

# Niedersächsisches Ministerialblatt

72. (77.) Jahrgang

Hannover, den 12. 10. 2022

Nummer 41

## INHALT

<b>A. Staatskanzlei</b>			
Bek. 27. 9. 2022, Konsulate in der Bundesrepublik Deutschland .....	1332		
Bek. 12. 10. 2022, Verleihung der Niedersächsischen Landesmedaille .....	1332		
<b>B. Ministerium für Inneres und Sport</b>			
Bek. 12. 7. 2022, Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; „Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst“ .....	1332		
Bek. 13. 9. 2022, Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“ .....	1345		
<b>C. Finanzministerium</b>			
Gem. RdErl. 28. 9. 2022, Reisekostenrecht; Wegstreckenentschädigung gemäß § 5 NRKVO .....	1356		
20444			
RdErl. 1. 10. 2022, Durchführungshinweise zu den §§ 34 bis 36 NBesG .....	1356		
20441			
RdErl. 1. 10. 2022, Hinweis zur Pfändbarkeit jährlicher Sonderzahlungen nach dem NBesG .....	1356		
20441			
RdErl. 1. 10. 2022, Zahlung von familienbezogenen besoldungs- und versorgungsrechtlichen Leistungen an Angehörige des öffentlichen Dienstes; Überprüfung der Anspruchsberechtigung .....	1356		
20441			
<b>D. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung</b>			
<b>E. Ministerium für Wissenschaft und Kultur</b>			
<b>F. Kultusministerium</b>			
Bek. 21. 9. 2022, Kirchensteuerbeschluss für den im Land Niedersachsen gelegenen Teil des Katholischen Bistums der Alt-Katholiken in Deutschland für das Jahr 2023 .....	1356		
<b>G. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung</b>			
<b>H. Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz</b>			
<b>I. Justizministerium</b>			
AV 19. 9. 2022, Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Prävention von Kinder- und Zwangsehen sowie zum Schutz betroffener Mädchen und Jungen .....	1357		
33300			
<b>K. Ministerium für Umwelt, Energie, Bauen und Klimaschutz</b>			
<b>L. Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung</b>			
<b>Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser</b>			
Bek. 15. 9. 2022, Anerkennung der „Blaues Haus Stiftung“ .....	1358		
<b>Landesamt für Bergbau, Energie und Geologie</b>			
Bek. 4. 10. 2022, Einwirkungsbereich gemäß § 3 Abs. 3 EinwirkungsbergV; Öffentliche Bekanntgabe .....	1358		
<b>Stellenausschreibung</b> .....	1360		

Herausgegeben von der Niedersächsischen Staatskanzlei

Verlag und Druck: Umweltdruckhaus Hannover GmbH, Klusriede 23, 30851 Langenhagen, Telefon 0511 475767-0, Telefax 0511 475767-19, www.umweltdruckhaus.de. Erscheint nach Bedarf, in der Regel wöchentlich. Laufender Bezug und Einzelstücke können durch den Verlag bezogen werden. Bezugspreis pro Jahr 130,40 €, einschließlich 8,53 € Mehrwertsteuer und 12,80 € Portokostenanteil. Bezugskündigung kann nur 6 Wochen vor Jahresende schriftlich erfolgen. Einzelnummer je angefangene 16 Seiten 1,55 €. ISSN 0341-3500. Abbonementservice: Nils Lohmann, Telefon 0511 475767-22, Telefax 0511 475767-19, E-Mail: abo@umweltdruckhaus.de.

Einzelverkaufspreis dieser Ausgabe 3,10 € einschließlich Mehrwertsteuer zuzüglich Versandkosten.

**A. Staatskanzlei****Konsulate in der Bundesrepublik Deutschland****Bek. d. StK v. 27. 9. 2022 — 203-11700-5 GRC —**

Die Bundesregierung hat dem zum Leiter der berufskonsularischen Vertretung der Hellenischen Republik in Hamburg ernannten Herrn Ioannis Vikelidis am 26. 9. 2022 das Exequatur als Generalkonsul erteilt.

Der Konsularbezirk umfasst die Länder Hamburg, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Das dem bisherigen Generalkonsul, Herrn Michail Angelopoulos, am 1. 11. 2018 erteilte Exequatur ist erloschen.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1332

**Verleihung der Niedersächsischen Landesmedaille****Bek. d. StK v. 12. 10. 2022 — 203-11211/1 —**

Herr Ministerpräsident Stephan Weil hat Herrn Christian Wulff am 27. 4. 2022 die Niedersächsische Landesmedaille verliehen.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1332

**B. Ministerium für Inneres und Sport**

**Landesausschuss  
„Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG;  
„Schutz- und Hygienemaßnahmen  
im Rettungsdienst“**

**Bek. d. MI v. 12. 7. 2022  
— 35.22-41576-10-13/0 —**

**Bezug:** Bek. v. 14. 12. 2020 (Nds. MBl. S. 83)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zu Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst (**Anlage**) bekannt gegeben.

Die Bezugsbekanntmachung wird hiermit aufgehoben.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1332

**Anlage****Vorwort zur 2. Revision**

In der vorliegenden 2. Revision wird noch einmal auf „Neues zu COVID“ und zwei grundsätzliche Aspekte hingewiesen:

Aufgrund der umfangreichen Erfahrungen infolge der COVID-19-Pandemie wurden die im März 2020 zu Beginn der Pandemie erstellten Schutzmaßnahmen bei vermutlich oder gesicherten infektiösen Patienten mit COVID-19 angepasst. Die entscheidende Maßnahme gegen das Corona-Virus ist der Schutz der Einatmung durch eine dicht anliegende FFP2-Maske. Bei hoher Viruslast und in der unmittelbaren Nähe von hustenden Patienten sollten auch die Schleimhäute der Augen geschützt werden. Ansonsten müssen bei COVID-Patienten keine weiteren anderen Maßnahmen erfolgen als bei anderen Patienten. Wir sollten uns aber immer bewusst sein, dass auch wir für unsere Patienten eine Infektionsquelle dar-

stellen können. Auch hier schützt die FFP2-Maske sehr effektiv.

Die Desinfektion zwischen zwei Behandlungen und/oder Transporten von Patienten im Rettungsdienst erfolgt in den allermeisten Fällen als „Kontaktflächendesinfektion“ der Patientenumgebung durch eine mechanische Wischdesinfektion. Die desinfizierten Flächen können wieder benutzt werden, sobald sie trocken sind. Ein Abwarten der Einwirkzeit ist im Rahmen der Kontaktflächendesinfektion nicht notwendig und soll daher unterbleiben!

Auch die Volldesinfektion erfolgt als mechanische Wischdesinfektion. Die Volldesinfektion wird im Gegensatz zur Kontaktflächendesinfektion an der Rettungswache durchgeführt, wobei das Fahrzeug erst nach Abwarten der Einwirkzeit (maximal 60 Min.) wieder einsatzbereit ist. Eine Desinfektion durch Verneblung wird als Ersatz der Wischdesinfektion nicht akzeptiert. Von verschiedenen Methoden zur Volldesinfektion ist abzuraten.

