

KURZPROTOKOLL

der 8. Sitzung des Sozialausschusses
am Mittwoch, dem 30. März 2022, 15:30 Uhr
Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Katy Hoffmeister

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP
Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land – Ersthelfer schneller alarmieren
- Drucksache 8/251 -

hierzu: A Drs. 8/35 bis 8/35-14

Landtag Mecklenburg-Vorpommern

8. Wahlperiode

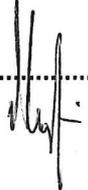
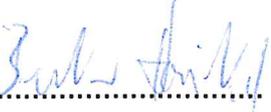
9. Ausschuss: Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport (Sozialausschuss)

Anwesenheitsliste

8. Sitzung am 30. März 2022, 15:30 Uhr
Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitzende: Abg. Katy Hoffmeister (CDU)
stellv. Vors.: Abg. Christine Klingohr (SPD)

1. Abgeordnete

Fraktion Name	Ordentliche Mitglieder Unterschrift	Name	Stellvertretende Mitglieder Unterschrift
SPD			
Brade, Christian	- online -	Albrecht, Rainer	.....
Kaselitz, Dagmar	- online -	Hegenkötter, Beatrix	.....
Klingohr, Christine	Ch. Klingohr	Dr. Rahm-Präger, Sylva	.....
Prof. Dr. Northoff, Robert	- online -	Tegtmeier, Martina	.....
Pfeifer, Mandy	M. Pfeifer		
Schiefler, Michel-Friedrich	- online -		
AfD			
de Jesus Fernandes, Thomas		Tadsen, Jan-Phillip	
Federau, Petra		Meister, Michael	.....
CDU			
Hoffmeister, Katy		Berg, Christiane	.....
Glawe, Harry	- online -	Peters, Daniel	.....
		Waldmüller, Wolfgang	.....
		Ehlers, Sebastian	.....
DIE LINKE			
Pulz-Debler, Steffi	- online -	Albrecht, Christian	
		Kepkin, Torsten	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN			
Shepley, Anne	- online -	Dr. Terpe, Harald	.....
FDP			
Becker-Hornickel, Barbara		van Baal, Sandy	.....
		Wulff, David	

4. Anzuhörende

	Name/Institution	Unterschrift
1.	Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	keine Teilnahme <i>- online -</i>
2.	<i>Loewe, Sarah</i> Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	<hr/> <i>- online -</i> <hr/>
3.	Prof. Dr.med. Klaus Hahnenkamp Universitätsmedizin Greifswald	<hr/> <i>- online -</i> <hr/>
4.	Uwe Borchmann Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.	<hr/> - online - <hr/>
5.	Ronny Espenhain (Referent Rettungsdienst) DRK Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.	<hr/> <i>[Signature]</i> <hr/>
6.	Kirsten Jüttner vdek Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern	<hr/> <i>[Signature]</i> <hr/>
7.	Stefan Sternberg Landrat Landkreis Ludwigslust-Parchim	<hr/> - <hr/>
8.	Henning Kutzbach BARMER Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern	<hr/> <i>[Signature]</i> <hr/>
9.	Sven Hennings DRK Rettungswache Ostvorpommern Greifswald	<hr/> - <hr/>
10.	Dr. med Daniela Kanz DRK Notärztlicher Dienst MV gGmbH	<hr/> - online - <hr/>
11.	<i>Prof.</i> Stefan Beckers Uniklinik RWTH Aachen, Telenotarzdienst	<hr/> - online - <hr/>
12.	Dr. med. Claudia Scheltz Brandschutz- und Rettungsamt Rostock	<hr/> <i>- online -</i> <hr/>
13.	Heinz Müller Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit M-V	<hr/> <i>[Signature]</i> <hr/>
14.	Dr. Timm Laslo Eigenbetrieb Rettungsdienst Landkreis Vorpommern-Greifswald	<hr/> <i>- online -</i> <hr/>
15.	Prof. Dr. Neeltje van den Berg Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health	<hr/> <hr/>

Sarah Loewe (Landkreistag M-V e. V.) führt aus, dass die Fragestellung im Wesentlichen die Themen Tele-Notarzt und smartphone-basierte Ersthelfer-App umfasse. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald habe erste Erfahrungen mit beiden Themen im Projekt LandRettung sammeln können. Regelmäßig habe der Landkreis in den Gremien des Landkreistages darüber berichtet und Zwischenbilanz gezogen, unter anderem in der Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienst. Beide Säulen des Projektes seien als sehr positiv bewertet worden. Der Telenotarzt habe bereits eine gesetzliche Grundlage im Rettungsdienstgesetz und werde schon in zwei Kreisen umgesetzt. Dies stelle sich bei der smartphone-basierten Ersthelfer-App anders dar. Daher stehe heute besonders dieses Instrument im Mittelpunkt. Bei der Lebensrettung nach einem Herzstillstand seien die ersten Minuten von entscheidender Bedeutung. Diese Aussage beziehe sich auch auf die Lebensqualität nach einer entsprechenden medizinischen Versorgung. Daher liege ein Schwerpunkt auf der Laien-Reanimation. Am Beispiel der Niederlande zeige sich, wie wichtig schnelle Hilfe als vorgeschaltetes Element der Rettungskette sei. Auch andere Bundesländer hätten dies erkannt, zum Beispiel Schleswig-Holstein oder Brandenburg. In diesen Ländern habe man eine ganzheitliche Anschubfinanzierung für die Landkreise geleistet. Dies begrüße der Landkreistag ausdrücklich auch für Mecklenburg-Vorpommern. Allerdings sei dabei darauf zu achten, dass im Land nur eine technische Anwendung zum Einsatz komme. Es bestehe sonst die Gefahr, dass das Hilfefotenzial nicht genutzt werden könne, weil Pendler oder Kurzurlauber, die hier genutzte App nicht nutzen könnten und die Leitstelle sie nicht erreichen könne. Der Landesbeirat Rettungswesen habe sich bereits mit dem Thema beschäftigt. Dort seien mehrere Hilfsorganisationen und auch die kommunalen Akteure vertreten. Der Landesbeirat habe Anfang dieses Jahres den Auftrag an eine Unterarbeitsgruppe vergeben, ein Konzept mit einem Vorschlag zur Finanzierung vorzulegen. Dem Landtag sei empfohlen, dieses Konzept und auch die Finanzierungsvorschläge zu unterstützen.

