

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Inneres, Sicherheit und Ordnung

62. Sitzung
1. Dezember 2025

Beginn: 09.03 Uhr
Schluss: 12.12 Uhr
Vorsitz: Florian Dörstelmann (SPD)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Besondere Vorkommnisse

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Ich rufe auf

Punkt 2 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –
Drucksache 19/2658
**Viertes Gesetz zur Änderung des
Rettungsdienstgesetzes**

[0239](#)
InnSichO

Hierzu: Anhörung

Der Ausschuss hat sich entschlossen, zu diesem Tagesordnungspunkt eine Anhörung durchzuführen. Daher begrüße ich an dieser Stelle noch einmal ganz ausdrücklich unsere Anzuhörenden und darf kurz auflisten, wer heute erschienen ist: Herr Manuel Barth für die Deutsche

Feuerwehr-Gewerkschaft, Herr Mario Busch für die Feuerwache Zehlendorf 4100, Herr Stefan Ehrlich, Sprecher der ver.di-Betriebsgruppe Berliner Feuerwehr, und Herr Prof. Dr. Andreas Pitz, Technische Hochschule Mannheim, Fachbereich Sozialrecht, Gesundheitsrecht, Non-Profit-Recht. Der Gesundheitsausschuss ist hinzugeladen worden. Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Das ist der Fall. Dann verfahren wir auch hier wie üblich. Es erfolgt dann zunächst die Vorstellung des ganzen Vorhabens durch den Senat. – Herr Staatssekretär, Sie haben das Wort!

Staatssekretär Christian Hochgrebe (SenInnSport): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Auch von mir herzlichen guten Morgen, und an die Anzuhörenden auch von meiner Seite sehr herzlichen Dank, dass Sie heute hier sind und uns mit Ihrer Expertise zur Verfügung stehen!

Mit der Situation im Rettungsdienst haben wir uns ja schon vielfach intensiv beschäftigt, auch in diesem Ausschuss, auch in diesem Haus. Wenn wir über den Rettungsdienst sprechen, dann möchte ich mir gern die Worte des Landesbranddirektors zu eigen machen, der immer wieder davon spricht, dass der Rettungsdienst die Lebensversicherung der Berlinerinnen und Berliner ist, rund um die Uhr an 365 Tagen dafür sorgt, dass die Menschen die medizinische Behandlung bekommen, die sie brauchen. Deswegen möchte ich zunächst auch hier einmal einen ganz herzlichen Dank aussprechen, lieber Herr Dr. Homrighausen, mit der Bitte, das weiterzugeben, sehr geehrter Herr Dr. Spielmann, an alle die, die bei der Berliner Feuerwehr, in den Hilfsorganisationen, im Ehrenamt daran arbeiten, genau das zu gewährleisten.

Was wir heute miteinander besprechen, ist ein System, das hoch belastet ist – das muss man vielleicht an dieser Stelle so deutlich sagen – und das wir mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes auf die Höhe der Zeit heben, indem wir die Stellschrauben drehen, die Justierungen vornehmen, die dafür erforderlich sind, um das Rettungsdienstgesetz zukunftsfest aufzustellen, damit genau diese Funktion, nämlich die Lebensversicherung für die Berlinerinnen und Berliner zu sein, auch in Zukunft gewährleistet ist.

Warum ist das System so hoch belastet? – Das hat eine Vielzahl von Gründen. Das liegt zum einen an dem Wandel in unserer Gesellschaft, der den Rettungsdienst vor große Herausforderungen stellt. Da ist auf der einen Seite natürlich der demografische Wandel zu nennen. Wenn wir vor 100 Jahren noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 60 Lebensjahren hatten, so liegen wir heute bei 83. Das ist ein Gewinn an Lebensjahren, der aber nicht zwingend mit einem Gewinn an gesunden Lebensjahren einhergeht, die Menschen müssen versorgt werden. Wie Expertinnen und Experten festgestellt haben, nimmt aber auf der anderen Seite auch gleichzeitig die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ab. Die Menschen greifen viel schneller, auch viel, wenn ich das so sagen darf, unreflektierter zum Telefon und wählen die 112, obwohl gar keine lebensbedrohliche Situation vorliegt. Deswegen möchte ich das auch an dieser Stelle noch einmal einflechten: All das, worüber wir heute reden, ist der Themenkomplex der Notfallrettung. Da muss man sich vielleicht gut überlegen: Wann ist etwas wirklich ein Notfall, und wann wäre die 116117 die richtige Rufnummer oder der Besuch beim Hausarzt? Jedenfalls schildern uns die Einsatzkräfte und auch das medizinische Personal in den Rettungsstellen immer wieder, dass hier die Gesundheitskompetenz abgenommen hat, und wir haben natürlich viele weitere Phänomene wie Obdachlosigkeit, soziale Vereinsamung oder Fachkräftemangel, die insgesamt zu der bereits benannten angespannten Lage im Rettungsdienst beitragen.

Der Rettungsdienst ist zusammen mit den Notaufnahmen ganz oft so eine Art letzter Auffangstationen für die Herausforderungen, die wir in unserer Stadt haben. Wenn ich Ihnen diesen ganzen großen Strauß an Herausforderungen darstelle – und das war mit Sicherheit keine abschließende Aufzählung –, dann ist das auf der einen Seite sehr vielfältig, zeigt auf der anderen Seite aber auch, dass es die eine Lösung in diesem Sinne nicht gibt, sondern dass es einer Summe, einer Vielzahl von Stellschrauben, von kleinen Maßnahmen, von großen Maßnahmen bedarf, um dieses System zukunftsfest aufzustellen.

Mit der Ausbildungsoffensive 500 haben wir bereits einen großen Schritt dafür getan, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Mit der Dritten Änderung des Rettungsdienstgesetzes haben wir dringende Maßnahmen schon vorgezogen, um eine zeitnahe Entlastung herbeizuführen. Jetzt haben wir das Vierte Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und werfen den Blick auf das Gesamtsystem, auf dieses komplexe Uhrwerk, das ich Ihnen ja schon vorgestellt habe, auf die Zahnräder, auf die Stellschrauben, um uns hier zukunftsfest aufzustellen. Dieses Vierte Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes ist das Ergebnis einer umfassenden Problemanalyse, die wir alle gemeinsam durchgeführt haben, mit ganz viel Expertise, auch ganz viel Expertise, die wir uns von außen mit dazu genommen haben.

Wir setzen insbesondere auf Prävention, auf Innovation sowie auf viele Stellschrauben, die das System insgesamt entlasten sollen, beispielsweise durch mehr Prävention, die verhindern soll, dass Bürgerinnen und Bürger überhaupt erst Notfälle erleiden. Das umfasst beispielsweise den nun gesetzlich fixierten Auftrag zur Unterstützung der Gesundheitsbildung. Das umfasst beispielsweise auch den vorbeugenden Rettungsdienst und die Schaffung einer Organisationseinheit, die gezielt Notfälle auswertet und daraus ableitet, wie diese hätten verhindert werden können.

Unter dem Punkt Innovation soll das Rettungsdienstgesetz für den medizinischen Fortschritt geöffnet werden. Wir haben eine Erprobungsklausel im RDG, die ermöglicht, dass zukünftige Entwicklungen im Betrieb erprobt werden können, dass so auch der Rettungsdienst in Berlin verbessert werden kann. Beispielsweise wird die Nutzung von Videotelefonie ermöglicht, womit den Notrufleitstellen ermöglicht wird, sich nicht nur auf die Schilderungen am Telefon verlassen zu müssen, sondern sich selbst ein eigenes Bild machen zu können. Das trägt dann vielleicht auch dazu bei, dass die Lage vor Ort besser eingeschätzt werden kann, dass konkrete Hilfestellungen auch an Ersthelfende gegeben werden können.

Dann haben wir noch das große Stichwort, das mir besonders wichtig ist, der bedarfsgerechten Versorgung. Wir haben bereits mit der Dritten Änderung des Rettungsdienstgesetzes den RTW-B eingeführt für einfach zu behandelnde Verletzungen. Das hat im Übrigen zu einer deutlichen Entlastung beigetragen. Jetzt werden wir im Gesetz die Notfallkategorien verankern, wonach es dann möglich ist, Notfälle nach Dringlichkeit und nach der für die Versorgung benötigten Qualifikation zu clustern. Damit erhalten die Bürgerinnen und Bürger genau die Hilfe, die für ihren jeweiligen Einsatzfall, die für ihren jeweiligen Rettungseinsatz notwendig ist. Wir können dann aber auch höherwertige Rettungsmittel für solche Einsätze freihalten, wo die Sachlage tatsächlich komplex ist.

Um weiter konsequent eine bedarfsgerechte Versorgung umzusetzen, wird nun auch die Bedarfsplanung gesetzlich fixiert. Dadurch soll Transparenz hinsichtlich des Bedarfes nach außen gewährleistet werden, gleichzeitig soll damit aber auch eine klare Grundlage für die Fi-

finanzierung der Notfallrettung geschaffen werden. Ebenso soll zur Sicherung der Finanzierung ein erweiterter Auskunftsanspruch gegenüber den Kliniken eingeführt werden, um festzustellen, wer vom Rettungsdienst dann auch tatsächlich eingeliefert worden ist. Das ist für die Finanzierung ein ganz wichtiger Baustein. Wir haben nämlich festgestellt, dass aufgrund der fehlenden Personendaten doch relativ viele Forderungen niedergeschlagen werden müssen, beispielsweise im Jahr 2023 1,6 Millionen Euro.

Zudem haben wir die Regelungen zur Finanzierung der Hilfsorganisationen in der Notfallrettung überarbeitet. Um einen Ausgleich der Kostenüber-, aber vor allen Dingen auch der Kostenunterdeckung sicherzustellen, soll eben sichergestellt werden, dass keine Ausfälle allein auf der Basis der prognostizierten Fallpauschalen mehr entstehen. Die Hilfsorganisationen, aber auch und vor allem das Ehrenamt sollen stärker in die Abdeckung des Rettungsdienstes bei Großereignissen wie beispielsweise Wetterereignissen eingebunden werden. Damit soll in besonderen Lagen auf alle Reserven zurückgegriffen werden können und eben auch den Helferinnen und Helfern ein Freistellungsanspruch zustehen.

Um Kräfte ziel- und bedarfsgerecht einzusetzen, soll die Berliner Feuerwehr auch weitgehend vom Krankentransport entbunden werden und sich auf die Notfallrettung, den Notfalltransport konzentrieren. Gleichzeitig zielt das Gesetz darauf ab, auch die Situation im Krankentransport zu verbessern. Es soll nämlich eine zentrale Erreichbarkeit für den Krankentransport in Berlin geben. Sie wissen, dass der Krankentransport in Berlin seit Anfang der 1990er-Jahre privatrechtlich organisiert ist. Deswegen sind natürlich die Steuerungsmöglichkeiten und die Einflussnahmemöglichkeiten begrenzt. Trotzdem ist die zentrale Erreichbarkeit als Ziel im Gesetz formuliert. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dann freilich den Unternehmen, die sich vernetzen und die Weiterleitung der Aufträge untereinander regeln sollen. So bleiben Selbstorganisation und marktwirtschaftliche Prinzipien gewahrt.

Sie sehen also, wir haben uns, wie ich finde, beinahe alle Stellschrauben angeschaut. Wir haben überall gedreht, um eine Entlastung der Notfallrettung zu gewährleisten. Was vielleicht jetzt in diesen Ausführungen ein bisschen kleinteilig und durchaus auch ein bisschen verschachtelt und komplex klingt, wird aber in der Summe, bei der Draufschau in der Gesamtbeurteilung eine deutliche Verbesserung im Rettungsdienst herbeiführen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Staatssekretär! – Dann kommen wir jetzt zu den Stellungnahmen unserer Anzuhörenden; ich würde vorschlagen, in der Reihenfolge, wie Sie hier erschienen sind. Ich darf noch einmal daran erinnern, bitte etwa fünf Minuten einzuhalten. Wir möchten Ihnen ja auch Gelegenheit geben, dass nachher in der Antwortrunde noch ausgiebig zu Gehör kommen. – Dann fangen wir mit Ihnen an, Herr Barth. Bitte, Sie haben das Wort!

Manuel Barth (Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft): Vielen Dank! – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Staatssekretär! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Liebe Behördenleitung und Interessierte! Ich danke erneut für die Gelegenheit, hier zum Thema des Rettungsdienstgesetzes Stellung nehmen zu können! Die Frage ist natürlich: Bringt uns dieses Gesetz voran, und wenn ja, wie?

Ich möchte bewusst mit dem beginnen, was in dieser Novelle als positiv herauszustellen ist, denn es gibt wirklich wichtige und gute Verbesserungen, die wir ausdrücklich anerkennen und auch da ein bisschen ins Detail gehen wollen. Sie erwähnten schon, Herr Staatssekretär, die dauerhafte Verankerung der RD-Abweichungsverordnung mit der Dritten Änderung. Aber auch die Änderungen in der Zweiten Änderung haben wirklich Erfolge gebracht und waren dicke Bretter. Umso beeindruckender ist es, dass das in relativ kurzer Zeit geklappt hat. Gerade die Kategorisierung und die Verbindung mit dem RTW-B war, finde ich, bundesweit einzigartig und kann Vorreiter für andere Städte und Länder sein.

Die Möglichkeit zur Weiterleitung an alternative Versorgungseinrichtungen erkennt endlich an, noch mal sehr deutlich, dass eben nicht jeder Anruf bei 112 ein echter Notfall im Sinne des Rettungsdienstes ist. Bei der Umsetzung einer Verweisung, wie sie jetzt auch vor Ort möglich sein kann, sehen wir allerdings Schwierigkeiten und vor allen Dingen große Herausforderungen an die Behördenleitungen und den Ärztlichen Leiter gestellt, wie man dieses umsetzt. Das Problem sind, wie an vielen Punkten, die Sie noch hören werden, die alternativen Versorgungseinrichtungen, die immer noch fehlen. Das Verweisen im Sinne eines Netzwerkes, das es leider nicht gibt, stellt sich dann als rein theoretisch dar und muss und kann als Abweisung verstanden werden. Wie rechtssicher das dann wirklich ist, muss infrage gestellt werden. Aufgabe wird es daher sein, weiterhin an den Netzwerken zu arbeiten und deren Arbeitsfähigkeit sicherzustellen. Dazu gehören der immer wieder von uns gerne vorgebrachte NotSan-Erkunder, verlässliche Krankentransporte sowie Akutpflege und psychosoziale Notdienste. Genau genommen gibt es Möglichkeiten dahingehend schon seit 2016, sie sind aber nicht in der Form genutzt worden, wie es möglich gewesen wäre. Das zeigt uns, dass ein Gesetz an sich nicht reicht, sondern es muss forciert werden. Es muss der Wille da sein, das auch zur Anwendung zu bringen und eine Umsetzung dahingehend zu gestalten.

Die klare Absage an missbräuchliche Kapazitätsverlegungen und der explizite Ausschluss solcher Verlegungen schieben der systematischen Fehlbeanspruchung der Notfallrettung endlich einen Riegel vor. Lang erwartet – vielen Dank besonders für diesen Absatz! Die Notfallrettung ist kein Lückenbüßer für fehlende Krankenhauslogistik oder ökonomische Sichtweisen eines Krankenhausbetriebes, so berechtigt das auch sein mag. Es kann nicht Aufgabe der Berliner Feuerwehr sein, zur Ökonomisierung der Krankenhausbetriebe beizutragen.

Die ausdrücklichen Verbreitungsverbote von Bild- und Tonaufnahmen sehen wir als Schutzinstrument für Patienten, aber auch für Einsatzkräfte. Daher auch Danke dafür!

Mit der Innovationsklausel aus § 5c erhält die Feuerwehr die Möglichkeit, neue Konzepte zu testen. Wir hoffen sehr, dass diese Ermächtigung, natürlich unter Berücksichtigung des allgemeinen Rechtsanspruchs des Bürgers auf Notfallversorgung, rege genutzt wird. Wir hätten uns aber – ich komme leider wieder darauf zu sprechen – gewünscht, dass der NotSan-Erkunder ausdrücklich im Rettungsdienstgesetz benannt wird und durch die Berliner Feuerwehr als Auftrag verstanden werden muss. Ein wenig Abschied vom Abstrakten und der Blick in andere Länder und Regionen im Bundesgebiet zeigen, dass der NotSan-Erkunder ein sehr erfolgreiches Modell ist.

In einer digitalen Welt ist die audiovisuelle Unterstützung in der Notrufannahme ein logisches Konzept. Auch das hatten Sie angesprochen, Herr Staatssekretär, die Möglichkeit, dass man aus einem Meldebild eben auch vorzeitig ein Lagebild machen kann für die Kolleginnen und

Kollegen der Leitstelle und dadurch auch sinnhafter beschicken kann. Es ist eine moderne Einsatzbewertung, aber auch das muss mit finanziellen Mitteln hinterlegt werden. Die Erweiterung der Gebührenregelung in § 21 zeigt, dass die Problematik der Einzelverhandlung durchaus erkannt wurde; zum aus unserer Sicht entscheidenden Schritt einer Einheitsgebühr ist es leider nicht gekommen.

Sie erwähnten auch das Ehrenamt. Es ist unbestritten, dass das Ehrenamt eine wichtige Säule der Gesellschaft ist, aber lassen Sie mich hervorheben: eine Säule, die deutlich über den reinen Einsatzwert hinausgeht. Genauso unbestritten ist das Wissen darum, dass das Ehrenamt weder dazu da noch dafür geeignet ist, Versäumnisse der Strukturen zu kompensieren. Sonderbedarfe können leider Gottes oft nur gedeckt werden, indem die Regelbedarfe kannibalisiert werden. Aus unserer Sicht stellt es daher keine geeignete Möglichkeit zur Entlastung der Einsatzkräfte und des gesamten Systems dar.

Im Bereich des Regelbetriebs ist unterdessen der Eindruck entstanden, dass sich Hilfsorganisationen zuvorderst an ökonomischen Rahmenbedingungen orientieren müssen. Das ist vollkommen logisch, losgelöst allerdings von taktischen Erwägungen und tatsächlichen Lagerbildern der Berliner Feuerwehr. Das hat unserer Ansicht nach seinen Ursprung in der ungünstigen Finanzierungssituation und der eben schon angesprochenen fehlenden Einheitsgebühr. Es ist auch durchaus fragwürdig, wer genau die Kosten für die Inanspruchnahme des Ehrenamtes in vermeintlichen Großschadenslagen übernehmen soll. Wir befürchten, dass es Teil des Feuerwehrbudgets sein wird.

Warum diese Verbesserungen aus unserer Sicht alleine leider nicht ausreichen, gehört natürlich in die Gesamtbetrachtung eines normalen sachlichen Austauschs. Uns ist auch klar, dass ein Gesetz stets ein Kompromiss sein wird. Es geht dabei zuvorderst um die Umsetzungskraft. Viele der beschriebenen Neuerungen sind nur sinnvoll, wenn sie auch umgesetzt, finanziert und strukturell verankert werden. Es braucht signifikante Personalaufstockungen und mehr Einsatzfahrzeuge, aber vor allem braucht es Alternativstrukturen. Auch da unterschreibe und unterstreiche ich sehr, was Sie gesagt haben: Es ist die Selbsthilfefähigkeit verloren gegangen. Wir können das permanent beklagen oder uns überlegen, wie wir dem wirklich begegnen. Die Programme zählten Sie schon auf. Der vorbeugende Rettungsdienst gehört dazu, aber aus unserer Sicht noch einiges mehr. Die aktuelle und absehbare Haushaltslage allerdings steht den Ambitionen des Gesetzes aus unserer Sicht diametral entgegen. Ein Rettungsdienst lässt sich nicht reformieren, indem man ihn ausgehungert. Das, denke ich, ist uns allen klar.