**Empfehlung des Landesausschusses Rettungsdienst (LARD)  
in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen  
Landesgesundheitsamt (NLGA) zu Schutz- und  
Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst  
(Stand 19. 5. 2022, Revision 2024)**

**1. Vorbemerkungen und Ziele**

Sowohl in der Notfallrettung als auch im Krankentransport müssen Keimverschleppungen, Infektion der Patienten und Gefährdung des Rettungsdienstpersonals durch geeignete Maßnahmen verhindert werden. Durch Hygienepläne sind die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und Maßnahmen verbindlich vorzugeben. Diese sollen mit dem Ziel der Aktualisierung regelmäßig überarbeitet und in Inhalt und Form so erstellt werden, dass eine schnelle, sichere und der Situation angemessene Information für die Mitarbeiter gewährleistet ist. Dazu sind auch in vorzugebenden Intervallen entsprechende Schulungen der Anwender notwendig. Im Vergleich zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arzt- und sonstige Praxen humanmedizinischer Heilberufe) bestehen für den Rettungsdienst, der auch als Bindeglied zwischen medizinischen Versorgern tätig wird, spezifische Anforderungen und Schwerpunkte:

- zeitliche Dringlichkeit und hohe Priorität notfallmedizinischer Maßnahmen mit oft unbekanntem Keimbefall, Infektions- und Immunstatus der zu versorgenden Patienten (insbesondere in der Notfallrettung),
- Sicherstellungsauftrag mit der Notwendigkeit, nach einem Patiententransport zügig durch die Leitstelle planbare Einsatzbereitschaft wiederherzustellen,
- für die Mitarbeiter meist kurzfristige, oft wechselnde Patientenkontakte mit einer Vielzahl von Einsatzsituationen und Erkrankungen/Verletzungen,
- oft unvorhergesehener Kontakt mit Blut und Körpersekreten von Patienten,
- hohe Personalvariabilität mit sehr unterschiedlichen Kenntnissen und Erfahrungen in infektiologisch relevanten Einsatzsituationen,
- häufiges Handeln im öffentlichen Raum mit hoher Außenwirkung.

Hygienepläne und Verfahren, die ihren originären Schwerpunkt in der klinischen Anwendung sehen, berücksichtigen diese Umstände nur mit geringerer Priorität.

Unter ausdrücklichem Hinweis auf die grundsätzlichen Ausführungen in vielen verfügbaren Hygieneplänen für den Rettungsdienst (z. B. „Rahmenhygieneplan für Rettungs- und Krankentransportdienste“ des Länder-Arbeitskreises zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG) soll die vorliegende, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erarbeitete Empfehlung insbesondere eine schnelle, übersichtliche, praktikable und dennoch ausreichend detaillierte Information für das Einsatzpersonal des Rettungsdienstes in Form einer farbcodierten, tabellarischen Auflistung der häufigsten im Rettungsdienst vorkommenden Infektionen bzw. Erreger schaffen. Das Prinzip der Umsetzung ist eine risikoadaptierte Gruppierung der erforderlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen und Zuordnung zu möglichst wenigen Desinfektionsverfahren (s. u.) und Desinfektionsausführungen (s. u.), um Anwendungsvereinfachung, Vereinheitlichung und damit Anwendungssicherheit durch Fehlerminimierung zu erreichen.

Die im Hygieneplan des jeweiligen Rettungsdienstbereiches notwendigen Ausführungen, Vorgaben und Hinweise zu Risikobewertung, Arbeitsschutzmaßnahmen (persönliche Schutzausrüstung), Hygienemanagement, Verantwortlichkeiten, Durchführung der Standardhygienemaßnahmen (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Abfallentsorgung) werden durch die vorliegende Empfehlung nicht ersetzt und müssen weiterhin ggf. unter Nutzung der verfügbaren Empfehlungen und Muster erstellt werden.

Die unter Nummer 2 folgenden Ausführungen richten sich vorrangig an die für die Erstellung und Umsetzung des Hygieneplans verantwortlichen Personen im Rettungsdienst. Sie bieten Hintergrundinformationen und erklären die **Prinzipien, Merkmale und Systematik**, die dieser rettungsdienstspezifischen Empfehlung zugrunde liegen. Es wird den Verantwortlichen damit eine Anleitung zu den notwendigen Entscheidungen und Vorbereitungen bei der Umsetzung der Empfehlung gegeben.

Folgende Ziele sollen realisiert werden:

- eindeutige und gute Verständlichkeit zur schnellen Orientierung,
- Sicherheit in der Anwendung,
- schnelles Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft,
- Standardisierung im Rettungsdienstbereich,
- Anwendung von Schutz- und Hygienemaßnahmen nach aktuellem Stand der Wissenschaft.

Daher kommen in der Umsetzung folgende Prinzipien zur Anwendung:

- Reduzierung der Auswahlmöglichkeiten bei den Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Ausrüstungen, Vorgehensweisen, Desinfektionsmittel) auf das Notwendige und Praktikable,
- Zusammenfassung von Maßnahmen,
- Verzicht auf allein historisch begründete, wissenschaftlich nicht belegte Vorgehensweisen,
- Auswahl von Desinfektionsmitteln und -verfahren, die eine schnelle Wiedereinsatzbereitschaft der Rettungsmittel ermöglichen.

Das 3. Kapitel dieser Empfehlung bildet die **„Farbcodierte Maßnahmetabelle für ausgewählte Infektionskrankheiten und -erreger“**. Sie ordnet die in Kapitel 2 erläuterten Prinzipien den einzelnen Infektionskrankheiten und -erregern zu und soll für das Einsatzpersonal im Rettungsdienst die konkrete Vorgabe (Handlungsanweisung der Verantwortlichen) in der Einsatzsituation darstellen. Für die Rettungsleitstelle kann die Tabelle als Informationsgrundlage bei der Disposition von Rettungsmitteln (u. a. Einschätzung der Dauer bis zum Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft) dienen.

## 2. Prinzipien, Merkmale und Systematik der Empfehlung

### 2.1 Desinfektionsverfahren

Bei den in den Rettungsmitteln umzusetzenden Flächen-desinfektionsmaßnahmen sind anhand der von den Desinfektionsmittelherstellern herausgegebenen Produktinformationen, Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen die umzusetzenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes bzw. der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) festzulegen und einzuhalten. Es sollen im Sinne einer rationellen und sicheren Vorgehensweise möglichst wenige verschiedene Mittel, Konzentrationen und Einwirkzeiten zum Einsatz kommen. Dieses wird durch eine Zusammenfassung von Ansprüchen an die Wirkung des Desinfektionsmittels zu maximal drei Verfahrensvarianten erreicht.

Als „Verfahren“ wird dabei die Kombination von Mittel, Konzentration, Einwirkzeit und Methode (Wischdesinfektion) bezeichnet. In dieser Empfehlung werden folgende drei Verfahren der Flächendesinfektion unterschieden:

- A = normaler Wirkungsanspruch<sup>1)</sup> (bakterizid, levurozid, begrenzt viruzid),
- B = hoher Wirkungsanspruch (zusätzlich: fungizid, mykobakterizid, viruzid),
- C = höchster Wirkungsanspruch (zusätzlich: sporizid).

In Tabelle 1 sind die Wirkungsansprüche an Flächendesinfektionsmittel aufgeführt, die entsprechenden Prüfnormen benannt und den möglichen Verfahren A, B, C zugeordnet. Die Desinfektionsmittel mit der entsprechenden Konzentration und Einwirkzeit für die einzelnen Verfahren sind so zu wählen, dass die Desinfektion schnell, sicher, praktikabel und materialschonend erfolgt. Ferner ist zu gewährleisten, dass die Verfahren die Gesundheit der Patienten und des Personals nicht beeinträchtigen (z. B. durch Allergisierung, Haut- und Schleimhautreizungen) und die Forderungen des Biozidprodukte- und des Medizinprodukterechts Berücksichtigung finden. Es ist durchaus möglich, ein Desinfektionsmittel mit unterschiedlicher Konzentration und/oder Einwirkzeit in zwei Verfahren zu verwenden.