Uwe Borchmann (Krankenhausgesellschaft M-V e. V.) betont, dass man in der Ersthelfer-App eine Möglichkeit sehe, die Versorgung von Verletzten oder Verunfallten zu verbessern. Die dürfe aber keinesfalls zulasten von Hilfsfristen gehen. Die Funktionalität der Ersthelfer-App sei dann besonders gut, wenn die Personen, die sich bei einer landesweiten Ersthelfer-App registrieren ließen, von der für den Notfall zuständigen

Leitstelle erreicht werden könnten. Der Zugriff der Leitstelle auf die Daten der Ersthelfer-App müsse also unabhängig vom eigentlichen Wohnort der helfenden Person sein. Es müsse ersichtlich sein, welche potenziellen Helferinnen und Helfer in der Nähe verfügbar seien. Sinnvoll erscheine es, die Ersthelfer-App in zwei Kategorien zu unterteilen, nämlich in reine Laienhelfer, die qualifiziert seien und zum anderen in Personen, die eigentlich professionell als Ärzte, Notärzte und Rettungsassistenten helfen könnten und dann nur zu dem Zeitpunkt privat verfügbar seien. Diese Unterteilung beinhalte die Qualifikation des Einsatzes und die haftpflichtrechtliche Stellung der Personengruppen. Der Telenotarzt sei ein Baustein, der von der Krankenhausgesellschaft M-V als dringend erforderlich erachtet werde, vor allem vor dem Hintergrund einer immer engeren Personalsituation im Gesundheitswesen. Unter Kosten-Nutzen-Aspekten erscheine eine federführende Telenotarztwache für Mecklenburg-Vorpommern als zielführend. Es gelte vor allem die bestehenden Personal-Ressourcen für das Land zugänglich zu machen, ohne eine Struktur aufzubauen, für die wieder weitere Vollkräfte benötigt würden, die dann am Ende an anderen Stellen im Markt fehlten. In dieser Kombination sehe die Krankenhausgesellschaft M-V insbesondere im Telenotarzt-Dienst einen echten Mehrwert als Unterstützung für den nicht-ärztlichen Rettungsdienst und gegebenenfalls auch im Sinne einer zweiten Meinung für den Notarzt vor Ort. Insgesamt gelte aber, dass es eine Hilfestellung sein müsse, die aber nicht zu einem Abbau personeller Kapazitäten führen dürfe.

Ronny Espenhain (DRK Landesverband M-V e. V.) erklärt, dass viele Herausforderungen für die Strukturen im Rettungsdienst im Land zu nennen seien. Zum Beispiel die veränderten Anforderungen an die klinische Versorgungsstruktur, aber auch gestiegene Einsatzzahlen sowie den Fachkräftebedarf. Verschiedene Ansätze beschäftigten sich mit Entlastungsmöglichkeiten für die Notfallversorgung, beispielsweise Projekte wie in Niedersachsen der Gemeindenotfallsanitäter oder hier im Land die Telenotarztstrukturen. Das DRK begrüße daher qualitative Maßnahmen zur Minimierung therapiefreier Intervalle bei der Versorgung von Notfall-Patienten in akuten lebensbedrohlichen Lagen. In Regionen, in welchen der Rettungsdienst zwar grundsätzlich im Land flächendeckend vertreten sei, könnten einsatzbedingte Lagen wie auch lange Fahrtwege zu Kliniken dafür sorgen, dass Notfall-Patienten möglicherweise mit einem längeren therapiefreien Intervall konfrontiert seien. In solchen Situationen

zähle jede Minute ganz unabhängig von der zehnminütigen Hilfsfrist nach dem Rettungsdienstgesetz. Im Prinzip könne gelten, dass die Förderung der digitalen Ansätze die therapiefreien Intervalle verkürzen könne. Das DRK spreche sich für eine landesweite kompatible Umsetzung einer solchen Ersthelfer-Alarmierung aus, die über die integrierten Leitstellen, die hier im Land bereits verortet seien, koordiniert würden. Es gelte, eine möglichst niedrigschwellige Mitwirkung zu ermöglichen, um die Helfer-Akquise nicht zu erschweren. Allerdings brauche es bei diesem Personenkreis eine Qualifizierung für die erweiterte Erste Hilfe, wenn sie nicht aus einem Gesundheitsfachberuf stammten. Es brauche perspektivisch Konzeptionen für das Thema Fortbildungen für die Helferinnen und Helfer. Nur gut vorbereitete Helferinnen und Helfer könnten adäquat unterstützen, Leben retten und auch auf sich selbst achten. Ein landesweites System stelle aus Sicht des DRK eine sinnvolle Ergänzung dar und könne die Qualität der präklinischen Versorgung positiv beeinflussen. Allerdings dürfe ein solches Ersthelfer-System nicht relevant für die gesetzliche Hilfsfrist sein.