Fehlende Partnerstrukturen außerhalb des Rettungsdienstes: Ich habe es schon mehrfach angesprochen, Sie merken, das ist so ein bisschen der Kern unserer Stellungnahme. Ob es der verlässliche Krankentransport, psychiatrischer Notdienst, Akutpflege oder was auch immer ist – diese Strukturen existieren weiterhin nicht. Sowie die Polizei verbindliche Verträge mit Dienstleistern wie Abschleppunternehmen hat, kann es Teil der Lösung sein, Dienstleister für die ambulante Versorgung anzusprechen und zu gewinnen. Natürlich braucht auch das einen finanziellen Unterbau, aber das Geld ist ja da. Es wird ausgegeben in dem Moment, in dem man zu allem und jedem einen Rettungswagen schickt, was wiederum auch Kosten verursacht. Solange auf den Notruf 112 weiterhin im Wesentlichen nur der Rettungswagen oder der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst reagiert, wird dies den erheblichen Aufwuchs von Personal und Fahrzeugen notwendig machen.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Herr Barth! Sie sind schon ein bisschen über die Zeit. Ich würde Sie bitten, vielleicht zum Ende zu kommen an dieser Stelle.

Manuel Barth (Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft): Sehr gerne! – Lassen Sie mich dennoch auf die Einheitsgebühren eingehen. Wir erkennen in der bisherigen Verfahrensweise durchaus Schwierigkeiten. Die Hilfsorganisationen handeln unterschiedlichste Verträge mit den Versicherungen aus. Das führt teilweise zu Tarifungleichheiten und weiteres. Die unterschiedlichste Anerkennung vergütungsfähiger Einsätze führt auch dazu, dass die Hilfsorganisationen auf Kosten sitzen bleiben und zum Teil erhebliche Verluste einfahren.

Ich komme zum Schluss – die letzten zwei Sätze: Ich bedanke mich noch mal für die Einladung der Fraktion der CDU, weil es klar und bekannt ist, dass wir durchaus sehr kontrovers auf dieses Gesetz schauen. Aber das zeigt uns, dass die deliberative Demokratie und der sachliche Streit lebt und hier zuhause ist. Wir möchten das vierte Änderungsgesetz als eines betrachten, das dem fünften und dem sechsten Änderungsgesetz voransteht. Das dicke Brett ist noch zu bohren. Lassen Sie uns den Bohrer noch mal schärfen und mit dem fünften und sechsten Gesetz weitermachen! – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Barth! – Es besteht nachher auch noch die Möglichkeit in der Antwortrunde einige Sachen zu vertiefen. Dann kommen wir zu Herrn Busch. – Bitte, Sie haben das Wort, Herr Busch!

Mario Busch (Gewerkschaft der Polizei, Bezirksgruppe Feuerwehr): Vielen Dank! – Zu Beginn möchte ich gerne voranstellen, dass ich hier als Vertreter der Gewerkschaft der Polizei, Bezirksgruppe Feuerwehr spreche. – Sehr geehrte Damen und Herren des Innenausschusses! Sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Senatsverwaltung, der Berliner Feuerwehr, Polizei und Hilfsorganisationen! Der Prozess rund um das neue Rettungsdienstgesetz hat deutlich gezeigt, dass der politische Wille besteht, den Rettungsdienst strukturell zu stärken, mit dem klaren Ziel, die Versorgung der Berliner Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Das neue Rettungsdienstgesetz ist ein Meilenstein, aber noch lange nicht das Ziel. Mit dem Gesetz wird eine verlässliche Grundlage geschaffen, um Brandschutzerziehung, Erste-Hilfe-Ausbildung und den Präventionsauftrag der Berliner Feuerwehr systematisch zu verankern. Dieser Baustein ertüchtigt die Bevölkerung wieder zur Selbsthilfefähigkeit, schafft Verständnis für unsere Arbeit und reduziert vermeidbare Einsätze. Hier können die Hilfsorganisationen, Freiwilligen Feuerwehren und insbesondere Kolleginnen und Kollegen, die nicht mehr einsatztauglich sind, eine bedeutende Rolle übernehmen. Ihre Erfahrung und Kompetenz sollten künftig gezielt einfließen, um das Gesamtsystem zu entlasten.

Auch die neuen digitalen Möglichkeiten sind ein bedeutender Fortschritt. Wenn unter anderem die technischen und rechtlichen Voraussetzungen geschaffen sind, können wichtige Daten, wo taktisch sinnvoll Bildinformationen, die Lageeinschätzung verbessern und die Einsatzsteuerung präziser machen. Das ist keine sofortige Systementlastung, aber ein modernes Werkzeug mit großem Potenzial. Ergänzend würden strukturierte Rückmeldungen der Krankenhäuser helfen. Nur im Zusammenspiel aus Alarmierungs-, Rettungsdienst- und Krankenhausdaten entstehen belastbare Daten, die die Dispositionen wirklich verbessern werden.

Zentral für das Gelingen dieses Gesetzes ist die gemeinsame Leitstelle Rettungsdienst und Krankentransport. Sie ermöglicht eine integrierte Steuerung des Gesamtsystems. Die Polizei wird zwar nicht Teil dieser Leitstelle sein, aber die operative und technische Verzahnung wird enger, ein wichtiger Schritt zur Koordination verschiedener Lagen.

Trotz dieser Fortschritte müssen die strukturellen Probleme klar benannt werden: Berlin befindet sich weiterhin in einer Mangelwirtschaft im Rettungsdienst wie in der Feuerwehr. Personalmangel, zu wenig Rettungswagen, ein maroder Fuhrpark und sanierungsbedürftige Liegenschaften prägen das Bild seit Jahren. Der Landesbranddirektor hat diese Überlast erst vor Kurzem klar benannt. Die Bedarfsplanung ist ein wichtiger Fortschritt, die geplanten Zyklen angesichts der Dynamik dieser Stadt zu lang. Eine Hilfsfrist von etwa zehn Minuten, wie von vielen Experten gefordert, würde hier eine verbindliche Grundlage für Planung und Steuerung schaffen und den Versorgungsstandard sichern. Die Experimentierklausel § 5c bietet wertvolle Chancen, innovativ zu handeln. Gleichzeitig braucht es klare Leitplanken und Transparenz, damit Innovation möglich bleibt, ohne rechtliche Unsicherheiten zu erzeugen.

Der Themenbereich Verweisung und Ablehnung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist besonders sensibel. Solche Entscheidungen dürfen nur unter klarer Rechtssicherheit getroffen werden. Voraussetzung ist, dass der Patient einwilligungsfähig ist und kein akuter notfallmedizinischer Bedarf vorliegt. Weil sich vor Ort nicht alles sicher vorhersehen lässt, braucht jeder Verweis eine eindeutig geregelte Verfahrensweise mit fester Ansprechstelle und klarer zeitlicher Verbindlichkeit. So wird Fehlsteuerung reduziert, ohne Patienten oder Einsatzkräfte zu gefährden. Ein erheblicher Belastungsfaktor sind die gut 600 psychiatrischen Transporte pro Woche, die inzwischen große Kapazitäten binden. Die geplante Krankentransportleitstelle kann hier entlasten, aber nur mit geeigneten Strukturen, geschulten Teams, passenden Fahrzeugen und klarer Schnittstelle zur Polizei.

Beim geplanten NotSan-Erkunder muss nachgebessert werden. Der Begriff ist unpassend. Die Aufgaben müssten klar definiert werden, und das Einsatzmittel darf nicht, wie der RTW-X, gefühlt im Regelbetrieb landen, sonst verliert er seinen eigentlichen Nutzen, die gezielte Entlastung. Dem STEMO hingegen stehen wir aus systemischen Gründen kritisch gegenüber.

Fehlansätze müssen deutlich reduziert werden. Eine geringe sozialverträgliche Pauschale kann helfen, unnötige Einsätze zu verringern und Bürgerinnen und Bürger zu einer verantwortlichen Entscheidung zu bewegen, ohne Menschen abzuhalten, bei tatsächlichem notfallmedizinischem Bedarf den Rettungsdienst zu rufen. Viele falsch gesteuerte Einsätze entstehen durch die Erwartung schnellerer Behandlung oder mangels alternativer Ansprechpartner. Die Pauschale muss so gestaltet werden, dass das eigene Auto, ein Taxi, KV-Strukturen oder Krisendienste realistische Alternativen darbieten, ohne vulnerablere Gruppen zu belasten. Der Rettungsdienst soll und kann nicht länger Auffangnetz für alle Lebenslagen sein. Der Notrufmissbrauch muss konsequent geahndet werden. Wer den Notruf vorsätzlich missbraucht, gefährdet Menschenleben und belastet ein ohnehin überlastetes System. Die klare gesetzliche Grundlage hierzu ist richtig und wichtig.

Damit das Gesetz seine Wirkung entfalten kann, braucht es einen deutlichen Personal- und Fahrzeugaufwuchs über 2027 hinaus, ein Investitionsprogramm für Fahrzeuge, Technik, IT und Liegenschaften, starke Hilfsorganisationen und Freiwillige, eine leistungsfähige gemeinsame Leitstelle als echtes Steuerungsinstrument sowie schnelle und belastbare Daten der Be-

darfsermittlung. Wertschätzung bleibt ein zentraler Schlüssel für Freiwillige, Angestellte und verbeamtete Kolleginnen und Kollegen. Gerade die 5-Euro-Rettungsdienstpauschale ist ein wichtiges Zeichen. Ihr Auslaufen wäre das falsche Signal zur falschen Zeit. Sie sollten sie unbedingt verlängern.

Zum Schluss möchte ich betonen: Die öffentliche Aufmerksamkeit richtet sich häufig auf den Rettungsdienst, doch die Technische Gefahrenabwehr, also Brandbekämpfung und technische Hilfeleistung, ist ebenso essenziell und leidet unter denselben strukturellen Engpässen. Die Feuerwehr muss immer als Gesamtorganisation gedacht werden. – Ich danke für die Einladung in Ihr Haus, Ihre Aufmerksamkeit und dass ich heute hier sprechen durfte! Die GdP steht Ihnen auch künftig gerne konstruktiv zur Verfügung.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Busch! – Dann kommen wir zu Herrn Ehricht. – Bitte sehr, Sie haben das Wort!

Stefan Ehricht (ver.di, Betriebsgruppe Berliner Feuerwehr): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Herr Staatssekretär! Liebe Behördenleitung! Liebe Abgeordnete dieses Hauses! Vielen Dank für die Einladung durch die Linksfraktion! Ich freue mich, dass ver.di hierdurch doch noch den Weg zu dem Beteiligungsverfahren finden konnte. – Meine beiden Vorredner haben aus Sicht der Feuerwehr schon vieles dazu ausgeführt. Das möchte ich im Großen und Ganzen nicht noch mal wiederholen, von daher kürze ich entsprechend schon mal ein.

Herr Hochgrebe, Sie sprachen von 1,6 Millionen Euro, die durch dieses Gesetz eventuell in die Möglichkeit kommen, erwirtschaftet zu werden, dass die Digitalisierung dazu ein richtiger Schritt ist. Ich glaube nur, dass das insgesamt ein wenig überbewertet wird. Wenn man sich anschaut, über welche Summen oder über was wir da reden, also die 350 Euro, die pro Person eingefordert werden können, dann reden wir letztendlich über Leute, die sich in Obdachlosensituationen befinden, die sich weit weg von Berlin befinden, also Gäste unserer Stadt, die vielleicht auch gar nicht mehr einbezogen werden können. Es braucht einfach mehr, als sich darauf zu verlassen, dass wir diese 1,6 Millionen Euro irgendwie zusammenbekommen.

Vielmehr sind wir eine Lebensversicherung, da gebe ich Ihnen vollkommen recht, und Lebensversicherungen kosten – wie alle Sachen, die wir uns aus Schutzgründen anschaffen, auch Rauchwarnmelder – nun mal Geld, und genau das muss hier noch zusätzlich in die Hand genommen werden. Es bleibt einfach unklar, wie sich zum Beispiel die Finanzierung in Bezug auf den privaten Krankentransport auswirkt. Sie sollen selbst eine Leitstelle irgendwie interdisziplinär unter den Krankentransportunternehmen in Betrieb bringen, sich also absprechen. Sie stehen also in Konkurrenz, sollen sich aber irgendwie absprechen. Da wäre doch ein frommer Wunsch, dass wir mit einer integrativen Leitstelle auch einen integrativen Krankentransport in irgendeiner Form bekommen würden, und sei es nur, dass wir letztendlich valide Zahlen bekommen beziehungsweise den Druck entsprechend erhöhen können, sollten doch wieder Krankentransporteinsätze an die Feuerwehr übergeben werden, weil zum Beispiel die entsprechenden Unternehmen gerade nicht im Dienst sind, wie es vereinbart gewesen ist. Ja, die sind im Nachhinein alarmierbar, daran ist gedacht worden – aber was ist, wenn nicht? Das ist etwas, was relativ häufig im Rettungsdienstgesetz zu lesen ist. Da wird davon gesprochen, dass bestimmte Institutionen zuständig sind, aber dann kommt dieses typische Wording der Mutti: Und wenn nicht? – Danach folgt keine Aussage in diesem Gesetz. Das heißt, wir haben

gar keine Konsequenzen, die eventuell zu befürchten wären, und wenn ja, vermisste ich hier, welche es wären.

Auch die Abgabe an andere Unternehmen wie zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung, die schon geregelt ist, aber auch an andere Player, die in Berlin tätig sind, wie den Sozialpsychiatrischen Dienst oder den Berliner Krisendienst finden wir in diesem Zusammenhang in diesem Gesetz nicht. Eine verlässliche Zusammenarbeit wäre hier definitiv machbar gewesen. Andere Institutionen, die wir dringend brauchen, wie die Akutpflege oder den Erkunder, den es auch in anderen Regionen beziehungsweise in anderen Ländern – zum Beispiel ist Österreich ein starker Vorreiter – gibt, braucht es ebenfalls, und auch das wird nun mal Geld kosten.

Eine Öffnungsklausel, eine Innovationsklausel ist schon mal super. Das dann selbst zu stemmen, neben dem, was schon gesagt worden ist, das heißt, wir finanzieren zusätzlich auch noch das Ehrenamt, bei den HiOs sollten wir sie ziehen als Berliner Feuerwehr, so zumindest gerade herauszulesen – ich wage stark zu bezweifeln, dass das die Berliner Feuerwehr aus ihrem Etat, aus ihrem Haushalt alleine in Gänze wird machen können.

Sehr zu begrüßen ist der Rettungsdienstbedarfsplan, den es übrigens auf Feuerwehrseite ebenso geben sollte. Daran führt gar kein Weg vorbei. Die Frage ist hier auch nur der Weg, aber da bin ich zuversichtlich, und darauf wird mein Nachredner entsprechend noch eingehen.

Der Videocall in der Leitstelle: Danke, dass da auf die Einrede bisher gehört worden ist! Auch das wird aber Geld kosten. Auch da wäre es sinnvoll, das im Prinzip schon vorbereitet beziehungsweise die Finanzierung hinterlegt zu haben.

Das Gleiche gilt übrigens für den Krankentransport. Auch der muss sich entsprechend anpassen. Auch er muss, wenn er eine Leitstelle bekommt oder auch nicht bekommt, sich irgendwie verändern. Wir können mittlerweile nachvollziehen, wenn wir ein Paket bestellen, wo es sich zurzeit befindet. Wenn ich Pizza bestelle, kann ich nachvollziehen, wann sie geliefert wird, an welcher Straßenecke sie sich gerade befindet, aber wann mein Krankentransport – da, wo ich Angst habe, wo ich eventuell Sorgen habe – kommt, kann ich als Nutznießer nachher nichts nachvollziehen. Da hinken wir dem einfachen Pizzalieferdienst, dem Postdienst schon jetzt hinterher. Da gäbe es schon Beispiele, wie sich Veränderungen in den letzten Jahren ausgewirkt haben, die wir sicherlich auch hier beim Rettungsdienst übernehmen könnten.

Letztendlich ist es, um auch weiter Ihre Lebensversicherung sein zu können, sehr wohl richtig, mit dem vorbeugenden Rettungsdienst in die Schulen einzudringen. Aber auch hier zeigt die Brandschutzerziehung, dass das nur so ein halbgeborenes Kind ist. Das heißt, die Brandschutzerziehung wird im Moment ehrenamtlich beziehungsweise freiwillig durch Kräfte nebenbei irgendwie organisiert. Ja, sie findet statt, und ja, sie wird auch flächendeckend genutzt, aber sie könnte durchaus durchdringender in alle Unterrichtsformate eingeführt werden, sofern Lehrpläne angepasst werden, sofern auch das Personal dafür bereitgestellt wird, und – man staune! –, sofern dann auch die Kosten dafür übernommen werden würden.

Wie Sie merken, sehen auch wir als ver.di da ganz klar den Schritt in die richtigen Richtung, aber immer noch ein Finanzierungsproblem, und das muss dringend aufgedröselt werden. Hier müssen Sie aus unserer Sicht noch mal deutlich hinterhergreifen, dann hoffentlich in der

fünften Änderung des Rettungsdienstgesetzes. – Sehr geehrte Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Ehricht! – Dann Herr Prof. Pitz, bitte, Sie haben das Wort!

Dr. Andreas Pitz (TH Mannheim): Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank, dass ich aus Sicht der Rechtswissenschaft zu diesem Gesetzentwurf Stellung nehmen darf! Weil es gerade schon zweimal angeklungen ist – Herr Staatssekretär, ich weiß, wie Sie das mit der Lebensversicherung meinen, aber die Lebensversicherung kommt zum Tragen, wenn man tot ist. Sie verhindert nicht, dass man stirbt. Lassen Sie mich deswegen den Bogen zum Thema Rettungsdienst als Gesundheitsversorgung spannen.

Die Gesundheitsversorgung im Bereich Rettungsdienst hat eine große Besonderheit, denn wir müssen uns klarmachen: Die Bürgerinnen und Bürger können ihr Recht auf einen funktionierenden Rettungsdienst hinterher nicht mehr einklagen. Wenn sie auf der Straße liegen und der Rettungswagen nicht kommt, dann bekommen Sie keinen gerichtlichen Rechtsschutz. Das ist ein Fakt, mit dem man sich auseinandersetzen muss. Deswegen muss Rettungsdienst sicher organisiert sein, auch legislativ sicher organisiert sein, und deswegen meine klare Empfehlung: Schauen Sie sich Ihren Bedarfsplanungsparagrafen genau an. Das sind sehr abstrakte Kriterien, die Sie da formuliert haben. Ob sie der Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts gerecht werden, daran kann man ein großes Fragezeichen setzen.

Das Bundesverfassungsgericht hat gerade ein Verfahren gegen das Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg auf dem Tisch liegen. Berlin hat, wie alle anderen Bundesländer, bis heute Gelegenheit gehabt, zu den konkreten Kriterien, die in Baden-Württemberg im Gesetz stehen – und das ist mehr als das, was in Berlin im Gesetz stehen soll –, Stellung zu nehmen. Wie und ob das geschehen ist, weiß ich nicht, aber ich will Ihnen nur sagen, da ist etwas im Busch. Man muss sich klarmachen, dass sich das Bundesverfassungsgericht dieser Thematik annimmt, und wir haben hier im Bedarfsplanungsparagrafen weder konkrete Parameter für die Planung – mit was soll der Gutachter denn planen, welche Anknüpfungstatsachen soll er seinem Gutachten zugrunde legen? –, noch haben wir eine Regelung im Hinblick auf die Planungsmethodik. Auch wenn ich weiß, dass das nicht einfach ist, wird sich der Gesetzgeber dem nicht entziehen können, diese Kriterien zu formulieren, denn, und das wird aus dem Paragrafen sehr deutlich, da ist eine Abwägung zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischer Wissenschaft gewünscht. Wir reden davon, dass im Zweifel eine Abwägung zwischen dem, was medizinisch, wissenschaftlich erforderlich ist – zum Beispiel beim Herzkreislaufstillstand innerhalb von round about drei bis fünf Minuten vor Ort zu sein –, und dem, was wirtschaftlich machbar ist, getroffen werden soll, und diese Abwägungsentscheidung können Sie als Gesetzgeber, glaube ich, nicht an einen Gutachter delegieren.