Tabelle 1: Wirkungsansprüche an Flächendesinfektionsmittel

Wirkungsanspruch	Wirkungsspektrum	Prüfnormen <sup>2)</sup>	Verfahren		
			A	B	C
<b>bakterizid</b>	vegetative (lebende) Bakterien	EN 1040 EN 13727	X	X	X
<b>levurozid</b>	Hefepilze	EN 13624	X	X	X
<b>fungizid</b>	Hefepilze und Schimmelpilze	EN 13624		X	X
<b>mykobakterizid</b>	Mykobakterien incl. Tuberkuloseerreger	EN 14348		X	X
<b>sporizid</b>	bakterielle Dauerformen (Sporen)	EN 14347			X
<b>begrenzt viruzid</b>	behüllte Viren	EN 14476	X	X	X
<b>begrenzt viruzid Plus</b>	behüllte Viren + Noro-, Rota- und Adenoviren	EN 14476		X	X
<b>viruzid</b>	behüllte + unbehüllte Viren	EN 14476		X	X

<sup>1)</sup> Der Begriff „Wirkungsanspruch“ bezieht sich auf die speziell für diese Empfehlung konzipierte Zuordnung von Verfahrensvarianten zu den Gruppen A, B und C und ist nicht zu verwechseln mit den vom Robert Koch-Institut (RKI) definierten Wirkungsbereichen von Desinfektionsmitteln.

<sup>2)</sup> Im Rahmen dieser Empfehlung wird nur auf die Europäischen Normen Bezug genommen. Es steht frei, sich auch auf nationale Normen wie DIN- oder DVV-Normen zu beziehen.

### 2.2 Anforderungen an Desinfektionsverfahren, Kriterien für die Auswahl von Wirkstoffen und Methoden der Anwendung

In Tabelle 2 sind detailliert für die Desinfektionsverfahren mit normalem, hohem und höchstem Wirkungsanspruch die zu stellenden Anforderungen aufgeführt. Damit können die für die Erstellung des Hygieneplans im Rettungsdienstbereich Verantwortlichen die bei den jeweiligen Verfahren einzusetzenden Desinfektionsmittel unter Beachtung der grundsätzlichen Forderungen, des erforderlichen Wirkungsspektrums und der empfohlenen Konzentrationen und Einwirkzeiten auswählen und festlegen.

In der Maßnahmetabelle im Kapitel 3 sind die bei den verschiedenen Infektionskrankheiten und -erregern einzusetzenden Desinfektionsmaßnahmen benannt.

Tabelle 2: Anforderungen an Desinfektionsverfahren

	A/normaler Wirkungsanspruch	B/hoher Wirkungsanspruch	C/höchster Wirkungsanspruch
<b>Grundsätzliche Forderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Verwendung aldehydfreier Desinfektionsmittel.</li> <li>— Beachtung europäischer Normen.</li> <li>— Sicherung einer umfassenden Materialverträglichkeit, bescheinigt durch entsprechende Desinfektionsmittelfreigaben der Hersteller der zu desinfizierenden Gegenstände und Flächen oder der Desinfektionsmittelhersteller.</li> <li>— Die Mittel sollen möglichst keine Rückstände bilden (sog. „Aufziehverhalten“), die ein intervallmäßiges Entfernen nötig machen.</li> <li>— Bei allen Flächendesinfektionsmaßnahmen sind anhand der herstellerseitigen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen die umzusetzenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes bzw. der GefStoffV festzulegen und einzuhalten.</li> </ul>		
<b>Erforderliches Wirkungsspektrum (siehe Tabelle 1)</b>	Bakterizid, levurozid, begrenzt viruzid, belegt durch Gutachten des Herstellers.	+ fungizid, mykobakterizid, viruzid, belegt durch Gutachten des Herstellers.	+ sporizid, belegt durch Gutachten des Herstellers.
<b>Beispiele einzusetzender Wirkstoffe</b>	Alkohole, alternativ auch quartäre Ammoniumverbindungen (QAV), Alkylamine, Alkylaminderivate oder Peroxidverbindungen.	Peroxidverbindungen, alternativ auch quartäre Ammoniumverbindungen (QAV), Alkylamine oder Alkylaminderivate.	Peroxidverbindungen
<b>Listungen</b>	Optional VAH-Desinfektionsmittelliste <sup>3)</sup>	Optional VAH-Desinfektionsmittelliste plus optional IHO-Viruzidieliste <sup>4)</sup>	RKI-Desinfektionsmittelliste <sup>5)</sup>
<b>Empfohlene Konzentration (Konz.) und Einwirkzeit (EWZ)</b>	Die mittels Konzentrat oder hergestellten Desinfektionslösungen sollen (je Wirkungsanspruch) auf eine Einwirkzeit von maximal 60 Min. (besser 15 oder 30 Min.) abgestimmt sein.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Alkoholische Desinfektionsmittel werden grundsätzlich unverdünnt angewendet und haben i. d. R. eine kurze EWZ (Herstellerangaben beachten!).</li> <li>— Bei Mischlösungen kann hier Konz. und EWZ z. B. mittels der VAH-Liste festgelegt werden.</li> </ul>	Für die Festlegung von Konz. und EWZ ist hier die Viruzidie der Maßstab, es sei denn, dass Fungizidie oder Mykobakterizidie höhere Konz. erfordern.	Die Festlegung der Konz. und EWZ erfolgt hier anhand der Herstellerangaben für Sporizidie.
<b>Methoden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Die Flächendesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion.</li> <li>— Eine Verneblung von Wirkstoffen ersetzt nicht die Wischdesinfektion und kann deswegen allenfalls zusätzlich zur Wischdesinfektion erfolgen<sup>6)</sup>.</li> <li>— Vorgetränkte Tücher (sog. „Wipes“ oder „Tissues“) erleichtern die Durchführung der Flächendesinfektion. Wiederverwendbare Wipe-Behälter sind gemäß den Herstellervorgaben aufzubereiten. Die betreffenden Maßnahmen sind in den Reinigungs- und Desinfektionsplan aufzunehmen.</li> </ul>		

<sup>3)</sup> Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene e. V. mit Aussagen für die routinemäßige und prophylaktische Desinfektion. Link: <https://vah-online.de/de/> Nach Registrierung kann die Liste kostenfrei genutzt werden.

<sup>4)</sup> Desinfektionsmittelliste des Industrieverbandes Hygiene u. Oberflächenschutz für industrielle u. institutionelle Anwendung e. V. mit Aussagen zur Viruswirksamkeit von Desinfektionsmitteln. Link: <http://www.ihoviruzidie-liste.de/Home/Page/1>.

<sup>5)</sup> Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren mit Aussagen zu behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen. Diese Liste soll nur zur Auswahl der Mittel, nicht zur Festlegung von Konz. und EWZ im Rettungsdienst in Hygiene- bzw. Reinigungs- und Desinfektionsplänen herangezogen werden. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Desinfektionsmittelliste/Desinfektionsmittelliste\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Desinfektionsmittelliste/Desinfektionsmittelliste_inhalt.html).

<sup>6)</sup> Siehe RKI/KRINKO: „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ (2004) Punkt 5.4.2 (Download unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche\\_Rili.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Rili.pdf?__blob=publicationFile)).

### 2.3 Desinfektions-Ausführungen

Die Flächendesinfektion im Rettungsmittel wird ausschließlich in den Ausführungen „Kontaktflächendesinfektion“ und „Vollendesinfektion“ umgesetzt. Indikationen für die jeweilige Ausführung und die bei der Ausführung zu beachtenden Hinweise sind unter den Nummern 2.3.1 und 2.3.2 aufgeführt.

