinien zu entwickeln.

Prüfpunkt Artikel 7 (2) b

„die Frage, ob bestehende Regelungen spezifischer oder allgemeiner Art, etwa die Regelungen in Rechtsvorschriften auf dem Gebiet der Produktsicherheit oder des Verbraucherschutzes, nicht ausreichen, um das angestrebte Ziel zu erreichen“

Es gibt keine bestehenden Regelungen, die geeignet wären, das Ziel zu erreichen. Dies wird dadurch unterstrichen, dass in Niedersachsen bereits die medizinische Qualifikation der Notärztinnen und Notärzte als Ausgangspunkt für die telenotärztliche Tätigkeit nicht zusätzlich gesetzlich geregelt ist und es zudem derzeit weder ein Muster-Curriculum der Bundesärztekammer noch eine Qualifikation der niedersächsischen Ärztekammer gibt, die in Bezug genommen werden könnten. Bestehende Vorschriften des NRettdG knüpfen weder an besondere Erfahrung, aktive Notarztstätigkeit oder spezielle Fortbildungen im telenotärztlichen Bereich an.

Prüfpunkt Artikel 7 (2) c

„die Eignung der Vorschrift zur Erreichung des angestrebten Ziels, sowie die Frage, ob sie diesem Ziel tatsächlich in kohärenter und systematischer Weise gerecht wird und somit den Risiken entgegenwirkt, die bei vergleichbaren Tätigkeiten in ähnlicher Weise identifiziert wurden“

Die geforderten Voraussetzungen hinsichtlich Erfahrung und aktiver Dienstzeit in der Notfallrettung sind zur Erreichung des im Allgemeininteresse liegenden Ziels geeignet. Nur Notärzte/Notärztinnen, die Einsatzabläufe kennen und über ein großes klinisches Urteilsvermögen verfügen, sind in der Lage, aus der Ferne anhand der übermittelten Daten eine komplexe Lage und ihr gegebenenfalls lebensbedrohliches Potenzial für den Patienten einzuschätzen, die Übersicht zu behalten und das Team objektiv und kompetent zu unterstützen oder zu supervidieren.

Eine Fortbildung mit speziell auf telenotärztliche Tätigkeit zugeschnittenen Inhalten ist unerlässlich, um beispielsweise neben der Technik und der rechtssicheren Dokumentation der Einsätze auch die Besonderheiten von Kommunikation im Arbeitsfeld Telenotarzt/Telenotärztin und die speziellen Anforderungen an eine besondere Einsatzsituation und ihre Indikation zu schulen.

Das neue Arbeitsfeld und seine komplexen Herausforderungen lassen herkömmliche Schulungen daher nicht genügen und nicht als Alternative erscheinen.

Artikel 7 (2) d

Negative Auswirkungen auf den Dienstleistungsverkehr sind nicht zu erwarten.

Artikel 7 (2) e

Eine Kombination mit anderen Vorschriften ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 6:

Die kommunalen Träger i. S. v. § 3 Abs. 1 Nr. 2 NRettDG trifft die Verpflichtung, sich an die landeseinheitliche Telenotfallmedizin anzubinden und in ihren Rettungsdienstbereichen die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Vorschrift bezeichnet weiterhin die Frist, innerhalb derer die schrittweise Anbindung der Träger erwartet wird.

Zu Absatz 7:

Damit das Land die ihm zugewiesenen Aufgaben wahrnehmen und dauerhaft gewährleisten kann, sind Informationen im Zusammenhang mit den telenotfallmedizinischen Einsätzen notwendig. Dies betrifft insbesondere die strukturellen, einsatztaktischen und anonymisierten medizinischen Daten, die notwendig sind, um die kontinuierliche Funktionalität und Qualität der Server- und Softwarekomponenten als auch den fortlaufenden Bedarf an Telenotarztstandorten und die dort jeweils eingerichteten Telenotarztarbeitsplätze in den Rettungsleitstellen sowie die erfolgte Anbindung der Rettungsdienstbereiche ermitteln und steuern zu können.

Zu Absatz 8:

Um ein landesweit einheitliches telenotfallmedizinisches System zu schaffen, das auf einem standardisierten hohen Niveau funktioniert und eine niedersachsenweite Interoperabilität vorsieht, sind Vorgaben dazu notwendig. Um nicht unnötig gesetzlich in den Verantwortungsbereich der kommunalen Träger einzugreifen und die Selbstverwaltungskompetenz der kommunalen Ebene zu beschränken, ist, wie in § 14 Abs. 3 bereits für die Kosten geregelt, eine weitere Aufgabenzuweisung des LARD vorgesehen. Im LARD sind alle maßgeblichen Akteure des öffentlichen Rettungsdienstes in Niedersachsen vertreten. Durch die sachkundige Besetzung des LARD ist gewährleistet, dass fachlich fundierte und ausgewogene Maßgaben beschlossen werden können, die zudem praktikabel und konsensfähig zwischen den am Rettungsdienst Beteiligten sind.