Dann muss Ihnen – auch hier muss ich das Bundesverfassungsgericht ins Feld führen – klar sein, dass das Bundesverfassungsgericht mit der Entscheidung aus dem September dieses Jahres die Verantwortlichkeit für Triage-Entscheidungen den Bundesländern überantwortet hat. Der Bund hatte es versucht und ist jetzt mangels Gesetzgebungskompetenz gescheitert. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch – das, was Sie mit der Kategorisierung vorhaben, ist ein guter und richtiger Ansatz. Ich möchte auch ganz klar betonen, dass Berlin hier auf der Arbeitsebene sehr vieles sehr klug, sehr richtig macht. Ich habe kürzlich erst einen Vortrag von

Frau Gozdowsky, Herrn Brettschneider, Herrn Baumann aus Ihrem Haus hören dürfen, Herr Homrighausen. Das sind sehr intelligente Ansätze, die da verfolgt werden; da möchte ich nicht falsch verstanden werden.

Das Problem bei der ganzen Sache ist nur wieder das Gleiche, wie wir es oben haben: Das Bundesverfassungsgericht möchte, dass Sie als Gesetzgeber die Rahmenbedingungen dafür festlegen; dass Sie festlegen, wie Sie gewährleisten, dass es nicht zu systemischen Diskriminierungen kommen kann, dass es nicht dazu kommen kann, dass zum Beispiel Dringlichkeiten falsch eingeschätzt werden. Auch hier haben wir ethisch und rechtlich komplexe Fragestellungen, die typischerweise eher im Gesundheitsbereich, also in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Wissenschaft und Pflege verortet sind. Man wird aber auch hier, wenn man Notfallkategorien einführen will, nicht umhinkommen, sich zum Beispiel darüber Gedanken zu machen, ob man eine Ethikkommission einsetzt, die das extern supervidiert. Das würde den handelnden Personen eine gewisse Rechtssicherheit geben, denn man muss sich im Klaren darüber sein: Wenn es an der Stelle zu Fehlern kommt – die in aller Regel gar nicht gewollt sind –, dann hat das natürlich gravierende Konsequenzen. Wenn Ihnen der Herzinfarktpatient in die falsche Kategorie rutscht, dann bekommt er eine ganz andere Versorgung, als er eigentlich benötigt hätte. Deswegen ist meine Empfehlung, hier nachzujustieren. – Ich möchte noch einmal ganz deutlich betonen, Berlin ist hier ganz vorne dabei. Die standardisierte Notrufabfrage, auch mit dem Tool, das Sie in Berlin nutzen, ist die entscheidende Grundvoraussetzung, damit ich überhaupt kategorisieren kann. Wenn ich andere Bundesländer sehe, die ohne so etwas kategorisieren wollen, dann ist das eigentlich schon jetzt zum Scheitern verurteilt. Deswegen sehen Sie das als, in Anführungszeichen, gut gemeinte Empfehlung und nicht als Fundamentalkritik.

Thema Verweisungsregelung: Da müssen wir uns ehrlichmachen – es ist eine Abweisungsregelung, was da gemeint ist. Ich verstehe den Ansatz, aber ich rate dazu, das zu streichen, denn es vermittelt eine Scheinsicherheit, die real nicht existiert, denn maßgeblich sind das Haftungs- und das Strafrecht, also das Zivilrecht und das Strafrecht. Das heißt, wenn ich als Rettungsdienstpersonal einen Patienten abweise, obwohl der Patient eigentlich eine medizinische Versorgung benötigt hätte, neigen die Gerichte dazu zu sagen: Du hast verhindert, dass der medizinisch weiterbehandelt wird, also legen wir an dich, handelnde Person, den Haftungsmaßstab an, der für jemanden gilt, der das richtigerweise einschätzen kann, nämlich der Allgemeinmediziner. – Ob das Rettungsdienstpersonal das leisten kann, daran würde ich aufgrund der fehlenden klinischen Erfahrung ein dickes Fragezeichen setzen. Deswegen ist es sinnvoll, da Rahmenbedingungen zu schaffen, zum Beispiel auch die Telemedizin mitreinzunehmen, aber diese Norm erscheint mir doch sehr systemwidrig. Denn Sie machen sich schon viele Gedanken über Vernetzung, Sie machen sich sehr viele Gedanken über das Thema Not-San-Erkunder, und dann passt aber eine Regelung, die quasi eine Abweisung ermöglicht, aus meiner Sicht da schon systemisch nicht rein. Deswegen würde ich Ihnen raten, von dieser Regelung eher Abstand zu nehmen.

Die Experimentierklausel: Es spricht erst mal überhaupt nichts dagegen. Das kennen wir aus dem SGB V aus anderen Bereichen. Da fehlen mir nur ein wenig die Sicherungsmechanismen. Das ist ein Beschluss, den die Senatsverwaltung trifft. Sie haben in § 23 auch eine Regelung, dass die Senatsverwaltung das in die Verwaltung delegieren könnte, wenn sie wollte; aber das verhindert nicht, dass quasi der Rettungsdienst schlechter wird, in Anführungszeichen. Auch hier bitte wieder nicht falsch verstehen: Mir geht es darum, dass ein System be-

stehen muss, das unabhängig von Personen mit Sicherheitsmechanismen ausgestattet ist, und die sehe ich hier jetzt eher nicht. Da müsste man nachschärfen. Da müsste man dafür sorgen, dass sichergestellt ist, dass es zu keinen Verschlechterungen kommt. – Erlauben Sie mir den Hinweis: Im Rahmen einer Experimentierklausel von Bußgeldvorschriften abweichen zu können, ist ein wenig wild und wird auch nicht mit Artikel 103 Absatz 2 Grundgesetz in Einklang zu bringen sein, jedenfalls dann, wenn Sie die Bußgelder erhöhen würden.

Krankentransport: Es gibt Bundesländer wie Berlin und Baden-Württemberg, die das in der privatwirtschaftlichen Organisation lassen. Das ist eine Entscheidung, die natürlich im Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers liegt. Ich möchte Ihnen nun auch hier sagen: Was wir bei diesem Thema mit der subsidiären oder sekundären Zuständigkeit in Baden-Württemberg sehen – und das wird auch hier vermutlich einen ähnlichen Effekt haben –, ist, dass es dann eben zu Notfallupgrades kommt. Dann wird der Patient, der drei, vier Stunden warten muss, irgendwann zum Notfall. Auch da will ich Ihnen einfach nur zu einer gesunden Portion Realismus raten. Das kann man alles ins Gesetz schreiben, aber das Problem lösen Sie dadurch nicht. Das fällt Ihnen irgendwann wieder auf die Füße, indem bei einer entsprechenden Wartezeit zum Beispiel der einweisende Arzt zu dem Ergebnis kommt: Dann ist es doch ein Notfall. – Von daher würde ich Ihnen raten, doch mehr zu überlegen, ob man nicht zumindest eine Grundvorhaltung im Krankentransport regelt, um einfach zu verhindern, dass die Wartezeiten zu hoch werden, sodass es genügend Krankentransportfahrzeuge gibt, damit die Upgrades nicht die Rettungsmittel belasten.

Zu guter Letzt: Ich finde diese präventiven Elemente einen sehr klugen und richtigen Ansatz. Auch wenn wir ins europäische Ausland schauen, sind die absolut sinnvoll. Aber auch da: Machen Sie es richtig! Nehmen Sie die in die Bedarfsplanung auf, sorgen Sie dafür, dass sie nicht nur nachrangig zur Verfügung stehen, sondern ich will doch den NotSan-Erkunder dort draußen haben, wenn bei mir schon viel los ist, weil er mir ja mein System abpuffert. Den quasi nur nachrangig zum Einsatz zu bringen, wenn alles andere schon rollt zu sagen: Dann lieber rollen lassen und den NotSan-Erkunder nicht fahren lassen –, das wird der Sache nicht gerecht. Auch hier wieder bei dem ganzen Thema psychosoziale Versorgung, beim Thema NotSan-Erkunder: richtiger Ansatz, aber ich würde ihn konsequent weiterspielen, indem ich dafür Sorge, dass da auch wirklich eine gleichwertige Besetzung sichergestellt ist, sodass ich die immer in den Einsatz bringen kann. Zu guter Letzt, und das ist dann auch mein letzter Satz dazu: Schauen Sie, dass die NotSan-Erkunder, die Sie da rausschicken, ordentlich qualifiziert sind. Die brauchen allgemeinmedizinisches Back-up, die brauchen mehr Qualifikation, um die Rückenschmerzen vom Herzinfarkt abgrenzen zu können, ein bisschen vereinfacht gesagt. Deswegen: Denken Sie darüber nach, ob es nicht sinnvoll sein könnte, vielleicht auch hier noch mal spezielle Qualifikationsanforderungen an die NotSan-Erkunder mit in den Gesetzentwurf einzuarbeiten. – Ich freue mich auf die Fragerunde! Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Prof. Pitz! – Dann haben wir jetzt unsere Anzuhörenden in der ersten Stellungnahmerunde gehört, und wir kommen zur Aussprache. Ich habe bereits Wortmeldungen von allen fünf Fraktionen, und es beginnt Herr Abgeordneter Franco. – Bitte, Herr Abgeordneter Franco, Sie haben das Wort!

Vasili Franco (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank auch an die Sachverständigen für die sehr interessanten Einblicke und Empfehlungen! Wir wissen alle, zumindest die wie hier im Innenausschuss sitzen, die Notfallversorgung der Berliner Bevölkerung ist unter Druck, und das nicht erst seit gestern, sondern seit Jahren. Spätestens seit 2022, dem Jahr des Dauerausnahmestands, haben wir uns hier ja auch sehr oft damit beschäftigt. Auch wenn es den Ausnahmezustand jetzt nicht mehr gibt, sondern er Auslastungsstufe heißt, gibt es jede Menge zu tun, und wir dürfen bei allem, was wir hier gesetzlich beschließen, nicht vergessen, dass auch der Rechnungshof, der ja sonst immer zum Sparen mahnt, uns 2022 offenbart hat, dass es 1 000 fehlende Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Berlin gibt. Das sind die grundlegenden Probleme, die wir bei allen gesetzlichen Bemühungen nicht ver-

gessen dürfen. Trotzdem ist es gut, dass wir jetzt eine umfassende RDG-Reform hier vorgelegt bekommen und beraten können, und zu dieser habe ich noch ein paar Anmerkungen beziehungsweise Fragen.

Ich bin ja ein großer Freund davon zu sagen, wir stärken die Patientinnensteuerung; wir schauen, wo der Patient die Hilfe kriegt, die er braucht, und wo er hin kommt. Das haben Sie auch angesprochen. Ich würde trotzdem noch mal auf die Verweisungsregelung eingehen. Ich finde, Herr Pitz, Sie haben es treffend gesagt: Das ist eher als Abweisung statt Verweisung ausgestaltet. – Mir ist an der Stelle auch noch etwas aufgefallen: Am Ende gibt man ja der Ärztlichen Leitung abstrakt Vorgaben mit, sie müssen irgendwelche Vorgaben machen, aber eigentlich müssen sie den Menschen dann sagen: Wir lassen Sie hier zu Hause. Suchen Sie einen Hausarzt. – Das ist dann ein gut gemeinter Tipp, aber eigentlich darf ich gar nicht den Patienten zur richtigen Stelle bringen, das schließt der Gesetzentwurf ja aus. Das widerspricht sich in der Hinsicht etwas, dass man, wenn es um Patientensteuerung geht, eigentlich dafür Sorge tragen müsste, dass der Patient an der richtigen Stelle ankommt. Ich würde Sie fragen – ich glaube, Herr Barth hat es auch angesprochen –: Wer trägt denn die rechtliche Verantwortung, wenn am Ende festgestellt wird: Der durfte gar nicht abgewiesen werden? – Ist es dann der Notfallsanitäter, der Rettungssanitäter vor Ort? Ist es der Ärztliche Leiter, weil er die Vorgaben gemacht hat? Ist es der Landesbranddirektor, weil er laut § 5a die Gesamtverantwortung trägt? – Insgesamt stellt sich da eine große Rechtsunsicherheitsfrage, die am Ende dazu führen kann, dass die Leute, die eigentlich dafür sorgen sollten, dass der Patient an die richtige Stelle kommt, am besten trotzdem beim alten System bleiben, nämlich die Person in die Rettungsstelle zu fahren. Dann wäre die Regelung absurd. Das würde mich interessieren.

Mich würde zum Umgang mit den Krankentransporten interessieren: Wir reden hier über den Rettungsdienst, und der Rettungsdienst muss entlastet werden, gar keine Frage. Wir dürfen aber auch nicht vergessen, dass der Krankentransport in Berlin jährlich ebenfalls 1 Million Patientinnen und Patienten transportiert in über 80 bis 90 Firmen, die da unterwegs sind. Herr Hochgrebe hatte, glaube ich, gesagt, wir wollen die Feuerwehr vom Krankentransport entbinden. Die Frage geht sowohl an den Senat als auch an die Sachverständigen: Aber der Krankentransport muss ja trotzdem irgendwie geregelt werden. Ich habe den Eindruck, das ist ein sehr stark unregelter Bereich mit sehr vielen Anbietern, die vor allem oder alleinig unter wirtschaftlichen Aspekten betrieben werden. Das kann doch nicht im Sinne einer guten Gesundheitsversorgung sein. Wie interpretieren Sie, dass im Gesetz trotzdem noch eine Sicherstellungspflicht für den Krankentransport steht? Wer ist für diese verantwortlich? Das geht für mich zumindest aus dieser Reform nicht wirklich hervor. Zumindest wenn man nach dem Rettungsdienstgesetz geht, wäre es ja trotzdem die Innenverwaltung, die dafür zuständig ist.

Zu den innovativen Versorgungskonzepten: Ich bin ein sehr großer Freund davon, auch mal auszuprobieren, wie wir effizienter, besser, mit moderneren medizinischen Ansätzen vorankommen können. Mich würde von den Sachverständigen insbesondere interessieren: Herr Pitz, Sie hatten ein bisschen die Kritik am Wirtschaftlichkeitskriterium bei der Bedarfsplanung angesetzt – hier ist es doch noch schlimmer, wenn man sagt, wir wollen Versorgungskonzepte etablieren, die sich allein an Wirtschaftlichkeitskriterien orientieren können. Heißt das, am Ende öffnet diese Klausel gegebenenfalls einen Weg zu sagen: Wie können wir möglicherweise Notfälle auch in eine schlechtere Versorgung bringen, einfach weil wir dann als Feuerwehr insgesamt wirtschaftlicher handeln? Weil wir finanziell unter Druck stehen, ist das jetzt plötzlich innovativ. – Eine schlechtere Gesundheitsversorgung wäre für mich zumindest

nicht innovativ. Ich lese das so, wie die Klausel jetzt formuliert ist, aber als theoretische Möglichkeit heraus.

Die NotSan-Erkunder halte ich für ein gutes Konzept. Ich kann auch Herrn Buschs Kritik verstehen, dass man sagt: Ja, wir müssen trotzdem aufpassen, dass die Rettungswagen besetzt sind und wir nicht jeden Notfallsanitäter jetzt als NotSan-Erkunder einsetzen können. – Gleichzeitig hatten wir ja gerade zu Beginn der Pandemie, als es auch eine massive Auslastung des Rettungsdienstes gab, genau diese NotSan-Erkunder schon mal in der Berliner Feuerwehr eingesetzt, und da waren sie ja auch so gedacht, weil die Rettungswagen nicht mehr alles befahren konnten, dass man handlungsfähiger wird. Jetzt in der Norm ist aber vorgesehen, dass die NotSan-Erkunder nur nachrangig eingesetzt werden können. Das heißt, in einer Situation, in der die Berliner Feuerwehr sowieso Personalmangel hat, kann das eventuell im Zweifel dazu führen, dass wir die Norm haben, aber die NotSan-Erkunder gar nicht einsetzen können. Das wäre ja sicherlich nicht das, was die Regelung bezwecken soll. Da würde mich interessieren, wie die Berliner Feuerwehr selbst plant, diese NotSan-Erkunder dann tatsächlich auf den Weg zu bringen.

Genauso würde mich seitens des Senats interessieren, wie er plant, die sehr gute Regelung und das Vorhaben eines vorbeugenden Rettungsdienstes, also des präventiven Ansatzes, zu stärken. Ich erinnere mich, wir saßen hier im Innenausschuss, da wurde uns vorgestellt, es soll jetzt zumindest mal ein Modellvorhaben mit einem Fahrzeug geben. Ich habe die Gelder im Haushalt nicht gefunden. Im Zweifel schaffen wir jetzt eine Regelung, die nächstes Jahr in Kraft tritt, und dann haben wir kein Geld. Vielleicht können Sie zu dem Projekt sagen, ob das nächste Jahr Realität wird oder wir dann lediglich die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen haben.

Gleiches bei der KT-Leitstelle: Da gingen die Meinungen auseinander; also nicht die Meinungen, ob das sinnvoll ist, da sind wir uns alle einig. So wie ich Sie jetzt verstanden habe, sollte man die Krankentransportunternehmen eigentlich durch die Bank weg verpflichten, gerade wenn es 80, 90 Stück sind, zusammenzuarbeiten. So wie ich den Senat verstanden habe, sollen die das alles unter sich klären, weil sie es jetzt machen können. Da würde mich noch mal interessieren, insbesondere in Richtung Senatsinnenverwaltung: Gibt es denn konkrete Planungen für so eine integrierte Leitstelle für die Krankentransportunternehmen, und wenn nicht für alle 80, von mir aus auch für 40, um die zusammenzubekommen? Können Sie uns da einen Stand der tatsächlichen Planungen sagen? Das würde mich sehr interessieren. – Ich würde es an dieser Stelle erst einmal dabei belassen. In der zweiten Runde kommen sicherlich noch ein paar mehr Fragen. Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Franco! – Bitte, Herr Abgeordneter Herrmann, Sie haben das Wort!

Alexander Herrmann (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank auch für die CDU-Fraktion an die vier Anzuhörenden, und natürlich auch vielen Dank an die Kräfte im Rettungsdienst bei der Berliner Feuerwehr und den Hilfsorganisationen für Ihren Einsatz! – Wir haben aus den bekannten Gründen als Koalition 2023 vereinbart, die Situation im Rettungsdienst nachhaltig zu verbessern, und wenn ich die Experten hier richtig verstehe, ist uns das auch gelungen. Es ist ein Meilenstein, wurde gesagt; es muss nicht der letzte Schritt sein, aber es ist ein ganz wichtiger Schritt.