#### 2.3.1 Kontaktflächendesinfektion

- Die Durchführung als Routinemaßnahme erfolgt direkt nach jedem Einsatz und
- bei Infektionstransporten (auch bei MRSA-, 3MRGN-, VRE-Besiedlung), bei denen eine umfangreiche Flächenkontamination nicht gegeben oder anzunehmen ist.
- Je nach Erreger können Desinfektionsmittel und Konzentrationen der Verfahren A, B oder C zur Anwendung kommen, bei den weitaus meisten Indikationen das Verfahren A.
- Desinfiziert werden nur die Flächen bzw. Geräte, die durch Patientenkontakt oder Freisetzung von Biostoffen kontaminiert wurden oder kontaminiert sein könnten.
- Offensichtliche Kontaminationen (z. B. Sputumanhaftung nach Husten) werden sofort desinfizierend beseitigt, die routinemäßig erfolgende Schnelldesinfektion von Kontaktflächen erfolgt nach der Patientenübergabe direkt vor Ort.

- Die Kontaktflächendesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion.
- Die routinemäßig nach jeder Fahrt bzw. nach jedem Gebrauch zu desinfizierenden Flächen, Gegenstände und Geräte sind im Hygieneplan bzw. in einem Reinigungs- und Desinfektionsplan zu listen. Je nach Sachverhalt und Situation ist vor Ort zu entscheiden, ob darüber hinaus weitere Flächen zu desinfizieren sind.
- Gemäß den Empfehlungen der KRINKO<sup>7)</sup> und der VAH<sup>8)</sup> können bei dieser Ausführung die desinfizierten Flächen benutzt werden, sobald sie trocken sind. **Ein Abwarten der Einwirkzeit ist im Rahmen der Kontaktflächendesinfektion nicht notwendig und soll daher unterbleiben!**

<sup>7)</sup> Siehe RKI/KRINKO: „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ (2004) Punkt 5.4.2 (Download unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche\\_Rili.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Rili.pdf?__blob=publicationFile)).

<sup>8)</sup> VAH-Veröffentlichung „Fragen und Antworten zu Maßnahmen der Antiseptik und der chemischen Desinfektion“ Seite 35 (Download unter [https://vah-online.de/files/download/VAH\\_Fragen\\_und\\_Antworten.pdf](https://vah-online.de/files/download/VAH_Fragen_und_Antworten.pdf)).

### 2.3.2 Volldesinfektion (Aufbereitung des gesamten Patientenraumes)

- Die Durchführung erfolgt als Routinemaßnahme in festen Intervallen. Dabei ist ein vierwöchiges Intervall unter der Voraussetzung als sachgerecht anzusehen, dass
  - der Patientenraum regelmäßig gereinigt und
  - die routinemäßige Kontaktflächendesinfektion nach jedem Einsatz gemäß Nummer 2.3.1 konsequent umgesetzt wird.
- Als Indikationsmaßnahme wird die Volldesinfektion bei Infektionstransporten mit besonderer Gefährdungslage und bei belegbarer Indikation durchgeführt.
- Für jede dieser Indikationen sind entsprechende Festlegungen im Hygieneplan erforderlich (siehe auch Tabelle 3).
- Je nach Erreger können Desinfektionsmittel, Konzentrationen und Einwirkzeiten der Verfahren A, B oder C zur Anwendung kommen. Je nach verwendetem Desinfektionsmittel ist es aber möglich, dass bei der Volldesinfektion nur zwei oder ein Verfahren angewandt werden.
- Die Volldesinfektion wird im Gegensatz zur Kontaktflächendesinfektion an der Rettungswache durchgeführt, wobei das Fahrzeug erst nach Abwarten der Einwirkzeit (maximal 60 Min., s. o.) wieder einsatzbereit ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Einwirkzeit und Konzentration sich nur dann an der RKI-Liste orientieren sollen, wenn die entsprechende Desinfektionsmaßnahme behördlich angeordnet wurde. Im Regelfall gelten stattdessen die jeweiligen Herstellervorgaben.
- Die Volldesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion. Die mechanische Reinigung ist hierbei wichtig! Eine Desinfektion durch Verneblung wird als Ersatz der Wischdesinfektion nicht akzeptiert.<sup>9)</sup> Von verschiedenen Methoden zur Volldesinfektion ist abzuraten.
- Es werden alle Flächen innerhalb des Patientenraumes einschließlich der eingebauten Schränke desinfiziert. Die zu desinfizierenden Flächen und Gegenstände sind im Hygieneplan bzw. im Reinigungs- und Desinfektionsplan zu listen.

### 2.4 Schutzmaßnahmen

Für den Einsatz von Schutzmaßnahmen gelten folgende Regeln und Prinzipien, die in der Tabelle 3 umgesetzt sind:

- Vorgaben des Arbeitsschutzes zur persönlichen Schutzausrüstung (PSA) bei jedem Einsatz (z. B. Tragen von Handschuhen<sup>10)</sup> bei jedem Patientenkontakt) und bei besonderem Risiko durch möglichen Kontakt mit Blut, Ausscheidungen, Sekreten, Aerosolen, insbesondere bei Verspritzen von Körperflüssigkeiten, sind grundsätzlich zu beachten. Hierzu gehören z. B. das Tragen einer Schutzbrille durch die Mitarbeiter, patientenseitig der Mund-Nasen-Schutz (soweit toleriert) und ggf. „Heat and Moisture Exchanger“ (sog. HME-Filter) beim Patienten mit Tracheostoma. In der Tabelle 3 werden diese Schutzmaßnahmen nur bei gegebener Indikation aufgrund der Infektionskrankheit bzw. der Erregereigenschaften aufgeführt.
- Es soll kein obligatorischer Gebrauch von Schutzmitteln bei jeder Fahrt erfolgen.
- Vorrangig sollen Kittel genutzt werden, wenn Schutzkleidung erforderlich ist.
- Tragen von Overalls ist nur „besonderen Einsatzfällen“ vorbehalten, dazu sollen Sets mit Overalls, **FFP2-Masken** und Schutzbrillen bereitgehalten und verwendet werden.
- Infektiologische Indikationen für Schutzbrillen und FFP2-Masken sind selten gegeben (z. B. offene Tuberkulose).

<sup>9)</sup> Siehe VAH-Veröffentlichung „Fragen und Antworten zu Maßnahmen der Antiseptik und der chemischen Desinfektion“ Seite 35 (Download unter [https://vah-online.de/files/download/VAH\\_Fragen\\_und\\_Antworten.pdf](https://vah-online.de/files/download/VAH_Fragen_und_Antworten.pdf)). Das RKI ist der Auffassung, dass die Raumdesinfektion als eine Ergänzung zur Wischdesinfektion anzusehen ist (siehe Punkt 3.3 der RKI-Liste).

<sup>10)</sup> Das Tragen von Handschuhen stellt eine reine Arbeitsschutzmaßnahme für die Mitarbeiter dar. Aus hygienischer Sicht ist zu beachten, dass das Risiko der Keimübertragung auf den Patienten erhöht wird, wenn die Maßnahme dazu führt, dass die Mitarbeiter sich weniger häufig die Hände desinfizieren, weil sie sich der Übertragungsgefahr nicht mehr bewusst sind.