Zu Nummer 6

Die Speicherung der Notrufe ist bisher nicht im NRettDG geregelt, sondern in § 38 Abs. 3 des Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetzes (NPOG). Danach können Polizei und Ordnungsbehörden, soweit diese Aufgaben der Hilfs- und Rettungsdienste wahrnehmen, fernmündlich an sie gerichtete Hilfeersuchen und Mitteilungen aufnehmen. Die Aufzeichnungen sind spätestens nach einem Monat zu löschen.

Die kommunalen Träger des Rettungsdienstes weisen seit Jahren darauf hin, dass die in § 38 Abs. 3 Satz 2 NPOG enthaltene Speicherfrist von einem Monat für aufgezeichnete Hilfeanrufe zu kurz bemessen ist und eine Verlängerung auf sechs Monate notwendig und angemessen ist.

Die vorliegende Regelung im NRettDG verdrängt als spezialgesetzliche Regelung die des NPOG.

Da die kommunalen Leitstellen in Niedersachsen gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 NRettDG als integrierte Leitstellen betrieben und die den Brandschutz betreffenden Notrufe von der Leitstelle unter der gleichen Nummer 112 entgegengenommen werden, bedarf es hier keiner Unterscheidung. Das Niedersächsische Brandschutzgesetz enthält im Übrigen keine Normen zur Annahme und Speicherung der Notrufe.

Für § 11 Abs. 2 ergibt sich die Notwendigkeit der Änderung bzw. Neufassung insbesondere aus Erwägungen der erforderlichen Rechtssicherheit in Bezug auf verfahrensrechtliche Nachweisbarkeit des Handelns.

Das Land hat hierzu eine Abfrage der kommunalen Träger durchgeführt, ob die bisherige Speicherfrist von einem Monat ausreichend ist oder verändert werden sollte.

Dabei haben rund zwei Drittel der 50 kommunalen Träger eine Rückmeldung gegeben. Einige Träger haben die Speicherfrist für ausreichend erachtet, ein Teil der Träger hat jedoch eine längere Speicherfrist von mindestens sechs Monaten für „wünschenswert und notwendig“ erachtet, um insbesondere Streitigkeiten im Zusammenhang mit Rettungsdienst-Einsätzen besser und rechtssicherer bearbeiten zu können.

Die Änderung der Speicherfrist auf sechs Monate entspricht dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Der legitime Zweck der grundsätzlichen Zulässigkeit der Aufnahme der Notrufe bzw. des Fernmeldeeinsatzverkehrs ist bisher ohnehin schon im Gesetz verankert.

Die Notrufspeicherung ist auch geeignet, vor allem für mögliche Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren o. ä., den Ablauf des Gesprächs zwischen der anrufenden Person und der Disponentin oder dem Disponenten in der Leitstelle nachvollziehen zu können.

Erforderlich ist die Speicherung der Anrufe für sechs Monate, da in der Regel mögliche Beschwerden oder Streitigkeiten über den einzelnen Rettungsdienst-Einsatz in Form von Schriftverkehr bezüglich eines Verwaltungs- oder Gerichtsverfahrens erst einige Wochen oder sogar Monate nach dem Einsatz in der Leitstelle bzw. beim Träger eingehen bzw. bekannt werden. Die bisherige Speicherfrist von einem Monat führt dazu, dass die Notrufe bereits gelöscht sind und mögliche behauptete Fehler bei der Notrufentgegennahme und -abwicklung nicht mehr nachgewiesen oder ausgemerzt werden können.

Ein milderes Mittel wäre eine mögliche kürzere Speicherfrist, die aber nach Auskunft der kommunalen Träger das Problem nur unwesentlich beheben würde. Da der Gesprächsverlauf des Notrufs nicht im Einsatzprotokoll wiedergegeben wird, gibt es auch kein milderes Mittel zum Erreichen des möglichen Nachweises durch das Gespräch.

Die Speicherfrist von sechs Monaten wird als angemessen erachtet, auch wenn von den mehreren hunderttausend Notrufen in Niedersachsen nur wenige für eine Beweissicherung o. ä. benötigt werden. Da der Rettungsdienst hohe Rechtsgüter wie Leben und Gesundheit der Menschen schützt, ist eine Speicherung aller Notrufe für eine Dauer von sechs Monaten auch unter Abwägung der Interessen des Datenschutzes der Patientinnen und Patienten (je länger die Speicherung personenbezogener Daten, desto länger der Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Datenschutz-Grundrecht) mit dem in diesem Fall höherwertigen Interesse des Trägers der Leitstelle (und damit auch von deren Bediensteten) an einem jederzeitig möglichen Nachweis fehlerfreien Handelns und letztlich einer korrekten, auf Fakten basierenden Führung von Prozessen und Strafverfahren unter Nutzung der gespeicherten Daten (auch hohes staatliches Interesse der Wahrheitsfindung im Prozess) angemessen, zumal der Großteil der Notrufe nicht mehr angehört werden wird.