Vielleicht lassen Sie mich an dieser Stelle, bevor ich zu meinen Fragen komme, noch zwei, drei Worte zu dem Prozess verlieren. Es ist ein ganz wichtiges Thema, und natürlich kann man es so formulieren wie der Staatssekretär, dass es die Lebensversicherung ist; nicht im rechtlichen Sinne, aber ich glaube, sprachlich kann man das so formulieren, weil es in der Tat den Menschen unserer Stadt hilft und sie sich auf die Berliner Feuerwehr, auf den Rettungsdienst verlassen können. Deswegen haben wir als Koalition gesagt – und de facto ist das heute die dritte Anhörung –, wir führen Fachgespräche mit allen Akteuren, die es im Rettungsdienst gibt, die einen größeren oder kleineren Anteil haben, bis hin zur Krankenhausgesellschaft, bis hin zu Notfallmedizinern aus den Rettungsstellen und so weiter, Krankentransportunternehmen waren dabei, um mit den vielfältigen Bereichen, die der Rettungsdienst in Berlin umfasst oder die hier mit reinspielen – und das Rettungsdienstgesetz in der vorliegenden Fassung belegt das ja –, ins Gespräch zu kommen, wechselseitig vielleicht auch Verständnis für Positionen zu bekommen, weil jeder erst mal auf seins schaut und dann sagt der Feuerwehrmann: Das muss genau so sein –, und dann sagt der Krankentransportunternehmer Sachen, die auch heute angesprochen wurden. Dann muss man schauen – und das war dann natürlich die Aufgabe der Verwaltung –, das irgendwo unter einen Hut zu bringen. Auch dafür vielen Dank! Deswegen hat es vielleicht auch etwas länger gedauert, als wir uns das am Anfang vorgestellt und gewünscht hatten. Ich glaube, hier geht immer Gründlichkeit vor Schnelligkeit, und das Ergebnis – so habe ich die Anzuhörenden verstanden – kann sich sehen lassen.

Jetzt würde ich trotzdem gern noch ein paar Fragen loswerden. Herr Barth, Sie hatten richtigerweise gesagt, das Gesetz – und das ist auch bei weiteren Anzuhörenden angeklungen – schafft natürlich Grundlagen, aber wichtig ist, dass die dann mit Leben gefüllt werden, dass die Strukturen geschaffen werden. Was würden Sie uns noch ins Stammbuch schreiben? Was braucht es aus Ihrer Sicht ganz konkret? Sie haben das so ein bisschen abstrakt formuliert: Die Netzwerkarbeit muss verbessert werden. – Ich verstehe schon, was dahinter stecken könnte, aber vielleicht können Sie dazu noch ein paar Ausführungen machen.

Kollege Franco hatte dann noch mal auf den Landesrechnungshof abgestellt. Natürlich nimmt der ja den Gesetzesstand bei seiner Bewertung, der damals aktuell war, und ich glaube, deswegen kann man diese Argumentation heute nicht so bringen. Auch das würde mich noch mal – gern an alle Anzuhörenden, aber auch Herr Barth hatte dazu etwas gesagt – interessieren. Auch die Frage: Welche Treiber für das Anwachsen von Einsätzen sehen Sie, und welche Lösungsvorschläge haben Sie insoweit über das hinaus, was wir hier zu Papier gebracht haben, was wir heute miteinander beraten, um diesem Anwachsen entgegenzutreten?

Wir haben dann sowohl von Herrn Busch als auch von Herrn Prof. Pitz Anmerkungen zu der Frage gehört – einmal durchaus befürwortend, so habe ich Herrn Busch verstanden –, was das Thema Abweisung, aber auch die Sanktion von Missbrauch betrifft. Ein guter Hinweis, noch mal dort zu schauen, ich glaube, da müssen wir sehr genau hinschauen, wie wir das ausgestalten, weil wir natürlich nicht abschrecken wollen, da sind wir ganz bei Ihnen. Es ist ein bisschen schade, dass heute nur die echten Fälle diskutiert werden. Wir haben ja ganz viele klassische Missbrauchsfälle, die auch medial bekannt sind; ich will jetzt nicht wieder den eingewachsenen Fußnagel bemühen, aber solche Fälle haben wir, und die schweben uns natürlich dort vor. Wenn jemand Sorge hat, wenn jemand um seine Gesundheit besorgt ist, dann muss er natürlich die Notfallrettung anrufen können und wird dann natürlich auch behandelt. Das Gleiche bei § 2 Absatz 2b, den wir neu eingefügt haben, die Verweisungsregelung: Das ist ja eine Kannregelung, und natürlich wird, wenn es auch nur den leisesten Zweifel gibt, dass dort

ein Notfall vorliegt, keine Einsatzkraft sagen: Ich nehme ihn nicht mit. – Wir haben, ich glaube, auch Kollege Franco, wenn wir als Hospitation im Rettungsdienst mitgefahren sind, alle Fälle erlebt, wo dann Personen mit gepackter Tasche vor der Tür standen und gesagt haben: Ich möchte jetzt mal zum Röntgen, ich kriege keinen Facharzttermin. – Das ist doch die Realität, und dass man in so einer Situation dann als Einsatzkraft auch sagen kann: Nein, das ist nicht unsere Aufgabe –, ist, bei allem Verständnis, dass es Defizite gibt, richtig, und dafür ist es gemeint. Insofern glaube ich nicht, dass man hier nachjustieren muss.

Das Letzte in Richtung der Anzuhörenden – Prof. Pitz hatte als Letzter noch mal darauf abgestellt –: die Regelung Krankentransportleitstelle. Da würde mich interessieren, welche Ausgestaltung Sie favorisieren. Kollege Barth hatte es ja so ein bisschen anklingen lassen, hatte auf die Abschleppunternehmen verwiesen, die ja auch vertraglich gebunden sind. Es ist natürlich nicht so, lieber Kollege Franco, dass es in Berlin nur 80, 90 einzelne Krankentransportunternehmen gibt, und jeder wurschtelt da so rum. Da gibt es schon ganz große Unternehmen, da gibt es ein paar kleinere Unternehmen, insgesamt gut 900 Fahrzeuge, die da tagtäglich auf der Straße unterwegs sind, wenn sie denn voll besetzt sind, und natürlich gibt es auch jetzt schon privatwirtschaftlich organisierte Krankentransportleitstellen, weil natürlich Unternehmen sich gepoolt haben und ihre Aufträge gemeinsam abwickeln. Das scheint mir eine Lösung zu sein, ähnlich der Abschleppunternehmen hier über Verträge genau solche Leitstellen zu binden, um dann im Notfall beziehungsweise im Fall der Fälle auf diese Kapazitäten zurückgreifen zu können. Das ist vielleicht auch ein Modell, losgelöst vom Rettungsdienstgesetz, für den Bevölkerungsschutz, für den Katastrophenschutzfall, aber das ist ein ganz anderes Thema. Auch da würde mich aber – zurück zum Rettungsdienstgesetz – noch mal interessieren, welche Vorschläge die Anzuhörenden hätten, wie das zwingend bei der Berliner Feuerwehr ausgestaltet sein müsste oder auch andere Varianten, wie eben eine von mir skizziert. – Vielen Dank! Ich bin auf die Antworten gespannt!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Herrmann! – Bitte, Herr Abgeordneter Schrader, Sie haben das Wort!

Niklas Schrader (LINKE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank an die Anzuhörenden für Ihre Vorträge! Ich glaube, nachdem wir jetzt wirklich schon mehrere Jahre über den mittlerweile zum Dauerzustand gewordenen Ausnahmezustand im Rettungsdienst gesprochen haben, haben wir jetzt durchaus mal einen Vorschlag auf dem Tisch, wo wirklich ein paar Punkte dabei sind, die uns helfen können, aus dieser Situation rauszugehen. Das will ich durchaus anerkennen und positiv anmerken. Ich glaube aber schon, dass an verschiedenen Stellen – und das haben, glaube ich, die Vorträge jetzt auch ergeben – noch diverse Unklarheiten und offene Fragen gibt, bei denen wir noch nicht am Ende sind, sie zu klären.

Vieles ist jetzt schon genannt worden. Ich möchte aber trotzdem noch mal auf zwei, drei Punkt eingehen beziehungsweise etwas konkretisieren. Ich steige ein mit dem Instrument der Verweisung: Nun hatte Herr Pitz die eher etwas radikalere Lösung vorgeschlagen, das aus dem Gesetz zu streichen. Es klingt jetzt schon an; ich nehme mal an, dass diese Koalition sich entscheiden wird, das beizubehalten. Unter dieser Voraussetzung die Frage: Wie wäre es aus Ihrer Sicht am sinnvollsten zu organisieren, dass dann eine Nachkontrolle stattfindet? Herr Franco hatte die Frage der rechtlichen Verantwortung aufgeworfen, aber es geht ja auch ganz praktisch um die Frage: Wer kontrolliert? Wer fasst nach, ob die Patientin, der Patient tatsächlich eine Weiterversorgung bekommt? Ist das dann egal, wenn man erst mal die Verweisung

ausgesprochen hat? Oder muss man doch ein System schaffen, wo es einen Rücklauf gibt und wo man weiter kontrollieren kann, natürlich nicht nur, um rechtliche Folgen auszuschließen, sondern einfach um der Sache willen, weil man ja will, dass die Leute versorgt sind? Wie könnte man das sinnvollerweise organisieren, damit das verbindlich ist und damit dann aus der Verweisung eine echte Verweisung wird und keine Abweisung?

Eine offene Frage zum Thema integrierte Leitstelle: Es steht ja, wie der Staatssekretär das korrekt angemerkt hat, als Ziel im Gesetz. Mich interessiert, welche rechtlichen Hürden es für eine wirklich integrierte Leitstelle inklusive der Krankentransporte gibt. Ich meine, Herr Matz hat in der Plenarrede zur ersten Lesung gesagt, dass dafür eigentlich eine Reform auf Bundesebene in der Notfallrettung nötig sei. Insofern: Welche rechtlichen Hürden sind denn da noch offen, und wie können wir die beiseite räumen, um dieses Ziel zu erreichen? Es gibt zwar auch verschiedene Zwischenmodelle, aber wenn man das so organisieren will, dass es wirklich mehr Effizienz schafft, dann brauchen wir die komplette und die ganze integrierte Leitstelle, inklusive der Krankentransporte. Die interessante Frage, und ich würde den Senat bitten, dazu noch mal etwas zu sagen – damit greife ich etwas auf, was auch Herr Barth gesagt hat –, betrifft Verträge mit Dienstleistern wie bei der Polizei. Wie wird das in der Senatsverwaltung gesehen? Denkt man darüber nach? Ist das ein Modell, das man verfolgt? Wie sehen Sie das rechtlich? Das wäre ja auch eine Möglichkeit, etwas mehr Effizienz und Verbindlichkeit auf dem Weg zu einer integrierten Leitstelle zu schaffen.

Wir reden – und das ist zuständigkeitshalber auch richtig – hier ausschließlich über den Rettungsdienst und über das, was wir im Innenresort und über das Rettungsdienstgesetz regeln können. Ich würde aber trotzdem mal die Frage an die Anzuhörenden aufwerfen bezüglich der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und der Notfallversorgung im Gesundheitssystem und den Verbesserungen im Gesundheitssystem, die den Rettungsdienst entlasten könnten. Das ist ja ein Thema, das nicht verschwindet, nur weil es nicht die eine klare Zuständigkeit bei Innen gibt, sondern zwei Zuständigkeiten; aber an die sind Sie ja fachlich nicht gebunden. Deswegen würde ich Sie bitten, uns mitzugeben, was aus Ihrer Sicht beim Gesundheitssystem, in den Rettungsstellen, bei den Notfallpraxen, die ja ein bisschen ein Zwischenmodell zwischen Rettungsstelle und Hausarztpraxis sind – es gibt ja in diese Richtung einige gute Ansätze –, noch Dinge sind, die verbessert werden müssten, die wir auch im Gesundheitsressort noch mal anpacken müssten, um die Entlastung des Rettungsdienstes zu steigern. – Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Schrader! – Herr Abgeordneter Matz, Sie haben das Wort.

Martin Matz (SPD): Vielen Dank auch erst mal an die Anzuhörenden für die erste Runde und das, was Sie uns da schon mit auf den Weg gegeben haben! – Was mich dabei gefreut hat, deswegen will ich das noch mal ausdrücklich hier erwähnen, ist, dass Sie teilweise auch positiv eingeordnet haben, was wir in dieser Wahlperiode bisher gemacht haben, also vor der Vorlage dieses Gesetzes, dass wir durch die Einführung der Notfallkategorien oder auch die Verstetigung der Rettungsdienstabweichverordnung ja schon Schritte gemacht haben, die zu einer gewissen Entlastung geführt haben, obwohl man natürlich gleichzeitig sehen muss – wenn man auf die Einsatzzahlen schaut bis in den 2024er-Jahresbericht der Berliner Feuerwehr und auch die Zahlen, die sich für dieses Jahr abzeichnen –, dass das nicht wirklich zu einer Entlastung in dem Sinne geführt hat, sondern dass die Einsatzbelastung nach wie vor da

ist, sie ist nur besser sortiert als vorher, und das haben Sie ja eben auch als durchaus positiv hervorgehoben.

Jetzt komme ich noch zu ein paar Nachfragen. Herr Barth hat die Einheitsgebühr ein paarmal hervorgehoben. Damit haben wir uns natürlich auch beschäftigt. Einer der Gründe, warum es aus meiner Sicht schwierig ist, mit der Einheitsgebühr zu operieren, sind die unterschiedlichen Tarife, die wir haben, einerseits bei der Berliner Feuerwehr und andererseits zum einen bei den mit kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien arbeitenden Diensten wie Johannitern und Maltesern und zum anderen denen, die mit Haustarifverträgen arbeiten wie das DRK. Die haben alle eine Vergütungsstruktur, die am Ende so ist, dass sie mit der Einheitsgebühr eigentlich nur schwer arbeiten können. Haben Sie eine Lösung für das Problem, oder haben Sie sich damit schon einmal beschäftigt? Das war jedenfalls bei mir der Punkt, wo ich gesagt habe, vielleicht ist das doch nicht so einfach mit der Einheitsgebühr, sondern die Strukturen, die wir hier haben, sind doch zu unterschiedlich, um sie alle derselben Gebühr zu unterwerfen. Die Vorzüge kann ich im Übrigen nachvollziehen, aber da sehe ich das entscheidende Hindernis bei der Umsetzung.

Dann interessiert mich – das wäre vor allem an Herrn Busch eine Frage –, ob diese Verweisungsregelung, die wir hier schon ein paar Mal diskutiert haben, wirklich für den Notfallsanitäter in der Einsatzsituation tatsächlich mehr Sicherheit vermittelt, dass man sagen kann: Okay, jetzt kann ich hier tatsächlich die Patientin oder den Patienten auf eine andere Lösung verweisen? – Oder ist dann letztendlich doch das Verantwortungsgefühl an der Stelle, was ja häufig dazu führt, so habe ich es jedenfalls auch aus Hospitationen mitgenommen, dass der Notfallsanitäter dann im Zweifel sagt: Na ja, ich bin mir jetzt hier nicht ganz sicher, und wenn ich mir nicht sicher bin, dann nehme ich den Patienten doch ins Krankenhaus mit, damit ich nachher nicht dastehe als derjenige, der die Entscheidung zu verantworten hat, warum ich das nicht gemacht habe? – Vielleicht können Sie aus diesem Spannungsfeld noch etwas berichten und inwieweit uns da die Verweisungsregelung hilft.

Die Innenverwaltung würde ich gern noch mal hören zu der Frage, die Prof. Pitz aufgeworfen hat, nach dem Zusammenhang mit dem Triage-Urteil. Das hatte ich bis heute, ehrlich gesagt, noch gar nicht auf dem Schirm. Ich habe das Urteil und andere Konsequenzen, die wir im Gesundheitswesen in dem Zusammenhang haben und Aufträge an den Landesgesetzgeber wahrgenommen, aber nicht, dass wir hier einen Zusammenhang zu unseren Notfallkategorien im Rettungswesen haben. Deswegen hier die Frage, ob bei der Innenverwaltung an die eben vorgeschlagene Lösung, eine Ethikkommission zu bilden, schon mal gedacht worden ist oder ob man das aus irgendwelchen Gründen für nicht notwendig erklären kann.

Ebenfalls zu dem, was Prof. Pitz gesagt hat, eine Nachfrage an Sie selbst: Als Sie gesagt haben, Sie wünschen sich konkretere Regelungen bei Bedarfsplanung und Planungsmethodik, haben Sie auf Baden-Württemberg verwiesen. Da habe ich mal schnell nachgeschaut und habe § 6 des RDG in Baden-Württemberg gefunden, wo es im Absatz 4 eine Aufzählung von einzelnen Punkten gibt, 1 bis 15. Haben Sie die konkret gemeint oder irgendetwas anderes im Gesetz von Baden-Württemberg? Das würde mich interessieren, damit wir möglichst einen konkreten Hinweis darauf bekommen, wo man gegebenenfalls noch etwas nachbessern könnte oder wo quasi das von Ihnen gesehene Vorbild konkret in dem Baden-Württemberger Gesetz zu finden ist.

Zum Schluss: Natürlich gibt es hier eine Verknüpfung zu der Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene. Deswegen haben wir auch lange Zeit gehofft, dass wir das Gesetz zeitlich mit dem Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene synchronisieren können. Da ist uns dann zwischendurch der Wechsel der Bundesregierung und die Verzögerung durch die Bundestagswahl dazwischengekommen, sodass wir dann gesagt haben, jetzt müssen wir erst mal mit unserem Gesetz voranmachen. Nun haben wir seit dem 17. November wiederum einen Referentenentwurf auf Bundesebene vorliegen, wie die Notfallversorgungsreform dort aussehen könnte. Wenn einer oder mehrere von Ihnen schon etwas mitbringen, dass Sie sagen: Diesen Referentenentwurf habe ich mir schon angeschaut, und da würde ich Ihnen als Gesetzgeber auf der Landesebene für das Rettungsdienstgesetz Folgendes empfehlen, um diese Synchronisierung mitzunehmen –, dann wären wir sehr dankbar, weil wir natürlich jetzt durch den Referentenentwurf eine gewisse Vorstellung davon bekommen, wie der Bund das tatsächlich machen wird.

In dem Zusammenhang, weil Kollege Franco gesagt hat, dass es doch besser wäre, wenn wir hier im Gesetz vorgesehen hätten, dass man den Patienten auch woanders absetzen kann, zum Beispiel bei einer ambulanten Einrichtung, bei einer Arztpraxis: Das scheitert natürlich bisher an den finanziellen Rahmenbedingungen. Diese Thematik ist auch im Referentenentwurf des Bundes genannt.

Es gibt eben kein Geld dafür, wenn ich den beim niedergelassenen Arzt absetze; es gibt die Gebühr aber sehr wohl, wenn ich ihn beim Krankenhaus absetze. Das macht natürlich mit allen Trägern des Rettungsdienstes etwas. Wenn das jetzt durch die Bundesgesetzgebung anders aussieht, dann kann man es auch hier im Land anders praktizieren. Ob es da aber wiederum noch nötig ist, hier bei uns irgendetwas nachzubessern oder anders zu formulieren, da wäre ich für Hinweise sehr dankbar, aber auch für jeden anderen Hinweis in Bezug auf die anstehende Bundesreform.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Matz! – Herr Abgeordneter Vallendar, bitte, Sie haben das Wort! – Dann hören wir unsere Anzuhörenden.

Marc Vallendar (AfD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank an die Anzuhörenden für Ihre ausführlichen Ausführungen zum Rettungsdienstgesetz und den einzelnen Punkten, die eventuell noch kritisch sein könnten! Grundsätzlich unterstützt auch meine Fraktion das Reformvorhaben des Berliner Senats für das Rettungsdienstgesetz, aber wie die Anhörung hervorgebracht hat, gibt es doch noch ein paar Fragen, die vielleicht abgeklärt und möglicherweise noch angepasst werden sollten. Die eine Ebene ist das, was wir nicht gesetzgeberisch ändern können, sondern das ist die Frage, an den Berliner Senat gerichtet, mit welchen weiteren Maßnahmen der Senat diese Gesetzesänderung flankiert, etwa die Überlastung durch Personalmangel, Fehlfahrten, zu geringe Vorhaltekapazitäten und diese strukturellen Ursachen, die in dem Entwurf nur am Rand adressiert werden.