- Nach den Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie können FFP2-Masken gut beim Patienten eingesetzt werden, ggf. MNS, wenn die FFP2-Maske nicht toleriert wird.
- Zur Vereinfachung des Vorgehens wird kein Unterschied zwischen Tröpfchen- und aerogener Übertragung gemacht, und es werden die verschiedenen MRE (MRSA, MRGN, VRE) gemeinsam aufgeführt.
- Es besteht kein Bedarf für besondere Schutzmaßnahmen bei Patienten mit Besiedlung durch 2MRGN-Bakterien bzw. Bakterien, die ESBL produzieren.

### 2.5 Besondere Hinweise zu Infektionsschutzmaßnahmen während der Corona-Pandemie Stand 19. 5. 2022

Nach zwei Jahren COVID-19-Pandemie konnten sehr viele Erkenntnisse über die Virusübertragung, Infektion und Krankheitsschwere gewonnen werden. Wir wissen jetzt, dass das SARS-CoV-2-Virus in fast allen Fällen direkt durch Tröpfchen oder Tröpfchenkerne (Aerosole) beim Ausatmen und Einatmen bei geringem Abstand zwischen den Menschen übertragen wird. Daher sollte, wenn möglich, ein Abstand von 1,5 m eingehalten werden. Vor allem bei hoher Viruslast und längerem Aufenthalt in geschlossenen Räumen spielen insbesondere die Aerosole eine wichtige Rolle, da sie sich im Raum verteilen und über einen längeren Zeitraum und bei größerem Abstand eingeatmet werden können. Kontakt- und Schmierinfektionen spielen eher eine untergeordnete Rolle.

#### **Das heißt, die entscheidende Maßnahme ist der Schutz der Einatmung durch eine dicht anliegende FFP2-Maske.**

Die Händedesinfektion beeinflusst die Corona-Virus-Übertragung nicht wesentlich, ist aber im Rettungsdienst grundsätzlich im Rahmen der Basishygiene ein „Muss“.

Bei hoher Viruslast könnten auch die Schleimhäute der Augen eine begrenzte Rolle bei der Übertragung spielen. Daher ist ein Schutz der Augen mit Brille, Schutzbrille oder Plexiglasschirm insbesondere bei hustenden Patienten zu empfehlen. Eine zusätzliche Schutzkleidung beeinflusst die Corona-Virusübertragung nicht, so dass sie, wie sonst auch, nur bei engen Kontakten mit dem Patienten, Flüssigkeiten u. Ä. getragen werden muss.

Die Mitarbeiter im Gesundheitsdienst und auch im Rettungsdienst sind verpflichtet, darauf zu achten, dass von ihnen keine Infektionsgefahren für die möglicherweise vulnerable Patienten ausgehen. Das beinhaltet das Tragen einer FFP2-Maske, einen vollständigen Impfschutz, die vorgeschriebenen Virus-Teste, Achten auf Infektionsgefahren und ein „Selbstmonitoring“ zur frühen Erfassung von eigenen Krankheitssymptomen.

Achten Sie auf eigene Infektionssymptome (kein Dienstantritt mit Infektionssymptomatik).

**Achtung:** SARS-CoV-2-Übertragungen zwischen Beschäftigten erfolgen fast immer in Sozialräumen oder bei engem „Face to Face“-Kontakt. **Insbesondere in Einsatzsituationen wird folgendes Vorgehen empfohlen:**

Besondere Infektionsschutzmaßnahmen zum Eigenschutz:

- Vor jedem Patientenkontakt grundsätzlich FFP2-Maske aufsetzen, bei engem Kontakt mit hustenden Patienten Schutzbrille,
- dem Patienten, wenn irgendwie möglich, eine FFP2-Maske oder mindestens einen MNS anlegen,
- bei gesicherter COVID-19-Erkrankung bzw. SARS-CoV-2-Infektion des Patienten sind FFP2-Maske und Schutzbrille zu verwenden und ggf. bei engem Kontakt (s. o.) zusätzlich ein Schutzkittel anzulegen.

Grundsätzlich sind auch die regionalen Vorgaben des Rettungsdienstträgers, seiner Gesundheitsbehörde und Ärztlichen Leitung Rettungsdienst zu beachten. Bei einem Kontakt mit COVID-19-Patienten ist unter Nutzung der oben beschriebenen Schutzmaßnahmen keine weitere Maßnahme nötig, konnten die Schutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, ist das konsequente Tragen der FFP2-Maske entscheidend und die Selbstinspektion. Bei Krankheitssymptomen im Sinne einer COVID-19-Infektion in Selbstisolation gehen und die Mindestzeiten einhalten, ggf. „Freitesten“.

### Tabelle 3: Farbcodierte Maßnahmentabelle für ausgewählte Infektionskrankheiten und -erreger

bezugnehmend auf Angaben des Rahmenhygieneplans für Rettungs- und Krankentransportdienste des Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG/März 2011

**Grün** = der Standardhygiene entsprechend

**Gelb** = von Standardhygiene abweichend

**Rot** = besondere Gefährdungssituation

In der Tabelle werden Standardmaßnahmen des Arbeitsschutzes (PSA) wie Tragen von **Schutzhandschuhen** bei jedem Patientenkontakt und Schutzmaßnahmen bei besonderem Risiko durch Exposition gegenüber Blut, Ausscheidungen, Sekreten, Aerosolen, insb. bei Verspritzen von Körperflüssigkeiten (**Schutzbrille**, ggf. **MNS** für Blut, Körperflüssigkeiten, ggf. **MNS** für den Pat. bzw. „Heat and Moisture Exchanger“ [HMS] beim Stomaträger) nur aufgeführt, wenn sie aufgrund der Infektionskrankheit bzw. Erregereigenschaften indiziert sind.

Mit gebrauchter, verschmutzter und kontaminierter Wäsche ist nach den Vorgaben der beauftragten, zugelassenen Wäscherei zu verfahren! In Niedersachsen bestehen keine gesetzlichen Vorgaben zur notwendigen Qualifikation bei der Durchführung von Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen im Rettungsdienst, daher wird der Begriff „Hygienebeauftragter (HB)“ verwendet.



Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz		Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren	
<b>Adenovirus-Infektion</b>	Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral, Konjunktivitis oder Meningoenzephalitis (siehe dort)						
<b>Affenpocken</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit						
<b>AIDS</b> (nur im Vollbild mit durch Immunsuppression bedingter multipler Keimbildung/Infektion)/Erkrankung des Immunsystems durch HIV-Viren	Blut, Körperflüssigkeiten, Sekrete	hämatogen, iatrogen, aerogen					bei Nadelstichverletzung: PEP
<b>Anthrax</b>	siehe Milzbrand — Wenn Lungenmilzbrand, siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit						
<b>Aspergilliose</b> /eine Form der Lungenentzündung (Pneumonie) durch <i>Aspergillus fumigatus</i> (Pilz)	in der Luft befindliche Pilzsporen	aerogen, jedoch keine Gefahr für betreuendes RD-Personal					
<b>Atemwegsinfektion</b> /unterschiedliche Erreger bzw. Erreger unbekannt	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte					
COVID-19/SARS-CoV-2-Infektion siehe SARS-CoV-2							
<b>Borreliose</b> (Lyme-Borreliose)/systemische Infektionskrankheit durch <i>Borrelia burgdorferi</i> (Bakterium)		Zeckenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch /keine Gefahr für Personal					



Schutzhandschuhe  
Arbeitsschutz



Schutzmittel



Schutzverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll  
(AS180103)