Kirsten Jüttner (Verband der Ersatzkassen M-V e. V.) erklärt, dass sie vordringlich zum Thema mobile Ersthelfer sprechen werde. Ein zentrales Ergebnis des Projektes der Ersthelfer-App sei es, dass damit das Potenzial im Landkreis gestiegen sei, die Versorgung von Patienten mit Herz- Kreislauf-Stillstand zu verbessern. Wichtig sei die Feststellung, dass mit der Bereitschaft zur Teilnahme an der Alarmierung als professioneller Ersthelfer eine gestärkte Bürgerverantwortung einhergehe. Dies gelte ebenso für die Teilnahme an den Schulungen zur Laien-Reanimation. Es sei mit der Ersthelfer-Alarmierung per App gelungen, Professionalität mit bürgerschaftlichem Engagement und technischer Innovation zu verbinden. In Vorpommern-Greifswald sei vor allem die Testung und Implementierung der App sowie die Schulung der Nutzer geleistet worden. Es gelte, dass neue digitale Anwendungen anwenderorientiert funktionieren müssten, damit sie auf Akzeptanz stießen. Der Einsatz von professionellen Ersthelfern solle über die integrierten Leitstellen des Rettungsdienstes, des Brandschutzes und der Katastrophenhilfe erfolgen. Diese Leitstellen stellten doch gerade einen Erfolg für die Schaffung entsprechender Synergien dar. Sie seien erprobt im Einsatz von ehrenamtlichen Kräften, vor allem der freiwilligen Feuerwehren und der Hilfsorganisationen. Dort könne im Übrigen auch am ehesten entschieden werden, ob die Alarmierung eines ehrenamtlichen Ersthelfers überhaupt erfolgen solle. Eine

weitere Frage im Zusammenhang mit der Ergänzung des Rettungsdienstes mit ehrenamtlichen Ersthelfern sei die Einbeziehung in die Hilfsfrist. Der Verband der Ersatzkassen M-V sei nicht der Auffassung, dass dies erfolgen könne. Die Einhaltung der Hilfsfrist sei eine gesetzliche Aufgabe der Kommunen und damit ihrer jeweiligen Rettungsdienstträger und die Finanzierung, die der Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Erfolg des Projektes hänge gerade in Mecklenburg-Vorpommern davon ab, ob flächendeckend schnelles Internet zur Verfügung stehe. Denn der Hauptzeitfaktor bei der Alarmierung von professionellen Ersthelfern sei die Feststellung des genauen Standortes. Es sei anzustreben, bei den Ersthelfer-Apps die bundesweit an den verschiedensten Stellen mittlerweile schon im Einsatz seien, eine Kompatibilität sicherzustellen.

Henning Kutzbach (BARMER Landesvertretung M-V) erklärt, dass das Projekt LandRettung sich im Land bewährt habe. Es gebe außerdem eine positive Bewertung aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss¹. Es sei bemerkenswert, dass ein Innovationsfondsprojekt für die Aufnahme zur Regelversorgung empfohlen werde. Das Evaluationsergebnis laute entsprechend, dass das Potenzial gesehen werde, die Notfallversorgung besonders in den ländlich-strukturierten Gebieten zu optimieren. Das Projekt LandRettung könne die Notfallversorgungsqualität verbessern, um eine Rettungskette in dünn besiedelten Regionen aufrechtzuerhalten. Es werde die bekannten Rettungsmittel nicht ersetzen können, sondern nur ergänzen. Es stehe dabei außer Frage, dass man das bestehende System effektiver und effizienter gestalten müsse. Die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung sei eines der wichtigsten Projekte der nächsten Jahre. Zentrales Element der LandRettung sei der Telenotarzt, der in Gebieten mit längeren Anfahrten den Rettungsdienst unterstütze. Über eine telemedizinische Anbindung leite dabei ein erfahrener Notfallmediziner die Notfallsanitäter im Rettungswagen an. Dies gelte insbesondere bei Durchführung von invasiven Maßnahmen. Ein weiterer Vorteil könne die schnelle Bereitstellung von medizinischen Daten für das Krankenhaus sein. Nach Vorlage des

¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser.
Quelle: /www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/

Evaluierungsergebnisses und abschließender positiver Bewertung durch den Innovationsausschuss wurde zum 1. Juli 2021 eine Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung für das Telenotarzt-System ausgesprochen. Die Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern hätten bereits mit dem Projektabschluss 2020 der Übernahme in die Regelversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald zugestimmt. Es fehle gerade auch im Notfallbereich medizinisches Fachpersonal, um die Versorgungssicherheit in Mecklenburg-Vorpommern langfristig sichern zu können. Ein erfolgreiches Innovationsprojekt, wie der Telenotarzt böte dabei große Chancen. Aktuell liefen die Abstimmungsprozesse für eine landesweite Umsetzung des Telenotarztes. Hinsichtlich der Ersthelfer-App sei zu begrüßen, wenn es eine technische Lösung für ganz Deutschland gebe. Sinnvoll erscheine dafür eine Bundesinitiative bei der die Hilfsorganisationen stark als mögliche Akteure eingebunden seien.

Prof. Dr. med. Stefan Beckers (Uniklinik RWTH Aachen, Telenotarztdienst) führt aus, dass der Rettungsdienst für die Stadt Aachen am 1. April 2014 mit der Regelversorgung im Telenotarztdienst als erste Kommune in Deutschland gestartet sei und inzwischen 40.000 Patienten mit dem System versorgt werden seien. Hervorzuheben sei beim Telenotarztsystem die Effizienz in der rettungsdienstlichen Versorgung verbunden mit einer Qualitätsverbesserung. Man könne nach fast acht Jahren Praxis eine Reduzierung der bodengebundenen Notarzt-Quote um fast 50 Prozent feststellen. Das schwanke aber in den verschiedenen Quartalen. Dies betreffe den städtischen Bereich der Stadt Aachen und angrenzende Kommunen. Es gebe somit eine höhere Notarzt-Verfügbarkeit der bodengebundenen und luftgebundenen Notfallrettung für die Einsätze, für die eben die Notärzte weiterhin gebraucht würden. Die Ressource Notarzt/Notärztin sei eben tatsächlich effizient einsetzbar. Es konnte auch gezeigt werden, dass man in acht Kommunen überregional einsetzbar sei. Aktuelle sei es auch so, dass wir über 20 Rettungswagen in Hessen, in Korbach und im Main-Kinzig-Kreis mit bedienen könnten. Es gebe also keinen technischen Hinderungsgrund für diese Arbeit. Für die landesweite Einführung sei in Nordrhein-Westfalen eine Potenzialanalyse der Uni Maastricht durchgeführt und vorgeschaltet worden. Diese habe perspektivisch aufgrund der Aachener Einsatzerfahrungen, die Etablierung von 14 bis 18 24/7-Systemen vorgesehen für 18 Millionen Einwohner. Es sei eine Etablierung von zunächst zehn vernetzten landesweiten Standorten empfohlen worden.