Es wurde der Bedarfsplan in § 5d angesprochen, der von Herrn Dr. Pitz kritisiert und wo die Regelung in Baden-Württemberg genannt wurde. Da wäre insofern meine Frage an den Berliner Senat, ob er sich daran orientieren möchte, also diese Regelung daran anpassen und ändern. Konkret noch meine Nachfragen in dem Bereich: Auf welcher Datenbasis wird denn der zukünftige Bedarfsplan in Berlin erstellt, und welche Prognosemodelle werden oder wurden in der Vergangenheit verwandt, zum Beispiel Einsatzfrequenzen oder Demografie? Wie soll gewährleistet werden, dass dieser Bedarfsplan nicht zu einem reinen Sparinstrument wird, sondern die tatsächliche Bedarfslage abbildet? § 5d formuliert:

„Zur Sicherstellung eines fachgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgungssystems ist ein Bedarfsplan ... zu erstellen.“

Welche Kriterien definiert der Senat für Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst? Wie wird eigentlich auf plötzliche Belastungssprünge innerhalb eines Vierjahreszyklus reagiert, zum Beispiel Grippewellen, Hitzeperioden oder Großlagen? Wie soll das durch die Regelung abgedeckt werden? Welche Rolle spielen eigentlich Transportzeiten, Übergabezeiten und Notrufannahmestatus innerhalb des Bedarfsplans? – Das wären meine konkreten Nachfragen an den Berliner Senat.

Eine weitere Frage zur Abgrenzung von Notfallrettung und Krankentransport: Wie soll die geplante Reduktion von Bagatelleinsätzen realistisch erreicht werden, wenn bereits heute ein Großteil solcher Einsätze auf die Dispositionsentscheidungen der Leitstelle zurückgeht? Die Frage zielt ein bisschen auf das ab, was Herr Kollege Schrader schon gesagt hat: Brauchen wir nicht eine gemeinsame Leitstelle, die auch den Krankentransport mit beinhaltet? Wie ist die Haltung des Senats dazu?

Ansonsten noch die Frage des Missbrauchstatbestandes: Wie soll verhindert werden, dass Personen vom Rettungsdienst absehen, weil sie Kosten befürchten, wenn sie Angst haben müssen, dass sie unter diesen Missbrauchstatbestand fallen könnten, falls sie wirklich keinen Notfall darstellen?

Dann noch das Element, das auch angesprochen wurde, das nicht Teil unseres Ausschusses ist, nämlich die Auswirkungen auf die Krankenhäuser und Notaufnahmen. Wie wird verhindert, dass Krankenhäuser durch die neuen Abgrenzungsregelungen noch stärker überlastet werden? Auch das wäre eine Frage an den Berliner Senat, inwiefern Sie mit der Senatsverwaltung für Gesundheit im Austausch stehen und welche Anpassungen dort noch vorgenommen werden, um die Krankenhäuser darauf vorzubereiten. – Vielen herzlichen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Vallendar! – Dann kommen wir zu unseren Anzuhörenden, wenn der Senat nicht vorher eine Stellungnahme abgeben möchte. – Das ist nicht der Fall. Ich schlage vor, dass wir diesmal in umgekehrter Reihenfolge vorgehen, wenn Sie einverstanden sind, und dann würde ich mit Herrn Prof. Pitz beginnen. – Bitte, Sie haben das Wort!

Dr. Andreas Pitz (TH Mannheim): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Herr Franco stellte die Frage: Wie können denn abstrakte Vorgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst im Kontext des § 2 Absatz 2b des Rettungsdienstgesetzentwurfs, konkret dieser Ver- oder Abweisungsregelung, aussehen? – Das stelle ich mir extrem schwierig vor, denn wir reden gerade nicht von dem standardisierten Notfall, wo ich standardisierte Vorgaben machen kann, sondern wir haben es schon häufiger mal mit einem diffusen Bild zu tun. Vielleicht an das anknüpfend, Herr Herrmann, was Sie sagten: Ich glaube, wir sind uns einig, dass der eingewachsene Fußnagel in dem Kontext nicht unser Problem ist, sondern unser Problem sind diese diffusen Bilder, Menschen, die seit drei, vier Tagen irgendwelche undefinierten Probleme haben. Ich stelle es mir tatsächlich fast nicht leistbar vor, da mit abstrakten Vorgaben reinzugehen. Ehrlicherweise glaube ich, das muss ich schon auf Leitstellenebene ausfiltern. Dafür gibt es ganz gute Tools, die sehr gut an das Produkt anschließen, das Sie hier in Berlin schon nutzen, gerade mit einer Neuentwicklung CPSS, Low-Code, was es da alles gibt. Die muss ich eigentlich vorher rausfiltern. Deswegen ist diese Norm entbehrlich, denn die Fälle, die Sie adressieren wollen, wenn ich Sie richtig verstehe, kriegen Sie eigentlich schon mit dem Reassessment vom Notruf raus. Sie kriegen raus: Das ist kein Notfall –, und dann müssen Sie jemanden in der Leitstelle haben, der sich ein bisschen Zeit nehmen kann, und dann schicken Sie da gar kein Auto erst hin.

Die rechtliche Verantwortung ist relativ klar zu beantworten, Herr Franco, nämlich trägt die rechtliche Verantwortung der, der als erste medizinische Fachkraft vor Ort den Patienten sieht, und darüber müssen wir uns auch im Klaren sein: Heilkundenausübung – alles schön und gut, aber in dem Bereich nicht, also nicht für Notfallsanitäter. Das gibt § 2a Notfallsanitätergesetz nicht her. Wir reden da mehr oder weniger wieder, ich habe es vorhin gesagt, von Allgemeinmedizin. Das ist auch insgesamt ein rechtlich dünnes Eis, und gerade aufgrund dieser Problematik, dass das mit der Generaldelegation vom Ärztlichen Leiter schwierig werden wird, ist es ein heißer Ritt, den man da macht, wenn man das so machen will.

Dann gab es die Frage nach den Regelungen zum Krankentransport: Sicherstellung – wer ist zuständig? – Die Erfahrung zeigt: Die Verträge müssen mit den Krankenkassen abgeschlos-

sen werden. Wenn ich aber nicht genug Krankentransportfahrzeuge habe, weil die Anbieter einfach nicht genug auf die Straße bringen, ist es sehr schwer, eine Sicherstellungsverpflichtung durchzusetzen, die natürlich nur so weit geht, wie auch die Betriebspflicht besteht. Da gehe ich im Zweifel als wirtschaftlich denkender Unternehmer her und mache es wie ein Flugunternehmen oder eine Airline: Ich überbuche. Ich mache immer weniger Bedarf auf den Markt, als ich eigentlich habe, denn dann sind meine Fahrzeuge ausgelastet, und ich werde ja pro Transport bezahlt. Von daher finde ich das mit der Sicherstellung eher problematisch. Das zieht in aller Regel nicht so, wie man sich das vorstellt.

Wirtschaftlichkeit bei der Experimentierklausel war die nächste Frage. Das ist genau das, was ich meinte. Ich brauche Sicherungsmechanismen, damit Wirtschaftlichkeit nicht in schlechtere Patientenversorgung abdriftet, und die müsste man aus meiner Sicht in so einer Experimentierklausel nachschärfen. Auch da muss ich sagen, wenn Sie die Modellprojekte, die Klauseln im Gesetz SGB V anschauen, taucht da ein Modellprojekt mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, nicht auf; von daher auch hier wieder, was ich vorhin sagte. Im Rettungsdienst haben Sie das Problem: Der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des SGB V gilt hier nicht so klar, denn Sie haben es, Sie haben es vorhin auch gesagt, regelmäßig mit Lebensgefahr, mit schweren gesundheitlichen Schäden zu tun, und da sagt das Bundesverfassungsgericht in seinem Nikolaus-Beschluss: § 12 SGB V ist zwar schön, aber in solchen Situationen muss er relativiert werden. Es gibt im SGB V einen weitergehenden Anspruch auf Versorgung, wenn ich mich in solch einer Situation befinde als normalerweise. Wenn ich dann in so eine Experimentierklausel Wirtschaftlichkeit reinbringe, muss ich mir auf jeden Fall erst mal gut überlegen, ob das wirklich ein Ziel sein kann, und zum anderen muss ich mir überlegen, wie meine Sicherungsmechanismen aussehen.

Herr Herrmann, Sie sprachen die Ausgestaltung der Krankentransportleitstelle an, wie man so etwas organisiert. Dazu will ich jetzt gar nicht so viel, aber das Wesentliche doch sagen: Ein Blick nach Großbritannien in den NHS lohnt sich da. Die haben ein sehr kluges System. Das ist quasi eine einheitliche Plattform für alle Krankentransporte, und diese Plattform – das ist eine Softwareplattform –, funktioniert unter Neutralitätsaspekten ziemlich gut, weil nämlich diese Software die Fahrzeuge selbst disponiert. Das heißt, das macht gar kein Mensch mehr, sondern das läuft alles weitgehend automatisiert ab. Wenn Sie sich die Frage stellen, wie man so etwas richtig gut organisiert, würde ich Ihnen zum Blick nach Großbritannien raten. Dort machen die das im Krankentransport sehr schlau. Ich weiß, der NHS hat viele Probleme und ist nicht immer als Beispiel tauglich, aber aufgrund des Drucks, den sie haben, machen sie auch manchmal Sachen ziemlich gut, und dazu gehört der Krankentransport.

Herr Schrader, Sie stellten auch die Frage: Wie kontrolliert man die Weiterversorgung? Wie organisiert man das? – Wenn Sie zum Beispiel einen Blick in die Niederlande werfen, dort macht man das, finde ich, wenn man sich ein bisschen in Europa umguckt, am klügsten: Die machen in der Leitstelle ein Reassessment, indem sie, wie ich es gerade schon angesprochen habe, schon mal alles, was kein Notfall ist, an einen anderen Telefonisten abgeben, der besonders qualifiziert ist. Der telefoniert dann. Der hat Zeit, und der leitet dann den Patienten dorthin, wo er eigentlich hingehört, und er sorgt aber auch dafür, dass eine verbindliche Weiterleitung passiert, indem er zum Beispiel nach einer halben Stunde oder einer Stunde, je nachdem, was er für erforderlich hält, wann da eine Weiterversorgung stattfinden muss, noch mal anruft und fragt: War der Hausarzt jetzt da? – oder: Ist der Pflegedienst dagewesen, oder sollen wir da noch mal anrufen? – Die Leitstelle hat dort also ein bisschen auch eine Funktion

des Kümmerers, und dafür gibt es in den Leitstellen speziell ausgebildete Kräfte. Unten drunter liegt in den Niederlanden seit Neuestem ein Akutversorgungsnetzwerk, das sicherstellen soll, dass ich tatsächlich diese ganzen Versorger in einem Netzwerk ansteuern kann. Wenn Sie die Frage stellen: Wie macht man so etwas klug? –, dann gucken Sie dahin. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses hat ein ähnliches Projekt jetzt hier in Deutschland bewilligt, von daher wird das jetzt auch in Deutschland im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts versucht werden. Das sind die Ansätze, die aus meiner Sicht am vielversprechendsten sind.

Damit auch schon zum nächsten Punkt, nämlich: Welche rechtlichen Hürden hat eine ILS inklusive Krankentransport? – Den Bund sehe ich da ehrlicherweise nicht, denn der Bund hat im Personenbeförderungsgesetz, Bundesrecht, gesagt: Krankentransport ist eure Sache, Länder –, und dann ist es auch Sache der Länder. Das heißt, ich kann das grundsätzlich, unter Beachtung des Artikels 12 und so weiter, so organisieren, wie ich das möchte. Da macht es schon Sinn, die ILS mit dem Krankentransport zu verknüpfen, denn, ich habe es vorhin gesagt, das sind keine getrennten Welten. Wenn irgendetwas in der Welt Krankentransport verrutscht, dann haben Sie das eins zu eins in der Notfallrettung. Von daher ist es gerade, wenn ich zum Beispiel lenken will, sehr klug, wenn ich auch auf den Krankentransport zumindest einen Zugriff habe. Von daher ist auch hier wieder die Organisationsfrage: Wie haben die das zum Beispiel in Großbritannien organisiert? – Da ist quasi die Krankentransportleitstelle an die normale Leitstelle angeflanscht, aber das ist eigentlich ein eigenständiger Bereich, die auf einer eigenständigen Softwareplattform arbeiten, aber die sind trotzdem dabei. Das ist organisatorisch unter einem Dach. Auch da gibt es also Beispiele, die man sich angucken kann.

Ich denke, zu Ihrer Frage nach der Schnittstelle Rettungsdienst zum allgemeinen Gesundheitssystem habe ich schon etwas gesagt. Das ist alles ein System, und da haben wir in Deutschland ein bisschen das Problem, dass wir sehr stark in Sektoren denken, und – da kann ich schon vorgreifen, Herr Matz, zu dem, was Sie gesagt haben – der Rettungsdienst ist derzeit ein bisschen außen vor. Da greift jetzt die Reform der Notfallversorgung, um diese Player besser vernetzen zu können und um diese Steuerbarkeit herzustellen, damit die Leitstelle, die mit der 112 die letzte Bastion ist, die Patienten nicht mit einem Rettungswagen beschicken muss, sondern dass die in diesen Systemen arbeiten können. Von daher ist der Grundgedanke, den Sie im Gesetzentwurf drin haben, die Notaufnahmen zu verpflichten, stärker mit dem Rettungsdienst zu kooperieren, richtig, aber man muss sich immer im Klaren darüber sein, dass das alles im SGB V spielt. Ich sage nur als Stichwort: Aktuell müssen Sie damit rechnen, dass die Leistungsgruppe Notfallmedizin in der Krankenhausreform gestrichen wird. Das tut dem Gesamtsystem dann auch wieder nicht gut, wenn die Notaufnahmen bei dem Ganzen hinten runterfallen.

Ich will Ihnen nur sagen: Schön, dass man im Rettungsdienstgesetz Berlin daran gedacht hat. Nur es hilft Ihnen nichts, denn Sie sind in dem Gesamtsystem mit dem SGB V eingebettet, und dann können Sie relativ häufig den Krankenhäusern sagen: Macht doch mal! –, aber wenn die das nicht bezahlt bekommen, dann werden die nicht machen. Herr Matz, da komme ich zu Ihrem Punkt; ich kann zu der Reform der Notfallversorgung ein bisschen was sagen, weil ich zu dem Vorgängergesetzentwurf, der allerdings dem sehr ähnlich ist, was wir jetzt sehen, als Sachverständiger im Bundestag war, von daher den Gesetzentwurf ganz gut kenne. Der spielt Ihnen in die Karten, zumindest in dem Bereich, wo es darum geht, dass sich zum Beispiel Ihre Leitstelle eins zu eins im Gesetz wiederfindet. Das, was Sie in Ihrer Leitstelle

machen, machen Sie derzeit quasi alles im luftleeren SGB-V-Raum. Das ist nirgendwo geregelt. Es gibt keinen Paragraphen, wo drinsteht, was eine Leitstelle ist oder was die macht, und man muss froh sein, wenn man Geld dafür kriegt. Jetzt kommt erstmals in diesem Referentenentwurf das Notfallmanagement rein, und das ist genau das, worüber ich gerade gesprochen habe: Das Patientensteuern würde jetzt als Anspruch im SGB V normiert werden und dann wiederum zu einer entsprechenden Refinanzierung führen.

Zum Thema standardisierte digitale Notrufabfrage: Das machen Sie schon, da haben Sie keine Baustelle mehr. Ich sage das in aller Deutlichkeit: Wenn wir die über 200 Leitstellen in Deutschland angucken, sind Sie einer der Leuchttürme. Das spielt Ihnen in die Hände, was da momentan auf dem Tisch liegt. Auch die Ersthelfer-Apps, was in Berlin schon sehr frühzeitig eingeführt wurde, spielt da sicherlich eine große Rolle. Das machen Sie alles schon. Von daher würde ich Ihnen sagen: Erst mal ist es eine positive Geschichte, die auf dem Tisch liegt. Ich sage aber gleich dazu – ich will an der Stelle gar nicht zu viel sagen, denn das würde wahrscheinlich locker für eine Vorlesung reichen; Sie wissen, als Prof bin ich immer auf anderthalb Stunden geeicht –: Die Herausforderung, die Sie haben, ist: Das Problem Refinanzierung ist etwas, mit dem Sie sich auseinandersetzen werden müssen, weil die Refinanzierung in dem System nicht mehr über Gebühren stattfinden wird, was insofern nachvollziehbar ist, als dass das Bundessozialgericht erst kürzlich, im August, entschieden hat: Ohne Vertrag keine Sachleistungen –, und Gebühren sind dann nur noch Kostenerstattungsansprüche. Das hat man in dem Entwurf aufgegriffen. Das führt aber dazu, dass man Verträge mit den Krankenkassen abschließen muss. Sowohl die Leitstelle muss das tun als auch der Rettungsdienstträger als auch wie bisher schon die Krankentransportanbieter. Das wird eine Herausforderung sein. Das ist sicherlich nicht alles schon zu Ende diskutiert, aber ich finde, man kann aus Berliner Sicht das ganze Thema eher entspannter begleiten als in anderen Bundesländern; sagen wir es mal vorsichtig.

Dann kommt auch schon die Frage nach Baden-Württemberg. Ich wollte nicht so verstanden werden, dass ich diese zwölf Minuten in 95 Prozent, die in § 6 des Rettungsdienstgesetzes Baden-Württemberg stehen, als Paradebeispiel in den Raum stellen will. Es ist aber immerhin eine Regelung, die bei Ihnen fehlt. Da hat man wenigstens mal gesagt: Das ist unsere Benchmark. – Ob die Benchmark vor dem Bundesverfassungsgericht hält, habe ich große Zweifel, weil man in dem gleichen Gesetz in Baden-Württemberg zum Beispiel auch gesagt hat, Ersthelfer-Apps sind nur Nice-to-have, also keine Verpflichtung. Aber das wäre genau der Bereich, wo ich jetzt zwischen den fünf und den zwölf Minuten irgendetwas Sinnvolles für den Patienten tun kann. Das heißt, Planungsparameter, so blöd das klingt, ist aber in den letzten Jahren und auch in Europa eigentlich immer eine Minutenanzahl, in der ein Rettungswagen eintrifft. Da machen sich Länder sehr viel Gedanken, und, ich sage es gleich dazu, Ihre Arbeitsebene macht sich auch sehr viele kluge Gedanken dazu – ich greife zurück auf das, was ich vorhin sagte –, die überlegen sich sehr genau: Ich will beim dringenden Notfall in 10 Minuten da sein und bei dem nicht so dringenden vielleicht in 20 Minuten. – Aber das ist etwas, wo ich glaube, da müssen Sie als Gesetzgeber die Entscheidung treffen, ob das die Hausnummern sind, die für Sie die richtigen sind. – Jetzt habe ich aber schon wieder viel zu viel geredet. Entschuldigen Sie die etwas langen Ausführungen, aber das ist der Nachteil, wenn Sie einem Prof zuerst das Wort geben. Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Prof. Pitz! Das haben wir trotzdem gern gemacht und natürlich diese Ausführungen gern zur Kenntnis genommen. Es ist auch

durchaus so vorgesehen, dass die Ausführungen bei der Antwortrunde etwas ausführlicher sein dürfen. Das ist den Fragen nur angemessen, die gestellt wurden. – Herr Ehricht, bitte, Sie haben das Wort!