Kontaktaufnahme



Hygienebeauftragter



Gesundheitsamt



wenn tolerabel

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz		Desinfektion		Extras	
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
<b>Botulismus</b> /Lebensmittelvergiftung durch <i>Clostridium botulinum</i> (sporenbildendes Bakterium)	verdorbenes Lebensmittel	durch botulinustoxinhaltige Lebensmittel/keine Gefahr für Betreuende				Kontaktflecken	<b>A</b>	
<b>Candida-Infektion</b> (Candidiasis)/meist Hautinfektion durch <i>Candida albicans</i> (Pilz)	je nach Lokalisation	meist endogen, auch Schmierinfektion möglich				Kontaktflecken	<b>A</b>	
<b>Cholera</b> /Darminfektion mit systemischen Auswirkungen durch <i>Vibrio cholerae</i> (Bakterium)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Volldeinfektion	<b>A</b>	<b>GA</b> <b>HB</b>
<b>Clostridium-difficile</b> -Infektion (CDI) oder CDAD/Darminfektion durch <i>Clostridium-difficile</i> (sporenbildendes Bakterium)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflecken - falls Kontamination mit Fäkalien: Volldeinfektion	<b>C</b>	mechanische Reinigung ist wichtig!
<b>COVID-19</b>	siehe SARS-CoV-2							
<b>Coxsackievirus</b> -Infektion	Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral oder Konjunktivitis (siehe dort)							
<b>Creutzfeld-Jakob-Krankheit</b> (CJD) bzw. CJK, vCJK/Erkrankung des Nervensystems durch Prionen wie auch BSE, Kuru (infektiöse Eiweißpartikel)	Liquor, lymphatisches Gewebe	sporadisch, genetisch, iatrogen/keine Gefahr für Personal				Kontaktflecken	<b>A</b>	
<b>Diphtherie</b> /Lokale (Mund-Rachen-Raum) oder allgemeine Erkrankung (innere Organe) durch <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (Bakterium)	Atemwegs- und Wundsekrete	aerogen, evtl. direkte oder indirekte Kontakte			 FFP2	 MNS	<b>A</b>	<b>GA</b> <b>HB</b>
<b>Ebola</b> -Infektion	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit							
<b>Echovirus</b> -Infektion	Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral oder Meningoenzephalitis (siehe dort)							
<b>Escherichia Coli</b> -Infektion	Frage, ob Enteritis infectiosa bakteriell, Wund-, Harnwegs- oder Atemwegsinfektion oder Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
<b>EHEC-, ETEC-, EIEC</b> -Infektion	siehe Enteritis infectiosa bakteriell oder HUS							



Schutzhandschuhe  
Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel



Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll  
(AS180103)



Kontaktaufnahme



Hygienebeauftragter



Gesundheitsamt



wenn tolerabel



**HB**



**GA**



**GA**



\*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
<b>Enteritis infectiosa bakteriell</b> (außer Typhus, Paratyphus/Infektion des Verdauungstraktes durch bakterielle Erreger (z. B. Salmonellen, Campylobacter))	Stuhl, Erbrochenes	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfflächen	<b>A</b>	
<b>Enteritis infectiosa viral</b> oder Erreger unbekannt/Infektion des Verdauungstraktes durch virale Erreger (z. B. Noro- Rota- oder Adenoviren)	Stuhl, Erbrochenes	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfflächen	<b>B</b>	
<b>Enterokokken-/Enterobacter Infektion</b>	Frage, ob Enteritis infectiosa bakteriell, Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion, Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
<b>Enzephalitis</b>	siehe Meningoenzephalitis							
<b>Erysipel</b> (Wundrose)/Bakterielle Hautinfektion mit Streptokokken der Gruppe A (Bakterien)	Wundsekret	direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfflächen	<b>A</b>	
<b>ESBL</b> -(Extended spectrum beta-lactamase) Bakterien	siehe MRE							
<b>Flohbefall</b>	keine	körperliche Kontakte				Kontaktfflächen	<b>A</b>	
<b>FSME</b> -Infektion	keine	Zeckenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch /keine Gefahr für Personal				Kontaktfflächen	<b>A</b>	
<b>Gasbrand</b> /eine Art Wundinfektion meist durch <i>Clostridium perfringens</i> (sporenbildendes Bakterium)	Wundsekret, Eiter, Stuhl	Übertragung infolge Verletzung oder intraoperativ/keine Gefahr für Personal				Kontaktfflächen	<b>C</b>	
<b>Gastroenteritis</b>	siehe Enteritis infectiosa bakteriell oder viral							
<b>Gürtelrose</b> (Zoster)/lokale Form einer Infektion mit Varizella-Zoster-Viren	Initialinfektion erfolgt aerogen (Windpocken) Sekret virushaltiger Bläschen oder Krusten	Aerogen, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfflächen	<b>A</b>	Immunschutz des Personals



Schutzhandschuhe Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll (AS180103)



Kontaktaufnahme



Hygienebeauftragter



Gesundheitsamt



wenn tolerabel



**GA**



**HB**



**\***

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz				Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren			
<b>Harnwegsinfektion</b> /infektion der ableitenden Harnwege wie Zystitis oder Urethritis/verschiedene Bakterien, ggf. multiresistent (siehe dort)	Urin	direkte und indirekte Kontakte					Kontakflächen	<b>A</b>	
<b>Hepatitis A oder E</b> /infektiöse Leberentzündung mit Hep. A- oder E-Viren	Stuhl, Urin	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontakflächen	<b>B</b>	
<b>Hepatitis B, C, D oder G</b> /infektiöse Leberentzündung mit Hepatitis B-, C-, D- oder G-Viren	Blut, Körperflüssigkeiten	hämatogen, iatrogen, u. a. infolge Nadelstichverletzung					Kontakflächen	<b>A</b>	Personal sollte HBV-Impfschutz haben, ggf. PEP  nur wenn massiv mit Blut kontaminiert
<b>HIV-Infektion</b> /Erkrankung des Immunsystems durch HIV-Viren; zur Erkrankung <b>AIDS</b> siehe dort	Blut, Körperflüssigkeiten	hämatogen, iatrogen					Kontakflächen	<b>A</b>	bei Nadelstichverletzung: PEP
<b>Hochkontagiöse Infektionskrankheit</b> wie Affenpocken, Häemorrhagisches Fieber, Lungenpest, Lungenmilzbrand durch unterschiedliche Bakterien oder Viren	unterschiedliche Substanzen	unterschiedliche Übertragungswege					Volldesinfektion	<b>C</b>	<b>GA</b> <b>HB</b> Details siehe Hygieneplan
<b>HUS</b> (hämolytisch-urämisches Syndrom)/Infektion, die zu einer Schädigung der Blutzellen, Blutgefäße und Nieren führt/verursacht durch E.coli-Stämme wie EHEC, EIEC oder ETEC	Stuhl, Erbrochenes	kontaminierte Lebensmittel, fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontakflächen	<b>A</b>	
<b>Influenza</b> („Grippe“)/systemische Virusinfektion mit unterschiedlichem Verlauf und Schweregrad verursacht durch verschiedene Influenza-Viren	Atemwegssekrete	aerogen, direkte und indirekte Kontakte					Kontakflächen	<b>A</b>	Bitte auf die aktuellen Infos des RKI & NLGA achten