Dies gilt umso mehr, als nach jüngerer Rechtsprechung die Grundsätze des groben Behandlungsfehlers erstmals auch auf die Notrufbearbeitung in der Rettungsleitstelle angewendet werden (KG Berlin, Beschluss vom 20.03.2017, 20 U147/16; der Bundesgerichtshof hat diese Entscheidung mit Beschluss vom 13. März 2018, VI ZR 324/17, bestätigt). Rechtliche Folge des groben Behandlungsfehlers ist dann eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten.

Zudem soll in Satz 2 nunmehr ausdrücklich für den Rettungsdienst geregelt werden, dass die in Absatz 1 Satz 2 genannten Berichte und Protokolle bei den zuständigen Trägern des Rettungsdienstes oder deren Beauftragten für die Einsätze gesichert für die Dauer von zehn Jahren aufzubewahren sind. Nach Kenntnis des Landes ist dies seit Jahren die geübte Praxis der kommunalen Träger des Rettungsdienstes, da es bisher keine ausdrückliche gesetzliche Regelung für die Speicherdauer der Berichte und Protokolle im Rettungsdienst gibt. Diese Frist entspricht der in § 10 Abs. 3 der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und führt damit zu

mehr Rechtssicherheit im Datenschutz beim Rettungsdienst, zumal die oft auch mit Notärztinnen und Notärzten verbundenen Rettungsdiensteinsatzprotokolle mit denen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vergleichbar sind. Auch diese Regelung ist im Ergebnis verhältnismäßig. Es gelten die gleichen Erwägungen wie oben. Auch hier besteht über die lange Zeitspanne von zehn Jahren ein überragendes Bedürfnis der Träger und deren Beauftragten, Einsätze über einen längeren und angemessenen Zeitraum rekonstruieren und Fehler ausschließen bzw. bei behaupteten Behandlungsfehlern den Gegenbeweis antreten zu können. Ohne diese längere Aufbewahrungsmöglichkeit wären o. g. Beteiligte und auch deren Personal in Zivilprozessen um Schmerzensgeld oder in Strafverfahren ohne entsprechende Beweismittel zur Verteidigung versehen und damit einem untragbaren Prozess- und Haftungsrisiko ausgesetzt. Dies würde in letzter Konsequenz die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes insgesamt beeinträchtigen, wenn für Leitstellen und das Rettungsdienstpersonal keine hinreichende Rechtssicherheit gewährleistet wäre. Daher müssen die datenschutzrechtlichen Interessen der Patientinnen und Patienten an einer möglichst kurzen Aufbewahrung in diesem Fall hinter den legitimen Interessen der Träger und Beauftragten an langfristiger Nachweisbarkeit behandlungsfehlerfreien Verhaltens zurücktreten. Diese Wertung dient angesichts der o. g. Rechtsprechung auch dem Ziel der „prozessualen Waffengleichheit“, die auch als unmittelbarer Ausfluss des Rechtsstaatsprinzips anzusehen ist.

Zu Nummer 7:

Der Anwendungsbereich für die Anrufung der Schiedsstelle wird auf die Telenotfallmedizin, insbesondere für kostenrelevante Streitigkeiten zwischen dem Land als neuem Aufgabenträger und den Kostenträgern, ausgeweitet. Zu schlichtendes Konfliktpotenzial kann sich aus den neuen Aufgaben des Landes ergeben - insbesondere die, die eine auch finanzielle Folgewirkung auf die Aufgabenträger haben können.

Zu Nummer 8:

Da es sich um eine neue Entwicklung im bodengebundenen Rettungsdienst handelt, die zunächst schrittweise und allmählich aufwachsend für das gesamte Gebiet Niedersachsens eingeführt werden muss, kann nicht auf Erfahrungswerte, auch nicht im bundesweiten Vergleich, zurückgegriffen werden. Um das auch vom LARD flankierte Ziel, eine flächendeckende, landesweit einheitliche telenotfallmedizinische Unterstützung auf einem standardisierten hohen Niveau einzuführen zu erreichen, soll die Möglichkeit normiert werden, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen durch eine Verordnung regeln zu können. Grundsätzlich ist vorgesehen, dass Richtlinien und Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten der Telenotfallmedizin durch den LARD erstellt werden, um einen größtmöglichen Interessenausgleich zwischen allen am Rettungsdienst in Niedersachsen beteiligten Akteuren bei gleichzeitiger Gewährleistung eines hohen fachlichen Standards zu erzielen. Sollte sich jedoch herausstellen, dass dieses Vorgehen nicht ausreicht, um die Funktion eines landesweit einheitlichen interoperablen Systems zu gewährleisten, soll die Möglichkeit für das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium bestehen, ergänzende Regelungen im Verordnungswege zu erlassen.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten):

Die Bestimmung regelt das Inkrafttreten.

Für die Fraktion der SPD

Wiard Siebels
Parlamentarischer Geschäftsführer

Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Volker Bajus
Parlamentarischer Geschäftsführer