Inzwischen habe eine landesweite Steuerungsgruppe, in der Vertreter der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Ärztekammer und des Ministeriums sowie insgesamt elf Träger säßen, Gemeinschaften für die flächendeckende Etablierung des Telenotarztes freigegeben. Die Zielgröße sei circa 1,5 Millionen Einwohner für eine entsprechende Trägergemeinschaft gewesen. Nicht jeder Notarzt/jede Notärztin könne als Telenotarzt oder Telenotärztin eingesetzt werden. Dementsprechend hätten die Ärztekammern als die Zuständigen für die Weiterbildung ein Qualifikationsformat einschließlich Qualifikations-Curriculum entwickelt. Eindeutig könne als gesichert gelten, dass durch den Telenotarzt, der arztfreie Intervall eindeutig verkürzt werden könne. Letztlich handele es sich um erhöhte Patientensicherheit, die wir damit unter der ärztlichen Supervision sicherstellen könnten. Es gebe zudem eine überdurchschnittliche Leitlinienadhärenz. Hinsichtlich des Ersthelfer-Alarmierungssystems sei gerade in Greifswald die Kombination mit Schulungen im Bereich der Nicht-Profis vorbildlich. Dies landesweit umzusetzen, sei absolut zu begrüßen. Sinnvoll erscheine eine Dokumentation der Standorte der automatisierten Defibrillatoren im Sinne eines Katasters, um die Zugänglichkeit zu berücksichtigen und die Nutzung innerhalb des Gesamtsystems Ersthelfer-Alarmierung zu erleichtern. Eine bundesweit einheitliche App sei unwahrscheinlich. Man könne aber darauf achten, dass diese Apps untereinander eine Schnittstelle hätten. Dies stelle allerdings ebenfalls eine Herausforderung dar. Die Erfahrung zeige, dass unbedingt eine psychosoziale Unterstützung für die Helfenden angeboten werden sollte, um tatsächliche Wiederbelebungssituationen verarbeiten zu können.

Dr. med. Claudia Scheltz (Brandschutz- und Rettungsamt Rostock) führt aus, dass die Hansestadt Rostock am Projekt Reanimationsregister teilnehme. Daher könne man anhand der Zahlen ganz deutlich sehen, dass die ersten Minuten des Kreislaufstillstandes entscheidend seien. Es brauche bei dieser Art Notfall unmittelbar eine Herzdruckmassage in qualifizierter Form, da nach drei Minuten Sauerstoffmangel die ersten Gehirnzellen absterben würden. Es gebe im Rettungsdienstgesetz eine Hilfsfrist, die man in einer großen Stadt wie Rostock einhalten könne. Trotzdem seien sechs bis acht Minuten, bis das erste Rettungsmittel vor Ort sei, viel Zeit. Diese therapiefreie Zeit könne man durch die Ersthelferin/den Ersthelfer verkürzen. Dabei fungiere

die Ersthelfer-App als Ergänzung zu den Rettungsmitteln, wie zum Beispiel Rettungswagen und Notarzteinsetzfahrzeug – sozusagen als drittes Einsatzmittel. Die Ersthelfer sollten Gesundheitsmitarbeiter wie zum Beispiel Ärzte, Notarzt, Krankenschwester/-pfleger, Mitarbeitende aus den Gesundheitsberufen, Mitarbeitende in Rettungsdiensten und Feuerwehren seien, da diese schon in Reanimationsmaßnahmen geübt seien. Hilfsorganisationen könnten bei der Auswahl und der Begleitung von Ersthelferkursen oder Refresher-Kursen eine entscheidende Rolle spielen.

Lydia Kämpfe (Büro des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit M-V) stellt klar, dass weder dem Telenotarzt noch der Ersthelfer-App datenschutzrechtliche Bedenken entgegenstünden. Zur Wahrheit gehöre aber auch, dass die Umsetzung rechtlich keineswegs trivial erscheine. Gerade Haftungsfragen seien zu klären. Es sei denkbar, dass eine Anpassung des Rettungsdienstgesetzes auch aus datenschutzrechtlicher Sicht viele positive Weichen stellen könne, um möglichst viel Sicherheit für die Nutzenden dieser App herstellen zu können. Aus datenschutzrechtlicher Sicht sei es wichtig, herauszustellen, dass der Ersthelfer nicht für die Datenverarbeitung hafte. Der Ersthelfer bekomme schließlich sensible Patientendaten auf sein Handy gespielt. Dieser Prozess müsse so gestaltet werden, dass dies rechtsicher ablaufe und eine Haftung für den Ersthelfer ausfalle. Um möglichst viele Ersthelfer gewinnen zu können, brauche es datenschutzfreundliche Lösungen, sodass die Ehrenamtlichen nicht das Gefühl hätten, dauerhaft von der Leitstelle verfolgt oder überwacht zu werden. Eine technische Lösung für ganz Deutschland erscheine unrealistisch. Aber es könne natürlich Schnittstellen geben, die eine bundesweite Nutzung möglich machten. Es müsse bei der Entwicklung dieser Ersthelfer-App im Vorfeld klar sein, was diese leisten solle. Dann könne man auch datenschutzrechtliche Anforderungen an die technische Umsetzung formulieren und zwar tatsächlich zum Zeitpunkt der Ausschreibung.