**Schutzhandschuhe** Arbeitsschutz Infektionsschutz  
**Schutzmittel** Schutzoverall  
**Schutzmaske**  
**Schutzbrille** ggf./ evtl.  
**Infektionsmüll** (AS180103)  
**Kontaktaufnahme** Hygienebeauftragter Gesundheitsamt wenn tolerabel  
**HB** **GA** \*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz		Desinfektion		Extras	
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
<b>Impetigo contagiosa</b> /Lokale Hautinfektion durch Staphylokokken oder Streptokokken (Bakterien)	Eiter, Wundsekret	direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Keuchhusten</b>	siehe Pertussis							
<b>Klebsiella</b> -Infektion oder -Kolonisation	Frage, ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion oder Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
<b>Konjunktivitis</b> /Bindehautentzündung durch Bakterien (z. B. Chlamydien, Neisserien, Pseudomonaden) o. Viren (z. B. Adeno-, Coxsackie-, Herpesviren)	Tränen, Eiter	direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen	<b>B</b>	Dauer bis trocken
<b>Krätze</b>	siehe Skabies							
<b>KRIM-Kongo-Fieber</b>			siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit					
<b>Kryptosporidiose</b> /Infektion des Verdauungstraktes durch Kryptosporidien (Protozoenart)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen	<b>A</b>	Desinfektionsmittel wirken unzureichend
<b>Läuse</b> (Insekten)	keine	körperliche Kontakte						
<b>Lassa-Fieber</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit							
<b>Legionellose</b> / Lungenentzündung durch <i>Legionella pneumophila</i> (Bakterienart)	keine	keine Übertragung von Mensch zu Mensch, keine Gefahr für Personal				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Lungenpest</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit							
<b>Lungenmilzbrand</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheit							
<b>Lungentuberkulose</b>	siehe Tuberkulose							
<b>Lyme-Borreliose</b>	siehe Borreliose							
<b>Malaria</b> /systemische Infektionskrankheit durch Plasmodien (Protozoenart)	keine	Mückenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch /keine Gefahr für Personal				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Marburg-Fieber</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheiten							











Schutzhandschuhe Arbeitsschutz Infektionsschutz

Schutzmittel Schutzoverall Schutzmaske Schutzbrille ggf./ evtl. Infektionsmüll (AS180103)

Kontaktaufnahme Hygienebeauftragter Gesundheitsamt wenn tolerabel

**HB**

**GA**

\*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz				Desinfektion		Extras	
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren				
<b>Masern</b> /mit Hautausschlag einhergehende, systemische Infektionskrankheit durch Masern-Viren	Atemwegssekrete	aerogen/sehr hohe Ansteckungsgefahr						<b>MNS*</b>	<b>GA</b> <b>HB</b> Immunschutz des Personals Ggf. PEP	
<b>Meningitis</b> bzw. <b>Meningoencephalitis</b> /Hirnhautentzündung durch Meningokokken oder andere Erreger (Bakterien oder Viren).	Mund- und Atemwegssekrete	aerogen, evtl. Kontakte						<b>MNS*</b>	<b>GA</b> Ggf. PEP (Chemo-prophylaxe)	
<b>MERS</b> bzw. <b>MERS-CoV</b>	siehe SARS-CoV-2									
<b>Milzbrand</b> mit Ausnahme von Lungenmilzbrand/Haut oder Darminfektion mit systemischen Auswirkungen durch <i>Bacillus anthracis</i> (sporenbildendes Bakterium)	Blut, Fleisch oder Körperflüssigkeiten infizierter Tiere, sporenhaltiger Staub	direkter Kontakt mit erregerehaltigen Materialien						<b>FFP2</b>		<b>HB</b>
<b>Mononukleose</b> (Pfeiffersches Drüsenfieber)/grippeähnliche Systemerkrankung durch Epstein-Barr-Viren	Mund- und Atemwegssekrete	Küsse, gemeinsame Benutzung von Trinkgefäßen/keine Gefahr für Betreuende								<b>A</b>
<b>MRE</b> = verschiedene multiresistente Erreger wie <b>MRSA</b> = multiresistente Variante von <i>Staphylococcus aureus</i> <b>MRGN</b> = Sammelbezeichnung für multiresistente gramnegative Bakterien, unterschieden in die Resistenzstufen 3- und 4MRGN. Bei 2MRGN bzw. ESBL genügt die Basishygiene <b>VRE</b> = multiresistente Enterokokken	Je nach Lokalisation unterschiedliche Körpersekrete und -exkrete wie Speichel, Urin, Wundsekret etc.	Vorrangig direkte und indirekte Kontakte, u. U. auch aerogen (z. B. beim Niesen)						<b>MNS*2</b> bei Tracheostoma HME-Filter	<b>CA-MRSA<sup>3</sup></b>	Pat. soll für den Transport frische Leibwäsche tragen

1) Nur bei Gefahr der Exposition gegenüber einem infektiösen Aerosol (z. B. MRE-pos. Patient mit MRE-bedingter Atemwegsinfektion oder Patient mit produktivem Husten) bzw. wenn der MRE-positive Patient einen MNS nicht toleriert. Es sollen nicht sowohl das Personal als auch der Patient eine Maske tragen!

2) Nur sinnvoll, wenn eine Kolonisation bzw. Infektion des Nasen-Rachenraumes bzw. der Atemwege vorliegt. Beim MRSA ist dies meist der Fall, bei MRGN oder VRE nur in Ausnahmefällen.

3) CA-MRSA = Community Acquired MRSA (wurde außerhalb des Gesundheitssystems erworben, Infektion/Erkrankung durch gesunde Personen möglich)

Arbeitsschutz  
 Handschuhe  
 Gesichtsschutz  
 FFP2  
 MNS  
 GA  
 HB  
 Infektionsmüll (AS180103)  
 Kontaktaufnahme  
 Schutzmaske  
 Schutzbrille  
 ggf./ evtl.  
 Schutzoverall  
 Desinfektion  
 \*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
I. d. R handelt es sich bei den MRE um fakultativ pathogene Floraanteile						<ul style="list-style-type: none"> <li>• allen 4MRGN</li> <li>• bei 3MRGN nur <i>Acinetobacter baumannii</i> oder <i>Klebsiella pneumoniae</i>.</li> </ul>		
<b>Mumps</b> /virale Entzündung der Ohrspeicheldrüse durch Mumpsviren	Atemwegssekrete, Tränenflüssigkeit, Blut, Liquor, Urin	aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfächen	<b>A</b>	Immunschutz des Personals
<b>Noro-Virus</b> -Infektion	siehe Enteritis infectiosa viral oder Erreger unbekannt					 MNS*		
<b>Ornithose</b> (= Psittakose oder Papageienkrankheit)/Atemwegserkrankung mit grippeähnlichen Symptomen durch <i>Chlamydia psittaci</i> (Bakterienart)	kontaminierter Staub- bzw. Kotpartikel, respiratorisches Sekret	aerogen, direkter Kontakt zu infizierten Vögeln/Übertragung von Mensch zu Mensch nicht nachgewiesen/keine Gefahr für Personal					<b>A</b>	
<b>ORSA</b> - Infektion oder Kolonisation	siehe MRE							
<b>Parainfluenza</b>	siehe Influenza							
<b>Paratyphus</b> (A, B, C)	siehe Typhus abdominalis							
<b>Pest</b>	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheiten							
<b>Pertussis</b> (= Keuchhusten)/Infektion mit Hustenanfällen durch <i>Bordetella pertussis</i> (Bakterium)	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte				Kontaktfächen	<b>A</b>	Immunschutz des Personals
<b>Pfeiffersches Drüsenfieber</b>	siehe Mononukleose							
<b>Pneumonie</b>	siehe Atemweginfektion							
<b>Psittakose</b>	siehe Ornithose							



Schutzhandschuhe  
Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel



Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll  
(AS180103)



Kontaktaufnahme



HB



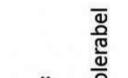
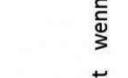
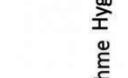
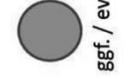
GA