Stefan Ehricht (ver.di, Betriebsgruppe Berliner Feuerwehr): Nichtsdestotrotz kann ich es wieder ein bisschen kürzer gestalten! – Ich fange mal von hinten an. Zur Einheitsgebühr gab es die Frage nach Umsetzung, Schwierigkeit der Tarifverträge, die da bestehen, und so weiter. Wenn die Einheitsgebühr auskömmlich ist, dann brauchen wir uns darüber nicht zu unterhalten. Dann wird sie sowohl für den schlechten Tarifvertrag als auch für den guten Tarifvertrag gut anwendbar sein, und nebenbei könnte es sein, dass man sich vielleicht doch irgendwann sogar noch ein neues Rettungsmittel leisten kann oder anstatt einer Mullbinde eine OLAES-Bandage, die deutlich teurer ist, aber viel effektiver in der Anwendung. Genau das ist bisher die Problematik, dass wir keinen wirklich gedeckten Rettungsdienst haben. Der muss immer irgendwie querfinanziert werden, und dann kommen etwaige Widrigkeiten dazu: Haben wir Ausnahmesituationen in diesem Jahr? Haben wir zum Beispiel die Vorhaltung von Fahrzeugen, die bei dem einen versichert werden müssen, bei dem anderen nicht? Auch da gibt es riesige Unterschiede. Deswegen wäre eine auskömmliche Gebühr, die für alle letztendlich das gleiche Geld bedeutet, sowohl zum Bezahlen als auch zum Bekommen, die einfache Lösung.

Solange wir noch darüber nachdenken: Unsere Rettungssanitäter – die Notfallsanitäter sind relativ gut eingestuft – werden mit einer E 4 vergütet, was, um das für Sie mal greifbar zu machen, bedeutet, dass sie bezahlt werden wie jemand, der hier in Berlin mit einem kleinen Lkw Obst und Gemüse ausfährt. Fährt er dann einen größeren Lkw mit einer Zuladekapazität von 5,5 Tonnen, bekommt er schon eine Lohnstufe mehr. Das gilt aber nicht für den Rettungsdienst. Erfüllt er einen weitaus höheren Bedarf, fährt er zum Beispiel mit zwei Rettungssanitätern auf einem Rettungswagen und trifft nun alleine Entscheidungen oder trifft sogar die Entscheidung einer Ablehnung oder Verweisung, dann wird das nicht etwa besser bezahlt, sondern bleibt bei dieser E 4. Da fängt es auch schon an schwierig zu werden.

Zur Abweisung beziehungsweise Verweisung: Was will der gemeine Feuerwehrmann, der gemeine Retter? – Er will Sicherheit. Das heißt, habe ich eine Sicherheit, dass die Sache auch wirklich abgegeben worden ist, dann brauchen wir uns da keiner weiteren Debatte hinzugeben. Das bedeutet, ich muss irgendwo auf einen Knopf drücken können, und dann kommt praktisch das Nachgeordnete, das ich da nachalarmiere, sei es der Sozialpsychiatrische Dienst, der Berliner Krisendienst, die Akutpflege oder was auch immer. Das muss praktisch genauso automatisiert passieren, wie wir auch unsere Fahrzeuge nachalarmieren, so, wie wir auch die Polizei nachalarmieren oder sonst etwas. Genau das muss eingebunden werden.

Wie kann man sich eine funktionierende Krankentransportleitstelle vorstellen? –, war noch eine Frage. – Zum einen, indem man sie funktionabel macht, indem man sie zum Beispiel in das System Rettungsdienst und in das System Leitstelle mit einbindet. Das wird aber für das Land Berlin letztendlich wieder Kosten bedeuten, die aber anscheinend notwendig sind. Es gibt noch eine andere Variante, die ich für sinnvoll erachte, und das hatte ich vorhin schon ausgeführt: Meine Pizza und mein Paket kann ich verfolgen, ich kann sogar mein Taxi verfolgen. Da liegt der Casus knacksus. Es bräuchte eine Schnittstelle, die sowohl für die Aufgabenträger zur Verfügung gestellt wird, als auch auf der anderen Seite benutzbar ist, das heißt, der Patient kann auf einen Knopf drücken und sagen, ich brauche einen Transport, sein Arzt kann auf dem Knopf bestätigen, ja, der braucht wirklich einen Transport, oder das Kranken-

haus könnte diesen Knopf bedienen, wenn er denn dort eingeliefert wird, und es würde herausgestreut in die Welt: Es gibt da einen Transport, der übernommen werden kann –, ob der nun wie in England automatisiert vergeben wird oder ob das, wie bei einem anderen Unternehmen, dessen Namen ich hier nicht nennen will, durch den Transporteur selbst per Knopfdruck passiert, aber der Auftrag wird übernommen, und es ist nachvollziehbar, und das wäre so ein Knopf, den wir bräuchten.

Der Treiber, warum uns das im Rettungsdienst aus dem Ruder läuft, ist, weil wir keinen Knopf haben. Es ist nicht einfach. Ich kann nicht einfach zu meinem Hausarzt hingehen, und ich kriege ein Termin. Ich kann nicht einfach mal den Rückenschmerz überprüfen lassen. Ich kann nicht einfach mal bei jemandem nachfragen, ob der Schnitt im Finger wirklich gefährlich ist und ich da Tetanus bekomme oder nicht, sondern das ist schwer. Ich kann es also nur googeln, oder ich kann auf einen Termin warten. Das sind die zwei Optionen, die ich habe, und genau dazwischen haben wir nichts beziehungsweise nur die, die immer helfen, die mit dem Artikel „die“ – die Feuerwehr, die dann kommt. Genau da liegt das Problem. Das heißt, wir brauchen eine entsprechende Vorsorge. Wir brauchen diesen vorsorglichen Rettungsdienst, um die Handlungsfähigkeit der Bevölkerung wieder aufzubauen. Wir brauchen aber genauso einfache Systeme, die benutzt werden können: ein Transportmittel, das ich einfach bekomme, einen Termin, den ich einfach bekomme, eine Beratung, die ich einfach bekomme. Da sind wir wieder dabei, wenn das die Leitstelle der Berliner Feuerwehr leisten sollen sollte: Alleine so eine Abfrage beim Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst kann bis zu 20 Minuten dauern. Für diese haben wir in der Notsituation einfach keine Zeit und auch nicht das Personal, bei uns in der Leitstelle so ein 20-Minuten-Gespräch zu führen. Dementsprechend bräuchte es hier einen Aufwuchs, ganz einfach, um das nebenbei leisten zu können.

Um beim Aufwuchs zu bleiben: Nicht nur 1 000 Notfallsanitäterstellen hat der Rechnungshof bereits festgestellt, nein, sogar – ich meine, mich zu erinnern, 2019 sei es gewesen –, 19 weitere Rettungswagen. Würde diese Verbindlichkeit auch mal bei uns ankommen, würde das Land Berlin dieser Aufforderung des Rechnungshofs nachkommen, wäre hier auch schon wieder eine kleine Lücke geschlossen, denn so könnten wir nicht funktionierende Einsatzmittel austauschen, so könnten wir bei einem Überhang zusätzliche Rettungsmittel besetzen, oder so könnten wir, so, wie es in der Planung steht, zur Not mal die HiOs, die vielleicht kein Fahrzeug zur Verfügung stehen haben, aber dann in der Kombination mit dem Personal die Möglichkeit geben, sich an der Rettung im Notfallsystem zu beteiligen. – Das sind, denke ich, die großen Sachen.

Ethikkommission habe ich noch im Hinterkopf. So ein bisschen Ethikkommission haben wir bei der Berliner Feuerwehr betrieben. Wir haben eine Code-Review gemacht. Dort haben wir immer wieder die Codes evaluiert, und es war nicht nur der Ärztliche Leiter, der das alleine entscheiden musste – vielen Dank, Herr Spielmann! –, nein, es war eine Kommission, geprägt durch den Personalrat und Mitarbeitende auf dem Rettungswagen. Insofern gab es hier zwar nur eine interne kleine Ethikkommission, aber diese Evaluation der bisherigen Alarmierungen hat sehr wohl schon im kleinen Maße, im internen Maße stattgefunden. – So viel dazu. Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Ehrlich! – Dann kommen wir zu Herrn Busch. – Bitte, Sie haben das Wort!

Mario Busch (Gewerkschaft der Polizei, Bezirksgruppe Feuerwehr): Vielen Dank! – Dann fange ich mit den Antworten an den Abgeordneten Franco an. Die rechtliche Verantwortung und Unsicherheiten bezüglich der – – Sorry! Ich sortiere mich kurz. – [Vasili Franco (GRÜNE): Die Verweisung!] – Die Verweisung, genau. Das war die ursprüngliche Frage. – Ich habe hier gerade so viele Zettel.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Möchten Sie es erst in Ruhe sortieren, und Herr Barth springt ein?

Mario Busch (Gewerkschaft der Polizei, Bezirksgruppe Feuerwehr): In dem Fall würde ich gern erst mal an Herrn Barth verweisen.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Wollen wir das so machen? – Vielen Dank! – Herr Barth, bitte, dann haben Sie das Wort!

Manuel Barth (Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft): Vielen Dank! – Mir ist das Gefühl nicht ganz fremd. Daher ganz in Ruhe; alles gut. Ich glaube, da sind wir nicht unähnlich. – Aber auch ich möchte mit der Frage des Abgeordneten Franco beginnen. Patientensteuerung war das große Thema, von Prof. Pitz mehrfach angesprochen. Abweisung: Wann ist eine Abweisung eine Verweisung? Ja, wir haben im Gesetz die Verweisung stehen, aber warum betrachte auch ich sie eher als Abweisung? – Das ist einfach: Wenn ich dem Patienten auf der Straße sagen muss: Du bist nichts für uns, aber für jemand anderen, weiß ich jetzt auch nicht, guck mal, wo du hingehst –, dass ist das keine sinnvolle Verweisung. Wir brauchen die Erkenntnis, dass wir Netzwerke selbst bilden müssen – das war auch eine Frage von Herrn Abgeordneten Herrmann –, die es nicht gibt, oder anders gesagt, die Erkenntnis, dass es Netzwerke braucht, psychosoziale Arbeitsplätze, psychosozialen Notdienst, Akutkrankenpflege, aber auch einen verlässlichen Krankentransport. Da können wir natürlich immer nach außen schauen. Wir können etwas aggressiver dabei sein, Verträge mit jenen zu schließen, die es schon gibt. Tatsache ist aber natürlich, dass es auch da Personalprobleme gibt, dass es da auch ein Fachkräftemangel gibt. Und anstatt dauerhaft zuzuschauen, wie wir im Grunde genommen nicht Verträge mit solchen Institutionen schließen können, kann gegebenenfalls doch überlegen – bauen wir selbst etwas auf?

Fakt ist, einen Patienten oder Hilfesuchenden, der in der Feuerwehrleitstelle anruft, werden wir nicht mehr los. Das ist nicht despektierlich gemeint, sondern das ist eine Erkenntnis, die es mittlerweile überall gibt. Letzten Endes ist die Leitstelle dann auch irgendwann als eine Art Gesundheitsleitstelle zu verstehen. Da brauchen wir nicht nur in die Niederlande zu schauen, sondern in Österreich sehen wir auch die Erkenntnis. Dem Anrufer, den wir haben, können wir sicherlich sagen: Du bist jetzt nichts für den Rettungsdienst. – Wir haben die Möglichkeit, in der Berliner Feuerwehr zur Kassenärztlichen Vereinigung durchzustellen, aber auch da haben wir nur bedingt Ressourcen, vor allen Dingen keine Ressourcen, die wir direkt selbst steuern können, sondern letztendlich nur in einer gewissen Abhängigkeit. Wir haben das vor zwei Jahren gesehen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung auf einmal – und das auch aus nachvollziehbaren ökonomischen Grundsätzen – sagt: Wir können die Verweisung beziehungsweise Vermittlung von Krankentransport nicht mehr leisten, wenn wir das nicht bezahlt bekommen –, dann steht auch der Rettungsdienst da mit offenem Haar und weiß nicht mehr, wie er damit weitermachen soll, wie er damit umgehen soll.

Auch da lautet also die Erkenntnis, im Bereich der Low Codes selbst aktiv zu sein und dann gegebenenfalls auch im Bereich des Krankentransports begrenzt selbst handlungsfähig zu sein. Wenn wir zum Beispiel nach München schauen, können wir das sehen. Da ist der Krankentransport nicht in Gänze durch die Feuerwehr organisiert, aber so eine Art Subsidiarität wird dort abgefangen, wo man also sagt: Hey, wir kriegen den privat organisierten Krankentransport da nicht zeitnah zur Stelle. Wir haben ein Portfolio von 12 bis 18 Fahrzeugen, auf die wir direkt zugreifen können als Leitstelle der Münchner Feuerwehr. Allerdings sind diese Hilfsorganisationskrankentransporte eben genau von denen besetzt, Hilfsorganisationen, die das organisieren. Dann ist man mehr oder weniger so ein bisschen Herr auch über den Stall der Fahrzeuge.

Das gänzlich nur auf die Privatwirtschaft abzuwälzen, halte ich für schwierig, auch wenn das Ansinnen durchaus ein gutes ist zu sagen, ich werde die round about 90 Organisationen gesetzlich dazu verpflichten. Das sind aber auch privatwirtschaftliche Unternehmen, die den ökonomischen Grundsätzen unterworfen und sogar verpflichtet sind, wirtschaftlich zu handeln. Es kann ja nicht das Ziel sein, dass wir den Privatorganisierten dann Verpflichtungen auferlegen, die sie in die Insolvenz treiben. Genau das wird doch letztendlich dann der Fall sein: dass der eine oder andere sich dann vielleicht auch aus dem Markt verabschiedet. Das wird so nicht funktionieren. Wie gesagt, ich würde da bitten, ein wenig den Blick nach München zu wagen.

Der NotSan-Erkunder ist immer wieder Thema, und ich freue mich, dass er in Nachfragen permanent nach vorne gebracht wurde. Die Frage ist natürlich immer, welches Personal soll denn das stellen? Wir sind aber der Überzeugung, dass der NotSan-Erkunder eben in Tageslinien eingesetzt, im Besonderen in Tagesganglinien eingesetzt werden soll. Das bedeutet, ich brauche da nicht zwingend Mitarbeiter, die schichtdiensttauglich sind. Ich habe auf dem NotSan-Erkunder nicht den Anspruch, dass der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin den Patienten gegebenenfalls durch ein Treppenhaus jonglierend tragen muss, sondern ich kann da auch Kolleginnen und Kollegen einsetzen, die eingeschränkt sind; ich rede nicht von Glasauge und Holzbein, aber eben keine 80 Kilo mehr tragen kann. Davon haben wir reichlich in allen Organisationen. Warum schauen wir nicht, dass wir diese Personalressource dann hier sinnhaft unterzubringen versuchen, um eben den Rettungsdienst im Vorfeld zu entlasten?

Was braucht es konkreter? – Ich habe es schon gesagt, lieber Herr Abgeordneter Herrmann: die Bildung der Netzwerke und die Erkenntnis oder irgendwann mal das Einsehen: Okay, es ist niemand auf dem Markt, der uns da entgegenkommen will. Es ist niemand auf dem Markt, der sich uns da anbieten möchte. Dann müssen wir selbst was aufbauen. – In einer gewissen Ersatzvornahme hat die Berliner Feuerwehr das ja in einem Probetrieb getan mit dem Psychosozialen Arbeitsplatz, abgekürzt PSAPL, eben zu schauen: Was habe ich für Anrufer in der Notrufleitung, die ein rein mentales Problem haben? Kann man die gegebenenfalls am Telefon, ich sage es mal ganz flapsig, auch wieder runterquatschen, bevor sie in die Rettungsstelle kommen und die einzige therapeutische Maßnahme eine Tavor ist? – Das ist ja nicht das, was wir wollen. Also auch da wieder die Erkenntnis: Die Leute rufen uns nun mal an, und wir werden sie nicht wieder los. Und in letzter Instanz, wenn wir sagen: Wir kommen nicht, wir sind nichts für Sie –, dann rufen sie eine Stunde später wieder an, und ihre Situation ist entweder dramatischer oder sie schildern sie dramatisch. Das meine ich gar nicht als Vorwurf an die Patienten, sondern ich kann es aus deren Sicht nachvollziehen.

Wir haben natürlich auch noch Treiber, die die Einsatzzahlen nach oben bringen. Bei allen Untersuchungen, sei es Demografie und so weiter, lohnt es sich aber auch noch mal zu gucken, auch mit dem jetzigen Gesetz: Was ist denn generell noch möglich? Und da ist halt auch die Frage nach der Wirtschaftlichkeit, die für mich nicht immer bedeutet: Wie kann ich einen Rettungswageneinsatz billiger machen? –, sondern: Muss ich denn wirklich wegen leichten Kopfschmerzen schon den hochprofessionalisierten Neurochirurgen aufsuchen, der strunzenteuer ist? – Wir haben doch eine gute Qualität, auch im Medizinischen, schon in der Basis, ob es anfängt im Rettungsdienst mit dem Rettungssanitäter bis hin zum echten Facharzt. Deswegen braucht es eben diese sehr diversifizierten Netzwerke.

Noch mal zu den Treibern: Die Berliner Polizei ist zum Beispiel ein relativ großer Treiber für das Aufkommen, das Einsatzvolumen der Berliner Feuerwehr – das sind roundabout 80, 90 Einsätze am Tag –, aber natürlich auch saisonale Ereignisse, aber auch besondere Ereignisse wie zum Beispiel eine Europameisterschaft oder die jetzt heiß diskutierten Olympischen Spiele. Das sind natürlich auch Treiber, die aus der Sicht einer Gewerkschaft bei nicht vorhandenem Fachpersonal in allererster Linie Belastung für das daseiende Personal darstellen. Diese Treiber gilt es zu berücksichtigen. Wie gesagt, ganz im Besonderen – weil es auch die Jahreszeit ist, in die es passt – sind es eben auch saisonale Ereignisse wie Grippewellen, whatever, die man im Grunde genommen schon so ein bisschen vorplanen kann wie eine Tagesganglinie, man weiß, dass es kommt, und bereitet sich auch situativ eventuell darauf vor.

Herr Abgeordneter Schrader, Sie sprachen Verträge, Dienstleister, Vorbild Polizei, Gesundheitsressort an. Wie kann das gesamte Gesundheitsressort entlastet werden? – Interessant ist, ich meine das in Verbindung gebracht zu haben mit Baden-Württemberg: Reden wir wirklich von medizinischer Gefahrenabwehr? Ist der Patient ein Störer, oder ist der Patient im Grunde genommen Patient? Aber im Rahmen des Rettungsdienstes wird halt immer von medizinischer Gefahrenabwehr gesprochen. Ich glaube, wir müssen das Gesamtsystem wirklich neu verstehen. Wie würden wir es auf der grünen Wiese tun? –, in dem Wissen, dass eine Sanierung immer viel schwerer ist, als etwas Neues aufzubauen. Würden wir das wirklich noch mal so tun mit den neuen Erkenntnissen? Wenn wir den Rettungsdienst und Krankentransport und alle Zwischenstufen, die es gibt – – Und der RTW-B mit seiner Kategorisierung ist eine der großartigen Umsetzungen dieser Erkenntnisse, dass der Mensch gesund und krank mehrstufig

ist mit verschiedensten Ansprüchen. Dann müssen wir das mehr als Gesundheitsprojekt verstehen und den Rettungsdienst auch als Teil der regulären Gesundheitsversorgung.