Dr. Timm Laslo (Eigenbetrieb Rettungsdienst Landkreis Vorpommern-Greifswald) erklärt, dass seine Erfahrungen zu dem Thema aus dem Projekt LandRettung stammten, welches vom Dezember 2016 bis Ende 2020 durchgeführt wurde und aus der folgenden Regelversorgung. Das Projekt LandRettung sei aus einer Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Greifswald, insbesondere Professor Hahnenkamp

und der ZEB Business School entstanden. Ziel sei es gewesen, eine zukunftsfeste Neuausrichtung des Rettungswesens eines Landkreises am Beispiel des Landkreises Vorpommern-Greifswald vorzunehmen. Kernelement der ersten Säule sei dabei eine Infokampagne inklusive Laienreanimationsschulungen gewesen. Die zweite Säule habe aus der smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung bestanden und die dritte Säule sei die Etablierung einer telenotärztlichen Anbindung gewesen. Der Telenotarzt sei in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen in Betrieb. Die Telenotarztzentrale stehe in Greifswald und werde von Telenotärzten der Universitätsmedizin 24 Stunden rund um die Uhr besetzt. Stand jetzt habe man seit Oktober 2017 mehr als 7.400 Einsätze dort absolviert. Seit 2018 gebe es für den Telenotarzt als telemedizinische Begleitung auch eine gesetzliche Grundlage im Rettungsdienstgesetz. Dies sei das erste Rettungsdienstgesetz, welches so etwas ermöglicht habe. Es sei gelungen, den Telenotarzt in die Regelversorgung überführen zu können. Man baue dies nach und nach weiter aus. Auch andere Kreisgebietskörperschaften im Land Mecklenburg-Vorpommern würden sich intensiv mit dieser Thematik beschäftigen. Ein wichtiger Hinweis beim Telenotarzt sei, dass er ein ergänzendes und kein ersetzendes Instrument darstelle. Der Telenotarzt könne nicht vollumfänglich einen physischen Notarzt vor Ort ersetzen. Insofern könne man damit auch keinen Notarztstandort in Gänze ersetzen. Die Ersthelfer-App laufe derzeit im Landkreis Vorpommern-Greifswald, als Modellvorhaben weiter, nachdem das Projekt LandRettung ausgelaufen sei. Es seien rund 600 registrierte Ersthelfer zu verzeichnen. Seit der Inbetriebnahme des Projektes im Jahr 2017 hätten diese Ersthelfer 537 Alarime angenommen. Diese App helfe, denn je schneller bei einem Herz-Kreislaufstillstand Maßnahmen ergriffen würden, desto höher sind auch die Chancen des Patienten, zu überleben oder auch gegebenenfalls ohne bleibende Schäden davonzukommen. Es sei aber bei der Umsetzung der Ersthelfer-App eine Einheitlichkeit im Land nötig. Denn die registrierten Ersthelfer seien nicht statisch, sie seien mobil. Dies müsse man abbilden. Hier könne womöglich eine Universal-Schnittstelle für diese Apps helfen. Klar sei aber, dass eine Einbindung der Ersthelfer in die Hilfsfrist nicht vorstellbar sei. Es brauche für diesen Bereich dringend eine Rechtsgrundlage, um die smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung fortführen zu können. Es gebe gegenwärtig keine Rechtsgrundlage, die zum Beispiel den Krankenkassen die Möglichkeit gebe, das zu finanzieren. Die Finanzierung müsse dauerhaft sein, um die Ersthelfer werben und betreuen zu können. Dies schließe

regelmäßige Schulungen mit ein. Es sei denkbar, dass man die smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung als Teil der Rettungskette im Rettungsdienstgesetz etabliere, wie dies zum Beispiel 2015 mit der Wasserrettung gemacht worden sei.

Prof. Dr. Neeltje van den Berg (Institut für Community Medicine) stellt fest, dass man in diesem Bereich nicht zu viele Ressourcen habe. Auch seien diese nicht gleichmäßig über das Land verteilt. Deswegen müsse die gesamte Versorgung, also nicht nur der Rettungsdienst, sondern ebenso die ambulante Versorgung einschließlich Rettungsdienst regional organisiert werden. Die Einbindung des Rettungsdienstes in die regionale Versorgung und des telemedizinischen Teils des Rettungsdienstes sei daher essenziell. Aber der Rettungsdienst habe auch keine unendlichen telemedizinischen Ressourcen zur Verfügung. Deswegen sei es eine wichtige Frage, wo man diesen Dienst anbindet. Es stelle sich also die Frage, wer denn 24 Stunden am Tag einen Telenotarzt sicherstellen könne. Dies könnten nur die Universitätsmedizinern, die in der regionalen Versorgung eine wichtige Rolle spielten. Durch den Einsatz des Telenotarztes lasse sich mutmaßlich die Quote der notwendigen Einsätze durch einen physischen Notarzt reduzieren. Ein großer Vorteil der Telemedizin sei, dass Entfernungen keine Rolle spielten. Daher böte es sich an, ein einheitliches System für das ganze Land einzuführen. Wo letztendlich die Zentrale sitze, ob das ein oder zwei seien, spiele letztendlich keine Rolle. Sie plädiere dafür, den Telenotarzt nicht nur in ländlichen Regionen einzuführen. Eine Unterscheidung in Stadt und Land mache das System nur unnötig kompliziert. Insgesamt erscheine der Telenotarzt für die regionale Versorgung einschließlich des Rettungsdienstes eine erhebliche Verstärkung zu sein und zwar flächendeckend. Die Ersthelfer mit der App könnten bei dieser Art der Versorgung einen sehr wichtigen Anteil haben, dürften aber kein Teil von Hilfsfristen darstellen. Es bleibe eine ehrenamtliche Arbeit.

Professor Dr. Klaus Hahnenkamp (Universitätsmedizin Greifswald) erklärt, dass es im Prinzip darum gehe, lange Wege kurz zu machen. Es brauche dafür ein umfassendes System. Es brauche nicht nur den Telenotarzt oder telemedizinische Notfallmedizin und auch nicht nur die smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung, sondern auch Laienschulungen vor Ort. 70 Prozent der Herz-Kreislauf-Stillstände passierten zu

Hause. Im Rahmen des Projektes LandRettung gebe es die Woche der Wiederbelebung. Man habe bisher insgesamt über 16.000 Laien im Landkreis Vorpommern-Greifswald geschult, 600 Ersthelfer seien auch als LandRetter freigeschaltet, über 500 Einsätze seien angenommen worden, bei 1.413 Alarmierungen. Als man im Landkreis begonnen habe, war die Laienreanimationsrate erschreckend niedrig gewesen. Und jetzt sei man deutschlandweit auf einen der ersten drei Plätze. Um das Projekt LandRettung weiter führen zu können, habe man einen Verein gründen müssen. Denn Laienreanimation zum Beispiel werde von Krankenkassen nicht als förderfähige Prävention angesehen oder in irgendeiner anderen Art und Weise öffentlich gefördert. Die Ausnahme stelle aktuell das Sonderprogramm Gesundheit und Prävention dar. Aus diesem Sonderprogramm habe man einen Zuwendungsbescheid über 150.000 Euro für Schulungen bei Großveranstaltungen und Gruppenschulungen bekommen. Es gebe noch weitere Signale hinsichtlich der Förderung. Weiter Schritte des Projektes seien, dass man einen grenzüberschreitenden Rettungsdienst eingeführt habe. Ebenso sei der Nachtflug mit dem Hubschrauber und das sogenannte Heli-Blut, also Blut und Plasma auf dem schnellsten Rettungsmittel etabliert. Der Drohneinsatz für medizinische Zwecke sei in der Testung. Hierbei gehe es auch darum, den Automatisierten Externer Defibrillator (AED) zum Ersthelfer zu bringen. Bei der telemedizinischen Notfallmedizin sei anzumerken, dass diese sich aktuell auf die Bodenrettung beschränke. Hier sei mehr möglich und auch nötig. Es brauche telemedizinische Kompetenzzentren, die sektorenübergreifend arbeiten könnten. Es brauche neue integrierte Konzepte, weil man nicht mehr in der Lage sei, eine unbegrenzte Ressource an hoch spezialisierten Ärzten in diese Region zu bekommen. Hierbei sei die Telemedizin allerdings nur ein Zusatzfaktor.

Abg. **David Wulff** betont, dass die landesweite Einführung sowohl der Ersthelfer-App als auch des Telenotarztsystems einen großen Innovationssprung für die rettungsdienstliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern bedeute. Es stelle sich die Frage, welche Rechtsgrundlage man für die Umsetzung brauche. Stichwort sei hier die erfolgreiche Einbeziehung der Wasserrettung in das Gesetz. Aus dieser Anforderung ließen sich die nächsten Schritte der parlamentarischen Arbeit ableiten.

Ronny Espenhain stellt heraus, dass sich die Einbeziehung der Wasserrettung nicht unbedingt mit der Ersthelfer-App vergleichen lasse. Rettungsschwimmer seien ausgebildet und hätten spezifisches Einsatzmaterial, welches diese Kräfte im küstennahen Bereich zur Anwendung bringen könnten. Eventuell sei diese Lage mit Ersthelfern vergleichbar, die einen AED mit in den Einsatz nehmen könnten. Insgesamt betrachtet, könne eine grundsätzliche organisatorische und strukturelle Verortung im Rettungsdienstgesetz sinnvoll erscheinen.

Dr. Timm Laslo betont, dass man aus der Warte eines Trägers des Rettungsdienstes eine Leistung erkenne, die Leben rettet. Das passiere mit relativ wenig Aufwand und nutze dabei vorhandene Strukturen und ergänze diese. Dies habe die positive Folge, dass die Versorgung insbesondere in der Fläche verbessert werden könne. Um dies in eine Regelversorgung überzuleiten, böte sich das Beispiel Wasserrettung an. Das bedeute, dass die smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung in das Rettungsdienstgesetz aufgenommen werden müsse. Die Träger des Rettungsdienstes könnten sich dessen bedienen und eine Finanzierung sicherstellen. Die smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung sei dann als ein Teil der Rettungskette zu betrachten. Das sei über die Krankenkassen finanzierbar. Es brauche aber den Willen des Gesetzgebers, um als Träger des Rettungsdienstes mit den Krankenkassen verhandeln zu können.

Henning Kutzbach führt aus, dass der Telenotarzt schon seit 2018 im Rettungsdienstgesetz aufgenommen worden sei. Seitdem bestehe die Option für die Landkreise, auch entsprechende Rettungsmittel einzusetzen, die den Telenotarzt beinhalten könnten. Dieser Bereich sei also geregelt. Bei der Finanzierung der Ersthelfer-App sei eher der Staat als Kostenträger und weniger die Krankenkassen angesprochen. Dieses Instrument könne nicht zwingend der Gesundheitsförderung zugeordnet

werden. Dieser Bereich bearbeite ein gesamtgesellschaftliches Problem und nicht nur ein Gesundheitsproblem.

Kirsten Jüttner ergänzt, dass der Bereich Ersthelfer-App im Schwerpunkt beim Ehrenamt verortet werden müsse. Man habe grundsätzlich in dem Hilfebereich Hilfsorganisationen, die auch rettungsdienstlich tätig würden. Dies sei zum Teil getragen durch großes ehrenamtliches Engagement. Dies seien fachlich-, medizinisch-versierte Menschen, die dann zum Beispiel beim Katastrophenschutz Aufgaben der Daseinsvorsorge übernähmen. Daraus eine zweite Rettungskette in Mecklenburg-Vorpommern zu begründen, gehe fehl. Dieses Element müsse in die Bestehenden Strukturen passen. Dies bräuchte auch neue Regeln auf Bundesebene.