Herr Abgeordneter Matz, Kategorisierungen und RTW-B habe ich mir jetzt für Ihre Fragestellung aufgeschrieben. – Ja, das hat den Rettungsdienst entlastet. Ja, das hat die Berliner Feuerwehr entlastet, weil es auf mehrere Schultern verteilt wurde. Die Einsätze sind also weder weniger geworden, noch ist das Personal im Moment erheblich gestiegen, aber wir haben es auf mehrere Schultern verteilt. Zur Ehrlichkeit gehört aber dazu, dass die Brandbekämpfung und die Technische Gefahrenabwehr darunter leiden, und das nicht unerheblich. Das ist eine Sache, die, denke ich, eine der nächsten großen Baustellen sein wird innerhalb der Berliner Feuerwehr, wie man eben den Bereich Brandbekämpfung, Technische Gefahrenabwehr anders aufbaut in dem Wissen, dass der Rettungsdienst zu Recht diese Ressourcen braucht, die er braucht. Der Personalaufwuchs wird natürlich dazukommen. Inwieweit das dann die Realität abbildet und abfängt, wage ich im Moment zu bezweifeln, weil wir auch sehen, dass aufgrund der Einsatzdichte und der Anforderungen Aus- und Fortbildungen für die Dienstkräfte, die im Geschäft tätig sind, ein wenig nach hinten gestellt wurden. Und ein Personalaufwuchs kann natürlich und sollte dafür sorgen, dass man wieder in regelhafte Fortbildungen zurückfällt, um da auch eine gewisse Handlungssicherheit für die Kolleginnen und Kollegen zu erreichen.

Zur Einheitsgebühr – das ist ein Thema, das mir sehr wichtig ist – möchte ich schon noch gerne ausführen. Es ist ja nicht so, dass wir sagen, wir machen eine pauschale Gebühr, 300 Euro, sondern es geht um die einheitliche Berechnung. Wir sehen ja eben schon einen Luxus, den die Berliner Feuerwehr da hat beziehungsweise die Verpflichtung, die dahinter steht, auch Standorte zu betreiben, die nicht besonders interessant sind im Sinne von: Ich fahre da viele Einsätze und erwirtschafte viel. – Bei den Hilfsorganisationen ist es aber durchaus ein sehr relevanter Faktor, den wir sehen, dass Hilfsorganisationen darauf angewiesen sind – und auch das Ehrenamt in dem Teile, dazu komme ich gleich noch mal –, dass sie eben wirtschaftlich auskömmlich arbeiten können. Jeder Fehlalarm oder jeder fehlende Einsatz bringt halt keine Einnahme. Das Personal aber, Fahrzeuge und alles, was damit zusammenhängt, muss dennoch finanziert werden. Wir haben ambulante Versorgung vor Ort, die durchaus Einnahmen generiert für die Berliner Feuerwehr, aber für die Hilfsorganisationen sich so nicht darstellt. Wir müssten uns dann nicht wundern, dass selbst Patienten, die vor Ort ambulant versorgt oder einfach auch nach einer anständigen Beratungsleistung tatsächlich verwiesen werden könnten, eine Nichteinnahme für die Hilfsorganisation bedeuten und das eventuell dann auch Treiber sein kann, dass man sagt: Bringt die Leute ins Krankenhaus, sonst werden wir insolvent gehen. – Insofern braucht es da eine einheitliche Berechnung, die eben auch die Leistungen berücksichtigt, die die Hilfsorganisationen bekommen, wie die Leitstellenleistung, wie Stellplatz, Strom, Wasser und so weiter.

Es gibt sehr unterschiedliche Tarife und Tarifverträge – das deuteten Sie ja auch an, Herr Abgeordneter Matz – in eben diesen Hilfsorganisationen. Aber da kann man sich auch mal die Frage stellen: Wie sind die denn? Entsprechen die dem, was wir in unseren Ausschreibungsstatuten haben oder in denen wir uns selbst verpflichtet haben, auch als Land Berlin zu sagen: Haben wir da vernünftige Tarifverträge? Ist das nach dem Vergaberecht eigentlich alles sauber, was wir hier machen? Werden denn die anständig oder eher prekär bezahlt? – Das ist eine Sache, die würden wir auch auflösen wollen mit dieser Berechnung, mit der einheitlichen Berechnung, nicht zuletzt, um auch Abwanderung nach Brandenburg aus den Hilfsorganisatio-

nen zumindest weniger attraktiv zu machen und sie in Berlin zu halten. Insofern: Die einheitliche Berechnung – „Einheitsgebühr“ ist immer flapsig dahergesagt – sehen wir immer noch als eine der Schlüsselstellen in dem Rettungsdienstgesetz beziehungsweise in dem, was wir halt nicht darin gesehen haben.

Wir sehen es ja auch – ein letztes Beispiel möchte ich da noch vorbringen – bei Sonderbedarfs-RTWs. Wir haben eine große Veranstaltung in Berlin, und die Hilfsorganisationen, sprich das Ehrenamt, stellt zum Beispiel zehn Rettungswagen für eine große Veranstaltung. Wir sehen aber, dahinter steckt ein solides Fließen von Geld. Dem gegenüber steht dann aber, dass die Hilfsorganisationen ihre Regelrettungswagen innerhalb des Regelrettungsdienstes abziehen und sagen: Okay, wir stellen euch zehn Sonderbedarfsrettungswagen, aber dafür haben wir an dem Tag für den Regelrettungsdienst zehn Hilfsorganisations-RTWs weniger, denn da wissen wir nicht, ob das Geld fließt, bei dem Sonderbedarf wissen wir es. – Insofern kann man das mit einer einheitlichen Berechnung unter Federführung desjenigen, der den Rettungsdienst stellt, also der Berliner Feuerwehr, einheitlich berechnen. Man kann unattraktivere Standorte für Hilfsorganisationen anders vergüten, indem man sagt: Hey, wenn ihr da Fahrzeuge hinstellt, gibt es halt pro Einsatz mehr –, damit es eine vernünftige Mischkalkulation ist. Deswegen ist und bleibt das für uns ein wichtiger Punkt. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Barth! – Dann Herr Busch, bitte, Sie haben das Wort!

Mario Busch (Gewerkschaft der Polizei, Bezirksgruppe Feuerwehr): Gut! Dann würde ich jetzt mit der Frage des Abgeordneten Franco beginnen: Krankentransportleitstelle, Krankentransport – wie stellen wir uns das vor? – Wichtig ist die Integration über die Leitstelle, die integrierte Leitstelle, die geplant ist, und zwar eine volle Integration. Wichtig ist dort, dass wir verlässliche Daten haben, eine Bedarfsanalyse – wie viel brauchen wir überhaupt? –, dass es Verbindlichkeiten gibt und dann auch Verträge. Schnittstellen sind extrem wichtig, auch zur KV oder eventuell zu Fachärzten. Hier ist die Planung noch nicht abgeschlossen, und es gibt noch kein funktionierendes System, auf das wir zurückgreifen können. Wichtig ist auf jeden Fall die mögliche Komponente, dass wir den Krankentransport mit integrieren, weil er uns bei der Berliner Feuerwehr im Rettungsdienst wirklich entlasten kann. Wir können dann durchaus verweisen.

Die Verweisung, haben wir ja festgestellt, ist ein rechtliches Problem, und da sind noch nicht alle Hürden genommen, das ist noch nicht abschließend geklärt. Das Problem ist tatsächlich für die Notfallsanitäter vor Ort – und da war ja die Frage des Abgeordneten Matz, wie es sich anfühlt, ob das Sicherheit bringt oder so: Nein, es bringt auf jeden Fall keine Sicherheit. Das fühlt sich erst mal gefährlich an. Man könnte es fast damit vergleichen, dass man den Kollegen vielleicht so eine Art Waffe mit in die Hand gibt, die mit Vorsicht zu bedienen ist. Die Kollegen und Kolleginnen von der Polizei sind in so einem Training ausgebildet, unterwiesen, und wir würden jetzt ein Werkzeug in die Hand nehmen, das, wenn man unterwiesen ist und ausgebildet und wo es klare Strukturen und Regeln gibt, wie zum Beispiel eine Standard Operation Procedure, eine SOP von uns, wo wir die Rückendeckung vom Gesetz haben und unser Ärztlicher Leiter dann auch feste Rahmenrichtlinien festgelegt hat – – sodass man dann sagt, wir haben ein Instrument an der Hand, wie auch in der Notfallrettung selbst, wo wir sicher und richtig verweisen können.

Ich glaube, dass es nicht der Ziel der Kollegen ist, jemanden abzuweisen, der Hilfe benötigt oder auch medizinische Hilfe benötigt, das ist sogar eins unserer Kernprobleme. Die Menschen, die uns anrufen, benötigen ja Hilfe. In den seltensten Fällen ist es wirklich Notrufmissbrauch, weil sie Langeweile haben oder mal zum Röntgen müssen. Das kommt tatsächlich vor, aber wir stellen immer wieder fest, dass es eben keine ausreichenden Alternativen gibt. Es gibt keine Ansprechpartner, es gibt keine Verlässlichkeit, wie zum Beispiel die Berliner Feuerwehr – uns ruft mal an, wir kommen. Es ist leider so, auch im Bereich der KV, dass es einfach zu lange dauert. Die Leute sind ewig in der Warteschleife, dann dauert es stundenlang, bis ein Arzt kommt, und dann ist die Behandlung, die eventuell erfolgt, meist nicht ausreichend. Dann kommt wieder die Berliner Feuerwehr auf die Bühne.

Die Systeme, die dahinter geschaltet sind, müssen also erst mal leistungsfähig gemacht werden. Es müsste auch sichere Möglichkeiten geben, wie ich schon eingangs in meiner Rede erwähnt hatte, es müssen Verbindlichkeiten geschaffen werden. Das heißt, ich als Notfallsanitäter fühle mich dann gut und sicher, wenn ich sagen kann: Ich stelle fest, dass dieser Patient, den ich jetzt hier habe, zwar Hilfe benötigt, aber es kein akutmedizinischer Notfall ist, der ist nicht vom Ableben bedroht, sondern der braucht Hilfe und kann sich nicht selbst helfen –, und wenn ich dann die Möglichkeit habe, auf einen Krankentransport zum Beispiel zu verweisen, weil ich aufgrund meiner Expertise festgestellt habe, dass dieser Patient vielleicht einem Facharzt zugeführt werden muss oder vielleicht auch einer KV-Praxis, damit dort ein Arzt sich kümmert, oder eventuell auch Schnittstellen vorhanden sind, wo verlässlich gesagt werden kann, ein KV-Arzt ist eventuell in zwei oder drei Stunden da, und es ist vertretbar, dass dieser Patient noch diese Zeit warten kann. Dann muss er nicht zwingend in die Rettungsstelle.

Das würde unser System entlasten, aber auch die Rettungsstellen. Da bedarf es natürlich einer engen Verzahnung. Das heißt, wünschenswert aus meiner Sicht wären dann auch vielleicht IT-Schnittstellen, wie es ja schon angesprochen wurde, sodass man nachgucken kann, wann zum Beispiel ein KTW ungefähr vor Ort ist. Da geht es ja nicht um Minuten, aber da geht es schon darum, dass ich sagen kann: Ich schaue mal, okay, der nächste Krankentransportwagen wäre vermutlich in einer Stunde bei Ihnen –, oder so was. Dann kann ich als Notfallsanitäter sagen, okay, so wie sich der Patient medizinisch jetzt darstellt, mit den Werten, vital, stabil, einwilligungsfähig und so weiter, kann ich diesen Weg gehen.

Unter diesen ganzen Voraussetzungen würde auch meiner Meinung nach dieses System Verweisung funktionieren. Abweisung oder Ablehnung ist in dem Sinne dann ein ganz schwieriger Punkt. Wenn ich aber wirklich feststelle, dass der Mensch, der vor mir steht, eigentlich kein Patient ist, wenn er kein medizinisches Hilfeersuchen hat und wenn es ihm gesundheitlich gut geht und er sozusagen die falsche Nummer gewählt hat oder nach dem Weg fragen will, dann muss es auch möglich sein zu sagen, hier liegt offensichtlich kein medizinischer Notfall vor oder kein medizinisches Hilfeersuchen, und dann sollte man so einen Einsatz auch vielleicht kurzfristig beenden können.

Aber diese ganzen Entscheidungen basieren natürlich trotzdem darauf, dass ich, wenn der Patient einwilligt, Werte erhebe und eben meinen Job mache und erst mal schaue, wie es ihm geht. Deswegen ist also auch an dem Punkt der Verweisung essenziell, dass ich meinen Job mache, die Vitalparameter analysiere, dann erst mal, wenn ich alle Daten habe, schaue, wie es ihm wirklich geht. Denn es kann ja sein, dass ein Patient anruft, weil er Bauchschmerzen hat,

und die hat er schon seit zwei Wochen – das ist auch ein Fall, der uns öfter ereilt –, und dann stellt man sich initial die Frage: Warum ist jetzt hier der Rettungsdienst? –, und dann stellt man bei der Untersuchung fest, dass er vielleicht ein ganz anderes medizinisches Problem hat, greifbar wäre vielleicht ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt, und dann wird er doch ein wichtiger Patient, der dann von uns ins Krankenhaus gefahren wird.

Das ist ja auch der Punkt, den Herrn Matz angesprochen hat: Was würde man eigentlich tun, wenn man feststellt, dass man sich unsicher ist oder so was? – Das ist ganz klar geregelt. Wenn ich nicht ausschließen kann, dass er eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Ähnliches hat oder doch notfallmedizinischer Patient ist, dann geht er für mich auch als Notfallsanitäter logischerweise in die Rettungsstelle, denn da sind die Experten und Fachkräfte mit Laboren und Geräten, die vernünftig untersuchen und dann feststellen können, was tatsächlich vorliegt und ob es der kritische Patient ist oder nicht.

Dann zum NotSan-Erkunder: Dieses Fahrzeug bietet ein großes Potenzial, wo es eingesetzt werden kann. Wenn es zum Beispiel mit einem Notfallsanitäter und einem Sozialarbeiter besetzt würde, könnte dieses Fahrzeug die High-Frequent-User und Super-Frequent-User eventuell abfahren. Es könnte eventuell auch bei anderen Krisen intervenieren, und das macht einen großen Teil unserer Einsätze in Berlin aus. Da ist jetzt natürlich die große Frage: Wenn das Fahrzeug irgendwie in den Regelrettungsbetrieb integriert wird, steht es dann bei Bedarf für diese Einsätze zur Verfügung? Gerade bei sozialen Notfällen, sozialen Krisen ist es halt vielleicht auch gut, wenn man dann schon den Patienten kennt und schon eine Bindung aufgebaut hat und auch die Vorgeschichte schon kennt, weil man das dann wesentlich besser beurteilen und den Patienten besser betreuen kann. Deswegen war von mir gefordert, egal, wie das – auf jeden Fall wichtige – Fahrzeug dann kommt, wären klare Regeln schön, klare Strukturen, dass man wirklich sagt: Für diesen Einsatzbereich ist das Fahrzeug geplant, und dort können wir es gut einsetzen. Und dann soll es natürlich für das, wofür es geplant ist, verfügbar sein und nicht eventuell zu anderen Lagen fahren müssen.

Was die Treiber für die hohen Einsatzzahlen sind, war auch eine Frage. – Das ist ganz klar die wachsende Bevölkerung, die wachsende Stadt, mehr Pendler, aber auch die niedrige Schwelle. Die Rufnummer der Feuerwehr ist natürlich kurz und prägnant. Die Bürger haben es ausprobiert, und es funktioniert. Wir sind verlässlich. Das ist auch ein Treiber; die wissen, wenn sie anrufen, kommt die Feuerwehr. Ebenso, das habe ich schon angesprochen, die fehlenden anderen Angebote: Auch die KV-Praxen sind ja nicht 24/7 geöffnet, und viele Patienten haben schlichtweg einfach auch die nicht mehr die Möglichkeit, ihre Wohnung zu verlassen. Und dann ist ganz oft auch nur die Berliner Feuerwehr der Part in der ganzen Kette, der eben auch wirklich erscheint und hilft.

Ein wichtiger Faktor ist natürlich auch, und das bekommt man im Einsatzdienst tatsächlich eins zu eins vom Bürger gespiegelt, dass das ein kostenloses Angebot ist. Das ist auch eine der Sachen, die ich in meiner Rede hatte, ein wichtiger Punkt: Man muss die Bevölkerung animieren, gute Entscheidungen zu treffen. Wenn ich kein notfallmedizinischer Patient bin, sondern es mir nur nicht gut geht und ich aber trotzdem laufen kann und trotzdem vielleicht ein eigenes Auto habe oder vor meiner Tür ein Taxi parkt oder so, dann würden sich die Menschen tatsächlich überlegen, ob sie vielleicht dann auch dieses Angebot wahrnehmen, sich selbst zum Arzt zu begeben, statt die Feuerwehr zu rufen. Das hat sich auch schon gezeigt: Wir hatten vor ein paar Jahren die Situation, wo es nur um 10 Euro ging, die abgerechnet

werden sollten, da sind die Einsatzzahlen massiv nach unten gegangen. Das soll nicht dazu führen, dass der Bürger sich angehalten fühlt, nicht die Feuerwehr zu rufen, wenn es ihm schlecht geht, aber es soll eine gewisse Hemmschwelle geben, sozusagen die Feuerwehr für Bagatelles zu missbrauchen. – Gut, dann haben wir die anwachsenden Einsatzzahlen besprochen.

Was würde das System entlasten? –, war noch eine Frage. Eine Entlastung des Systems würde natürlich die Stärkung der Hilfsorganisationen auf jeden Fall betreffen. Da wurde schon zum Beispiel die Einheitsgebühr genannt; das wäre ein faires und eigentlich gutes Instrument, um Sicherheiten zu schaffen. Prävention ist natürlich das A und O, und deswegen hatte ich auch eingangs erwähnt, dass es endlich soweit ist, dass wir Erste-Hilfe-Ausbildung und Brand-schutzerziehung in die Bildung in der Schule integrieren können. Da wäre es wünschenswert, dass das eine Regelmäßigkeit hat und es nicht nur ein- oder zweimal im schulischen Bil-dungsleben vorkommt, dass man so einen Unterricht genießt. Es gibt jetzt auch schon erste Projekte, aber da können wir wirklich ansetzen. Ich glaube, mit der Bildung steht und fällt dieses System. Das würde es auf jeden Fall deutlich entlasten. – Gut! Damit habe ich hoffent-lich auf alle Fragen geantwortet.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Busch! – Dann kommen wir noch zur Stellungnahme des Senats. Mir wurde bereits bedeutet, dass das durch den Landesbrand-direktor erfolgt. – Herr Dr. Homrighausen, Sie haben das Wort!

Dr. Karsten Homrighausen (Landesbranddirektor): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Anzuhörende! Sehr geehrte Damen und Herren! Es sind ja einige Fragen an den Senat und teilweise auch an die Berliner Feuer-wehr gestellt worden, und ich würde mal versuchen, mit einigen Ausführungen Fragen zu beantworten.

Zunächst einmal ist mir vorausgeschickt die Feststellung wichtig, dass wir nach wie vor unter einer hohen Last stehen, die wir nur auf viele Schultern verteilt haben, und dass wir uns auch mit der Effizienz des Systems beschäftigen. Zur Effektivität – tun wir die richtigen Dinge? – müssen wir an vielen Stellen feststellen, dass wir oftmals kompensatorisch unterwegs sind für andere Versorgungsstrukturen, für andere Sektoren – wir haben es eben gehört –, die nicht verlässlich erreichbar sind oder wo Menschen sich nicht hinzuwenden wissen; so will ich es mal deutlich sagen. Wenn wir dann in der Leitstelle – Herr Barth hat es ausgeführt – einmal den Notruf bei uns haben, werden wir den Notrufenden nicht mehr los. Das heißt, wir müssen uns an vielen Stellen die Frage stellen, wie wir die Effektivität der Notfallrettung des medizi-nischen Rettungsdienstes im Ressort Inneres ein Stück weit erhöhen können.