Abg. **Torsten Koplín** fragt Henning Kutzbach nach der Möglichkeit, die Ersthelfer-App in Anwendung des Paragraphen 20 SGB V über die Präventionsleistungen bei den Krankenkassen abrechnen zu können. Es stelle sich die Frage an Professor Dr. Hahnenkamp hinsichtlich der Kompetenzzentren, welchen Versorgungsradius diese abdecken sollten und wie man eine Überorganisation verhindern könne. An Dr. Timm Laslo richte sich die Frage, wie sich das Projekt LandRettung langfristig tragfähig gestalten lasse. Es stelle sich die Frage an Professor Dr. Beckers, welche Stelle oder Institution in seinem Bereich dafür Sorge trage, dass alles im Sinne einer koordinierten Zusammenarbeit funktioniere. An Dr. Claudia Scheltz richte sich die Frage, welche Qualifizierung es für die Telenotärzte gebe.

Henning Kutzbach führt aus, dass die Krankenkassen die Frage Ersthelfer-App als Präventionsleistung geprüft hätten. Die Prüfung habe ergeben, dass es hierfür keine Übereinstimmung mit dem Paragraphen 20 SGB V gebe. Das Ehrenamt würde zur Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, das könne nicht richtig sein. Eine Prävention im eigentlichen Sinne sei diese Leistung nicht. Es stelle eben eine ehrenamtliche Leistung dar, die nicht zur Hilfsfrist zähle. Es fehle für die Übernahme durch die Krankenkassen an einer gesetzlichen Grundlage.

Kirsten Jüttner erklärt, dass es noch weitere bundesweite Beispiele für solche Apps für den Notfallbereich und auch für die Alarmierung von Ersthelfern in Berlin gebe. Die

Berliner Initiative, die 7.000 qualifizierte Ersthelfer umfasse, sei zusammen mit dem Landesfeuerwehrverband entwickelt worden und sei dem Katastrophenschutz, Brandschutz, Katastrophenschutz im Ehrenamt zugeordnet. Dies gebe einen Hinweis, wo bei uns die Ersthelfer-App verortet werden könne. Die Hilfsorganisationen engagierten sich intensiv und erreichten viele Ehrenamtliche, die zum Teil schon eine Laien-Weiterbildung hätten oder auch beruflich engagiert in gesundheitlichen Berufen seien. Es sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit sei eine staatliche Finanzierung sinnvoll. Es erscheine nicht richtig, dies nur von den Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse bezahlen zu lassen, die nur 90 Prozent der Bevölkerung darstellten.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp führt aus, dass es bei der smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung nicht um eine Bezahlung der Ersthelfer gehe, weil diese ehrenamtlich helfen würden. Es gehe um die Finanzierung der Technik und Leitstellen-Disposition. Zum anderen gehe es um die Finanzierung von Schulungsmaßnahmen für die Ersthelfer. Man könne diese Kosten nicht auf die ehrenamtlichen Helfer umlegen. Es brauche eine Regelung für die Finanzierung, denn wenn die Fortsetzung dieser Maßnahme in diesem Land scheitere, dann stürben Menschen. Man habe im Modellprojekt zeigen können, dass man hier eine ähnliche Überlebensrate wie im Ballungszentrum erreichen könne. Auf die Fragestellung von Torsten Koplín hinsichtlich der Kompetenzzentren betone er, dass die wichtigste Ressource für die Telemedizin nicht die Technik sei, sondern extrem gut ausgebildete Ärzte, in diesem Fall Notärzte. Diese Notärzte bräuchten große Einsatzroutinen, entsprechende Schulungsmaßnahmen und müssten besonders geeignet sein für Kommunikation. Weitere Qualifikationen seien Zusatzweiterbildungen in Intensivmedizin. Man habe den Bereich Notfallmedizin als Klinik anders aufgestellt und erreiche dadurch eine Verbindung mit der Wissenschaft und Forschung. Es sei schwierig, die Ressource Arzt zu bekommen. Daher sei es wichtig, die Kräfte für den Telenotarzt an die Klinik anzubinden. Dieser Telenotarzt müsse breit über die Telemedizin hinaus aufgestellt sein. Man sei dann als Arzt innerklinisch tätig und betreibe Notfallmedizin. Man brauche fünf Vollzeitkräfte, die man aufbauen müsse, um dort eine 24/7-Situation zu schaffen. Dies gehe aber nur, wenn sie auch innerklinisch arbeiten könnten, wenn dies die telemedizinische Bereitschaft zu lasse. Diese Ärzte behielten dabei ihre Kompetenzen in ihrem Fach. Das sei extrem

wichtig. Eine Überorganisation könne er nicht ausmachen, vielmehr seien bestimmte Bereiche noch gar nicht abgedeckt. Ein Telenotarzt könne auch dazu geeignet sein, eine zweite ärztliche Meinung abzugeben und andere Ärzte zu unterstützen. Bestimmte Bereiche seien in dem Komplex noch gar nicht im Blick, wie zum Beispiel der Bereich der Wasser- oder Luftrettung. Oder eine Kommunikation zwischen den Notaufnahmen, um bestimmte Fälle schon auf der Straße richtig in das Ziel zu lenken. Es gebe keine Überorganisation, sondern im Moment eine Unterorganisation. Für das Land müssten die Universitätsmedizinen in die Pflicht genommen werden, dies seien zwei Kompetenzzentren. Alles andere sei auch eine Frage der Personalrekrutierung, wenn zum Beispiel Schwerin oder Neubrandenburg mit dabei sein sollten.

Prof. Dr. Neeltje van den Berg erklärt, dass sich auf die Anmerkungen von Prof. Dr. Hahnenkamp hinsichtlich der Kommunikation zwischen den Notaufnahmen beziehe. Es gebe dazu erste Erfahrungen im Bereich der Pädiatrie. Konkret laufe ein Innovationsfonds-Projekt mit inzwischen zwölf Kliniken, die ihre pädiatrischen Abteilungen miteinander verbunden hätten. Hier seien positive Effekte zu verzeichnen. Daher könne Sie betonen, dass diese Art der Versorgung gerade für Mecklenburg-Vorpommern relevant sei. Die ersten Erfahrungen zeigten, dass die technische Seite funktioniere und am Ende die Organisation zähle. Diese Art Systeme seien an den Universitätskliniken mit ihrer Ressourcenausstattung adäquat aufgehoben.

Dr. Timm Laslo betont, dass die Finanzierung des ursprünglichen Projektes Landrettung Mitte 2020 ausgelaufen sei. Der Telenotarzt sei erfolgreich in die Regelversorgung überführt worden. Die Grundlage dafür finde sich im Rettungsdienstgesetz. Hinsichtlich der Finanzierung der smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung seien die Gespräche sehr schwierig gewesen. Es stehe aber außer Frage, dass das Projekt weitergeführt und entsprechend für das Land ausgebaut gehöre. Es brauche dafür eine Lösung, denn zurzeit gebe es noch keine tragfähige Finanzierung.

Henning Kutzbach ergänzt, dass im nächsten Jahr bei den gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit in Höhe von 17 Milliarden Euro drohe. Spielraum für eine Leistungsausweitung sei vor diesem Hintergrund nicht zu erkennen.

Prof. Dr. Stefan Beckers erklärt hinsichtlich einer Vereinheitlichung der Systeme, dass es dafür keine einfache Antwort gebe. Es sei zu erkennen, dass es einen Markt gebe, der sich entwickle. Es habe Initiativen gegeben, die Betreiber der verschiedenen Systeme zusammenzubringen, um eine gemeinsame Schnittstelle zu erarbeiten. Es sei aber nur bei Absichtserklärungen geblieben. Es müsse bei einer entsprechenden Ausschreibung für die Technik darauf geachtet werden, diese Schnittstelle mit zu beauftragen. Dies stelle den Auftragnehmer allerdings vor große Herausforderungen.

Vors. **Katy Hoffmeister** betont, dass es darum gehen werde, bei der Ausschreibung und bei der Definition der Ausschreibungskriterien für die Technik der App entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Dr. Claudia Scheltz führt hinsichtlich der Qualifizierung der Telenotärzte aus, dass es einen Notarzt bräuchte, der langjährig im Einsatz sei, bestimmte Zusatzqualifikationen vorweisen könne und weiterhin im Einsatz sein müsse. Eine gesonderte Vorgabe für Telenotärzte gebe es von Ärztekammern in Mecklenburg-Vorpommern nicht. Es seien lediglich die Vorgaben zu beachten, die auch für normale Notärzte gelten würden. Für Telemedizin oder telemedizinische Notarztbegleitung gebe es hier auch keine Zusatzqualifikation.

Prof. Dr. Robert Northoff freut sich aus Sicht der Mecklenburgischen Seenplatte, dass der Landkreis von Greifswald aus telemedizinisch abzudecken sei. Bei den Punkten, die von Prof. Dr. Hahnenkamp angesprochen worden seien, gelte es zu klären, ob diese bei einer Novelle des Rettungsdienstgesetzes unter der Überschrift Vernetzung aufgenommen gehörten. Hinsichtlich der Finanzierung bei der Ersthelfer-App rege er den Gedanken einer Mischkalkulation an. Der Bereich der Ausbildung von Laienhelfer in großer Zahl erscheine als präventive Maßnahme. Hier seien dann die Kassen gefragt. Auf der anderen Seite lasse sich der Ersthelfer im Ehrenamt möglicherweise eher dem Katastrophenschutz zuordnen. Es brauche also auch eine Finanzierung aus Landesmitteln. Hier gehe es dann auch darum, das Projekt voran zu bringen und bekannt zu machen.

Uwe Borchmann betont, dass es relativ klar erscheine, dass die Projektfinanzierung für die Ersthelfer-App nicht im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse liege. Es erscheine richtig, dieses Instrument durch die Allgemeinheit zu finanzieren und die professionalisierte Rettung parallel laufen zu lassen. Er empfehle, das Thema Telemedizin größer zu denken. Es mache keinen Sinn, Konstellation zu schaffen, die sich explizit nur um ein Thema kümmern, wie zum beispielsweise nur den Telenotarzt. Er werbe dafür, ein Führungszentrum als Bestandteil der Universitätsmedizin Greifswald einzurichten. Das große Ziel sei es dabei, jeden Arzt, der in der Lage sei, die Leistung anzubieten, unabhängig von seinem eigentlichen Wohn- und Standort in das System einzubringen.

Dr. Claudia Scheltz gibt zu bedenken, dass für den Vorschlag von Uwe Borchmann im Moment die technischen Voraussetzungen fehlten. Möglich erscheine aber, dass sich vielleicht ein Notarzt zum telemedizinischen Notarzt weiterqualifizieren lasse und in einer telemedizinischen Zentrale seinen Dienst tue.

Uwe Borchmann bestätigt die Bedenken von Dr. Claudia Scheltz. Daher brauche es die General-Telemedizin-Plattform und eine Etablierung der Anschlüsse, um eine entsprechende Anbindung sicherzustellen.

Abg. **David Wulff** stellt fest, dass es möglich erscheine, ganz Mecklenburg-Vorpommern mit dem Telenotarztsystem auszustatten. Unabhängig davon seien noch Fragen des weiteren Ausbaus und weiterer Schritte der Professionalisierung zu beantworten. Hinsichtlich der Finanzierung der Ersthelfer-App sehe er die Kassen durchaus in der Pflicht, schließlich seien durch eine frühe Intervention eines Ersthelfers kostenintensive Krankheitsverläufe für die Kassen zu vermeiden. Es stelle sich die Frage an Prof. Dr. Beckers, wie in Aachen die Finanzierung gelinge.

Prof. Dr. Stefan Beckers antwortet auf die Fragestellung von David Wulff, dass man sich in der Region mit insgesamt sechs Landkreisen auf dieses System und die entsprechende Kostenübernahme geeinigt habe. So seien die Kosten jeweils anteilig von den Gebietskörperschaften zu tragen. Es sei auch in Nordrhein-Westfalen keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Ende der Sitzung: 17:18 Uhr

Re/Pre




Katy Hoffmeister

Vorsitzende