Es gibt nämlich auch andere gesetzliche Aufträge, die schon Bestand haben; ob das die Not-fallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung ist, ob das sozial-psychiatrische Notfälle sind, ob das die Beseitigung von Obdachlosigkeit ist. Die gibt es ja schon in entsprechenden gesetzlichen Normierungen, bloß sind sie für uns oftmals eben nicht verlässlich erreichbar beziehungsweise ansprechbar, sodass wir uns oftmals, wie wir es gerade eben lapidar als Up-grade gehört haben, immer wieder mit Fällen konfrontiert sehen, die zu uns zurückkommen; übrigens klassisch auch im Bereich des Krankentransportes, auch dort ein Fall, wo wir sagen, da wollen wir natürlich schon messbar und verlässlich für uns einen Partner an unserer Seite haben, der uns diese Fälle dann auch abnimmt. Insofern bin ich der Auffassung, Verträge

vermittelt den Eindruck, dass wir hier womöglich irgendwie privatrechtlich unterwegs sind. Ich bin schon der Auffassung, die anderen Partner in der Notfallversorgung auch in die Pflicht zu nehmen, die ja hier auch gesetzliche Aufträge haben.

So haben wir es mit der Kassenärztlichen Vereinigung, der KV, gemacht. Wir haben entsprechende Fälle, die wir abgeben. Wir haben im Rahmen der Kategorisierung die Notfallkategorie 5 eingeführt, die beschrieben ist mit der Aussage „Abgabe an andere Versorgungsstrukturen“. Mit der KV sind wir gut unterwegs, weil wir schon einen technischen Standard definiert haben und das, was wir erheben, dann in einem Datensatz an die KV-Leitstelle weitervermitteln. Allein, die Frage der Verlässlichkeit, die Frage der Dimensionierung der KV entzieht sich unserer Kenntnis. Wir werden auch oftmals überrascht mit Aussagen, dass Leistungen reduziert werden. Aber das ist, glaube ich, ein Thema an anderer Stelle, wie man die Notfallversorgung in der Organisation der Kassenärztlichen Vereinigung so abbilden kann, dass wir verlässlich eben nicht lange Zeiten in einer Warteschleife beobachten müssen, sondern dass es hier zeitnah zu einer Hilfe kommt.

Das, was die Berliner Feuerwehr in der Vergangenheit machen konnte, war, die Bevölkerung darauf hinzuweisen – das machen wir laufend –: Wann ist die 116117 als Telefonnummer für einen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung die richtige und wann die 112? Sprich, wann liegt ein Notfall vor und die 112 ist zu wählen? Das geht natürlich nach Hause mit der Frage der Selbsthilfefähigkeit, mit der Frage der individuellen Einschätzung, ob die gesundheitlichen Beschwerden jetzt einen Notfall darstellen oder nicht. Ich kann Ihnen versichern, dass man aus der Perspektive, wenn man selbst gesundheitliche Einschränkungen beobachtet, relativ schnell in der Dimensionierung Notfall ist, insbesondere wenn man weiß, dass man unter der 112 in kürzester Zeit jemanden am Telefon hat, der sich seiner annimmt. Insofern ist das die größte Herausforderung, die wir dort zu meistern haben.

Ich will an dieser Stelle darauf hinweisen, dass das Thema Krankentransport schon auch ein wichtiges Thema für uns ist. Auch die einheitliche Disposition, die jetzt – so lese ich § 8 – dann im Rahmen der Fortsetzung der Entscheidung des Landes Berlin, es privatrechtlich zu organisieren, die privatrechtlichen Organisationen in die Pflicht nimmt. Da ist ja in dem Entwurf etwas zu § 8 abgebildet. Auch in der Realität sind wir ja schon über das Konstrukt, dass die KV Krankentransporte verlässlich beauftragen will, in der Situation, dass es so eine Stelle gibt. Es wäre meine Empfehlung, das hier zu verstetigen, und so lese ich auch § 8 an dieser Stelle.

Wichtig ist mir noch, auf die Ausführung hinsichtlich der Frage einer bedarfsgerechten Planungsgrundlage zu reagieren. Mir ist nur wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir die sehr wohl haben, bloß nicht im Gesetz abgebildet, sondern an anderer Stelle. Herr Prof. Pitz, Sie hatten das angesprochen. Es gibt sie bei uns. In Baden-Württemberg war sie auch nicht immer so eindeutig, da gab es noch Zeiten zwischen 10 und 15 Minuten im Gesetz mit den unterschiedlichsten Ausführungen. Man kann da sicherlich unterschiedlicher Auffassung sein. Das mag der Gesetzgeber bitte entscheiden, ob diese Planungsgrundlage wirklich mit minutengenaue Angabe in ein Gesetz gehört oder ob eine Verwaltung beauftragt wird, das als Planungsgrundlage festzusetzen.

Ich will nur darauf hinweisen, dass wir gerade eine Festlegung in einem Gesetz hatten, die uns in den letzten Jahren sehr gefordert hat, nämlich die Festlegung, dass die medizinisch verantwortliche Einsatzkraft auf einem RTW Notfallsanitäter oder mindestens Rettungsassistent in der Überleitung sein muss. Das hat uns so weit gefordert, dass wir dieses bedarfsgerechte Angebot nicht anbieten konnten, weil im Gesetz drinstand, wir müssen hier auf jeden Fall einen RTW mit einem Notfallsanitäter besetzen. Das hat uns in die Situation gebracht, eine Rettungsdienstabweichungsverordnung beschließen zu müssen, um diese Konkretheit im Gesetz ein Stück weit rechtlich beheben zu können. Ich überlasse es Ihrer Bewertung, wie lange es dauert, Gesetze entsprechend anzupassen, wenn wir feststellen, dass sie nicht die Dinge abbilden, die wir an dieser Stelle wirklich brauchen.

Was mir aber noch sehr viel wichtiger ist, ist das Thema in der Bedarfsplanung: Was sind die Konsequenzen, und wie gehen wir damit um? Wie verbindlich ist das insbesondere in der Finanzierung durch die Krankenkassen, die das Primat der Wirtschaftlichkeit über alles stellen? – Das ist nachvollziehbar, das ist auch im SGB V so abgebildet, das würde aber bedeuten, dass alle Rettungswagen rund um die Uhr im Einsatz sind und möglichst keine Zeit haben, wo sie sich mal versorgen oder auch mal entsorgen können, sondern Wirtschaftlichkeit heißt, die Einheiten sind maximal ausgelastet. Ich will deutlich sagen: Das kann nicht in meinem Interesse sein. Das ist nicht in meinem Interesse, und das kann auch nicht in Ihrem Interesse sein, weil wir hier nämlich genau in die zweite Diskussion kommen, und zwar in die Vorhaltung.

Allein die Lebenswirklichkeit in einer Metropole wie Berlin macht uns deutlich, dass jederzeit ein Ereignis eintreten könnte, wo wir darauf angewiesen sind, dass wir eine Vielzahl von Rettungsmitteln freihaben, die wir dann sofort disponieren und losschicken können. Insofern haben wir kein Interesse an der reinen Wirtschaftlichkeitsbetrachtung der RTW-Vorhaltung, die dann alle brummen und fahren. Das ist die Grundsatzdiskussion, die jetzt auch wieder aufgemacht wird, auch durch den Bund, der in meiner Wahrnehmung die Länder ein Stück weit damit lockt: Wenn du eine Behandlung ohne Transport finanziert haben möchtest, dann stimme meinem Ansatz zu! Wir machen ein eigenes Leistungssegment im SGB V – das ist das Angebot aus dem Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung –, und dann steuere ich alles. Dann gehe ich aber nicht in den GBA, den Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern ich richte etwas anderes ein. – Ich will nur darauf hinweisen: Die Frage und die Verantwortung insbesondere an das Land Berlin ist damit aus der Sicht des Bundes geklärt, der sich eher ein Stück weit der Wirtschaftlichkeit anschließt als der Tatsache, dass Sie als Gesetzgeber für das Land Berlin auch die Vorhaltung – zu Recht – in den Blick nehmen.

Das sind so die großen Themen, die eine Grundsatzphilosophie abbilden, bis hin zu der Frage, ob Entgelte zu verhandeln sind oder Gebühren im Rahmen der kommunalen Satzungsautonomie, die es an vielen Stellen gibt. Meine Wahrnehmung ist die, dass sich zumindest die kommunalen Spitzenverbände das nicht so einfach ins Hausaufgabenheft diktieren lassen, sondern es wird noch sehr viel Widerstand geben, wenn es um diesen Referentenentwurf geht. In den anderen Themen, Herr Prof. Pitz, bin ich mit Ihnen einer Meinung. Berlin kann ein Stück weit entspannt darauf blicken, was der Bund auf seiner Ebene jetzt abbildet, auch vor dem Hintergrund, dass wir vieles schon gemacht haben, was dort verbindlich eingefordert wird.

Es gab noch eine Frage zu dem Thema: Wie begleitet der Senat, wie begleitet die Berliner Feuerwehr, mit welchen Maßnahmen das Rettungsdienstgesetz? – Wir haben uns in der Vergangenheit auch schon entschieden, einen Mangel an Notfallsanitätern auszugleichen, indem wir systematisch die Ausbildungskapazitäten im Bereich der Notfallsanitäterausbildung erhöht haben, das kann man schön nachvollziehen, gepaart damit, mit der Ausbildungs-offensive 500 mehr Personal zu gewinnen. Ich will nur darauf hinweisen, es ist eine große Herausforderung, das zu organisieren, vor dem Hintergrund, dass der Bundesgesetzgeber die Ausbildung zum Notfallsanitäter auf eine Ausbildungsdauer von drei Jahren normiert hat, und wir dann noch mit feuerwehrspezifischen Aufgaben oben drauf. Das heißt, die Wertschöpfung durch die jungen Menschen, die wir an Bord holen können, findet nach drei Jahren und einigen Monaten statt. Das Zweite ist die Ressourcen Ausbildungsräume. Dazu hoffe ich auf die weisen Entscheidungen von Ihnen, vom Parlament, wenn es um die BFRA am neuen Standort in TXL geht, denn das ist auch so ein Thema, das uns an vielen Stellen bewegt. In den jetzigen Ressourcen können wir es nicht mehr abbilden, zumindest nicht den Aufwuchs, wie wir uns ihn vorstellen.

Bezüglich der Bedarfsplanung bin ich jetzt entsprechend gelassen. Wir haben auch heute schon eine Bedarfsplanung, die die Berliner Feuerwehr gemacht hat. Die Frage ist – ich hatte es eingangs gesagt –: Wie sind die Konsequenzen? Ich möchte dazu auf ein Problem hinweisen, das mit verschiedenen Instrumenten schon andiskutiert wurde, nämlich die Aussage von mir, die Berliner Feuerwehr kann und sollte auch in der Zukunft nicht den Rettungsdienst alleine organisieren, sondern es macht gerade Sinn, dass auch die Hilfsorganisationen daran beteiligt sind. Es macht Sinn, dass die Hilfsorganisationen und die anderen nach dem RDG beteiligten Organisationen eingebunden sind, weil das aus meiner Sicht an vielen Perspektiven eine Aufwuchsfähigkeit auch in den Katastrophenschutz- und Zivilschutzfall ermöglicht.

Das heißt aber – das ist, glaube ich, die Ursache des Problems, das hier eben angedeutet und auch andiskutiert wurde –: Ist die Finanzierung für die Hilfsorganisationen denn auskömmlich vor dem Hintergrund, dass das Primat der Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit ist? – Wir machen leider die Erfahrung, dass dort Entgelte nicht zustande kommen. Entgelte werden im Ergebnis nicht so verhandelt, dass das auskömmlich ist und dass man dem Finanzierungsthema mit einer einheitlichen Festsetzung von Gebühren mit den unterschiedlichsten Möglichkeiten begegnen kann, dem man aber auch, wie es der Gesetzentwurf deutlich zeigt, über einen § 21 und sechs hinzugekommene Absätze begegnen kann, wo man einen Ausgleich genau abbilden kann. Denn das Ziel sollte sein, dass es kein Zuschussgeschäft ist, sondern dass die Hilfsorganisationen und alle Beteiligten ihre Kosten erstattet bekommen. Nur dann habe ich verlässlich einen Partner an meiner Seite, der womöglich noch andere Aufwuchsfähigkeiten mit sich bringt, und dann können wir das Thema Rettungsdienst auch organisieren. – Danke schön!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Dr. Homrighausen! – Ich habe jetzt noch eine Nachfrage von Herrn Abgeordneten Franco auf der Redeliste, wenn daran festgehalten wird. – Dann bitte, Herr Abgeordneter Franco, Sie haben das Wort!

Vasili Franco (GRÜNE): Vielen Dank! – Angesichts der Zeit möchte ich es so knapp wie möglich machen. Ich habe noch fünf Punkte. – Die Themen Ver- und Abweisung haben wir jetzt lange genug diskutiert. Ich weise einfach darauf hin, dass Satz 2 in Absatz 2b das so weit erschwert, dass er die Rechtsunsicherheit vollkommen auf die Beschäftigten im Rettungs-

dienst überträgt. Denn wenn wir sagen, es braucht eine gute Verweislogik, dann torpediert das das, was derzeit gesetzlich aufgeschrieben ist.

Das Zweite, und das würde ich schon gerne noch mal ansprechen, ist die Bedarfsplanung. Hier waren sich alle einig, dass das ein richtig sinnvolles Instrument ist. Es gab die Anregung von Herrn Pitz, da noch mal Benchmarks zu setzen, die sich dann stärker an den medizinischen und ethischen Kriterien orientieren. Ich möchte an der Stelle noch mal auf zwei Sachen hinweisen: Einmal wäre die Verknüpfung mit der Einsatzlenkung vielleicht noch mal eine sinnvolle Sache, denn es ist gut, dass wir SNAP überarbeiten, dass wir nach medizinischen Kriterien schauen, wer wie dringlich ist. Wenn wir gleichzeitig eine Bedarfsplanung haben, sollte die zumindest damit im Einklang stehen.

Mir ist trotzdem aufgefallen, im allerletzten Satz in der Regelung zur Bedarfsplanung steht am Ende: „Die Entscheidung der Bedarfe obliegt der für den Rettungsdienst zuständigen Senatsverwaltung.“ Sie sagen, Ihnen ist der Rettungsdienst ganz wichtig, aber wenn man am Schluss ein ganz großes Verfahren hat, so eine Bedarfsplanung aufzustellen, und die Senatsinnenverwaltung merkt: Das passt mir gar nicht, das haben wir gar nicht, das können wir uns gar nicht leisten, das ist keine politische Priorität –, dann schreibt man das alles um, und dann hat man genau das Gegenteil von einer unabhängigen Bedarfsplanung, die einem aufzeigt, in welche Richtung es eigentlich gehen muss.

Ein kleiner Hinweis auch zu der freiwilligen Inanspruchnahme der Hilfsorganisationen: Sie haben das gerade so formuliert, dass man in einem Auslastungszustand jederzeit die Hilfsorganisationen nutzen kann. Böse interpretiert könnte man sagen: Da der Rettungsdienst die ganze Zeit im Ausnahmezustand fährt oder immer in einer besonderen Auslastungslage ist, kann man einfach sagen, wir beanspruchen die Ehrenamtlichen in den Hilfsorganisationen Tag und Nacht, rund um die Uhr. – Ich weiß, das ist nicht geplant, aber Ihr Gesetz lässt das zumindest zu. Ich fand das in der Regelung nicht ganz so konsequent, aber vielleicht können Sie sagen, dass man weiter mit den Hilfsorganisationen kooperativ zusammenarbeiten will.

Ist eigentlich auch jemand von der Gesundheitsverwaltung da? Inwiefern haben Sie sich mit denen abgesprochen, gerade wenn wir sagen, wir sollten uns auch an medizinischen Kriterien orientieren? Ich weiß nicht, inwiefern Sie das mit denen abgesprochen haben, es sind zumindest einige Regelungen drin, die ich auch gut finde, die die Krankenhäuser in die Pflicht nehmen. Ich hoffe aber, das haben Sie zumindest mit der Gesundheitsverwaltung einvernehmlich abgesprochen, denn Krankenhäuser, die danach auf die Barrikaden gehen, wären in der Umsetzung dieses Rettungsdienstgesetzes auch nicht gut.

Last but not least: Ich habe beim Beirat für den Rettungsdienst die Kritik vernommen, dass Sie das sehr zu einem Top-Down-System umformatieren. Wenn wir heute schon gehört haben, dass die Netzwerkarbeit verbessert werden muss, dass wir schauen müssen, wie wir ein Akutnetzwerk hinkriegen, wie wir es schaffen, diese Weiterverweisung zusammen zu integrieren, kann ich zwar verstehen, Herr Homrighausen, dass Sie einen sehr isolierten Blick auf die Feuerwehr haben und sagen, alle anderen müssen auch leisten, aber im Gesundheitssystem ist es nun mal so, dass alle schon über Gebühr leisten. Das kriegt man nur hin, wenn man sich wirklich zusammensetzt und auch solche Gremien wie den Beirat für den Rettungsdienst entsprechend nutzt und nicht nur in eine Schelte gegeneinander verfällt. Denn das hilft am Ende weder den Organisationen selbst, von der Feuerwehr bis zu den Krankenkassen, den Hilfsor-

ganisationen und den anderen Trägern im Gesundheitswesen, noch und vor allem auch nicht den Patientinnen und Patienten, und um die sollte es gehen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Franco! – Da war jetzt noch eine Frage an den Senat dabei. Falls der Senat noch mit einem Satz Stellung dazu nehmen möchte, hat er jetzt das Wort. – Herr Innenstaatssekretär, bitte!

Staatssekretär Christian Hochgrebe (SenInnSport): Das mache ich gerne, Herr Vorsitzender! – Ich habe die Frage allerdings nicht so ganz verstanden, weil Sie durchaus gesehen haben, dass das Gesetz durch den Senat eingebracht worden ist. Der Senat hat es also in Gänze beschlossen, und insofern sind auch die erforderlichen Ressortabstimmungen bereits erfolgt.

Vorsitzender Florian Dörstelmann: Vielen Dank, Herr Staatssekretär Hochgrebe! – Damit ist die Frage beantwortet. Wir sind mit unserer Runde komplett durch.

Ich danke den Anzuhörenden noch einmal sehr, dass Sie uns hier heute zur Verfügung gestanden und diese hochinteressante Anhörung ermöglicht haben. Ich wünsche Ihnen natürlich eine erfolgreiche Woche! Herr Prof. Pitz, Ihnen eine erfolgreiche Rückfahrt! – Vielen Dank, dass Sie heute hier waren und uns Ihre Zeit geschenkt haben!

Dann werden wir auf das Wortprotokoll warten, denke ich, und diesen Tagesordnungspunkt vertagen. – Das ist allgemein Konsens.

Punkt 3 der Tagesordnung

- | | | |
|----|---|----------------------------------|
| a) | Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/2469
Abschiebestopp nach Syrien | 0233
InnSichO |
| b) | Antrag der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/2513
Landesaufnahmeprogramm für bedrohte Menschen
aus dem Gazastreifen und dem Libanon | 0226
InnSichO |

Vertagt.

Punkt 4 der Tagesordnung

- | | |
|---|----------------------------------|
| Antrag der AfD-Fraktion
Drucksache 19/2412
Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes –
Erweiterung der Verlusttatbestände bei doppelter
Staatsbürgerschaft | 0223
InnSichO |
|---|----------------------------------|

Vertagt.

Punkt 5 der Tagesordnung

Petition

Selbstbefassung gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2

Petitionsgesetz

Ausbildungsduldung nach einem erfolglosen

Asylverfahren

Pet-Nr. 4123/19

Der Petitionsausschuss bittet um Stellungnahme.

[0189](#)

InnSichO

Vertagt.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.

* * * * *