\*

wenn tolerabel

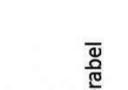
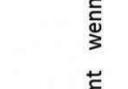
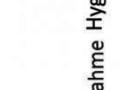
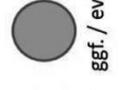
Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz		Desinfektion		Extras	
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
<b>Ringelröteln</b> (= Erythema infectiosum) /mit einem Erythem einhergehende, Infektionskrankheit durch Parvoviren; Bei RD-Transportnotwendigkeit nur Begleiterkrankung vorkommend	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. auch über Handkontakte, selten über Blutprodukte				Kontaktflächen	<b>B</b>	
<b>Rotavirus-Infektion</b>	siehe Enteritis infectiosa viral							
<b>Röteln</b> /mit einem Exanthem einhergehende Infektionskrankheit durch Rötelnviren	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. direkte Kontakte Gefahr für Schwangere wg. möglicher intrauteriner Fruchtschädigung				Kontaktflächen	<b>A</b>	Immunschutz des Personals
<b>RS-Virus</b>	siehe Atemwegsinfektion							
<b>Ruhr</b>	siehe Enteritis infectiosa bakteriell							
<b>Salmonellose</b>	siehe Enteritis infectiosa bakteriell							
<b>SARS-CoV-2 (COVID-19), SARS-CoV-1, MERS</b>	respiratorische Tröpfchen, Aerosole und Sekrete	aerogen, direkte und evtl. indirekte Kontakte				Kontaktflächen	<b>A</b>	Bitte auf die aktuellen Infos des RKI & NLGA achten
<b>Scharlach</b> /Entzündung des Mund-Rachenraumes (Sonderform ist der Wundscharlach) die <i>Streptococcus pyogenes</i> (Bakterium)	respiratorische Sekrete	aerogen				Kontaktflächen	<b>A</b>	Immunschutz des Personals
<b>Sepsis</b> ("Blutvergiftung")/lebensgefährliche systemische Infektion durch verschiedene, vorwiegend bakterielle Erreger	Blut oder andere Körperflüssigkeiten	meist endogen/keine Gefahr für Personal				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Skabies</b> (= Krätze)/parasitäre Hautinfektion durch Krätzemilben.	evtl. Hautschuppen	enge Körperkontakte und evtl. Kontakte mit kontaminierten Textilien				Kontaktflächen	<b>A</b>	



Arbeitsschutz  
 Schutzhandschuhe  
 Infektionsschutz  
 Schutzmittel  
 Schutzoverall  
 Schutzmaske  
 Schutzbrille  
 ggf. / evtl.  
 Infektionsmüll (AS180103)  
 Kontaktaufnahme  
 Hygienebeauftragter  
 Gesundheitsamt  
 wenn tolerabel

**HB GA \***

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz		Desinfektion		Extras	
			Personal (PSA)	Pat.	Ausführung	Verfahren		
<b>Tetanus</b> (Wundstarrkrampf)/mit Lähmungen einhergehende Infektion durch <i>Clostridium tetani</i> (Bakterium)	Staub, Gartenerde, Stuhl, Wundsekret	meist infolge Verletzung/keine Gefahr für Personal				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Toxoplasma</b> /systemisch parasitäre Infektionskrankheit durch <i>Toxoplasma gondii</i> (Protozoen)	evtl. kontaminierte Lebensmittel	Kontakt mit Katzen o. alimen-tär/keine Gefahr für Perso-nal, aber f. Schwangere wg. Abortgefahr o. intrauteriner Fruchtschädigung				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Tuberkulose</b> /mit Gewebein-schmelzungen einhergehende Infektionskrankheit durch <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , bei der verschiedene Organe betroffen sein und unterschiedliche Infektionsgefahren bestehen können. Hierdurch ergeben sich verschiedene Hygienemaßnahmen								
<b>Offene Lungentuberkulose</b>	Atemwegssekret, kontaminierte Staubpartikel	aerogen					<b>B</b>	
<b>Geschlossene Lungentuberkulose</b>	keine	keine				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Tuberkulose übrige Formen</b> (z. B. Nierentuberkulose)	je nach Lokalität: Eiter, Urin, Stuhl, Liquor, Blut, genitaler Ausfluss	iatrogen, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen - Bei Kontamination m. Biostoffen: Volldesinfektion.	<b>B</b>	
<b>Typhus abdominalis</b> /Paratyphus (A, B, C)/lebensbedrohliche Darmin-fektion durch <i>Salmonella typhi</i> bzw. <i>paratyphi</i> (Bakterien)	Stuhl, Erbrochenes, Blut, Urin, Eiter	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen - Falls Kontamination mit Fäkalien: Volldesinfektion	<b>B</b>	
<b>VRE</b> -Infektion oder Kolonisation								
<b>Windpocken</b> (Varizellen)/mit einem Exanthem einhergehende systemische Infektion durch Varizellen-Zoster-Viren, Windpocken und Gürtelrose verur-sachen können (siehe dort)	Atemwegssekrete, Bläscheninhalte	aerogen				Volldesinfektion im Sinne einer desinfizierenden Grundreinigung	<b>A</b>	Immunschutz des Personals
<b>Wundinfektion</b> /Erreger: meist Bakterien	Wundsekret, Blut	iatrogen durch direkte und indirekte Kontakte				Kontaktflächen	<b>A</b>	
<b>Zeckenenzephalitis</b>								
siehe FSME								



Schutzhandschuhe Arbeitsschutz Infektionsschutz

Schutzmittel

Schutzoverall

Schutzmaske

Schutzbrille

ggf. / evtl.

Infektionsmüll (AS180103)

Kontaktaufnahme

Hygienebeauftragter

Gesundheitsamt

wenn tolerabel

**HB**

**GA**

\*

**Landesausschuss  
„Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG;  
Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst  
Niedersachsen“**

**Bek. d. MI v. 13. 9. 2022  
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“ (**Anlage**) bekannt gegeben.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1345

## Landesausschuss Rettungsdienst

# Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“

(Stand 17.07.22)

## 1 Ziel

Das Ziel ist eine flächendeckende, landesweit einheitliche Versorgung aller RTW, N-KTW und NEF im Land Niedersachsen mit einer „telenotfallmedizinischen Unterstützung“. Durch die Anbindung an eine telenotfallmedizinische Unterstützung (Telenotfallmediziner, TNM) wird eine weitere rettungsdienstliche Ressource hinzugefügt. Die telenotfallmedizinische Unterstützung ist als ergänzendes Strukturelement des existierenden boden- und luftgebundenen Rettungssystems zu verstehen, deren Befähigungsgrad auf einem definierten und einheitlich hohen Niveau liegen muss.

## 2 Definition der Telenotfallmedizin

Telenotfallmedizinische Unterstützung ist die virtuelle Einbindung eines/einer Notarztes/Notärztin mit geeigneter Technik in einen rettungsdienstlichen Einsatz zur Unterstützung des den Patienten behandelnden, nicht-ärztlichen Personals und der Notärzte mit weiterer notfallmedizinischer Entscheidungskompetenz.

Die telenotfallmedizinische Versorgung in Niedersachsen erfolgt über Arbeitsplätze, die organisatorisch Teil einer geeigneten Rettungsleitstelle (TNM-Leitstelle) sind. Diese setzen den Telenotfallmediziner/ die Telenotfallmedizinerin nach Alarmierung durch ein anforderndes Rettungsmittel nach dessen SOP (Standard Operating Procedure) ein. Alle TNM-Leitstellen arbeiten über geeignete Schnittstellentechnik landesweit synergistisch zusammen. Einsatz und Abrechnung erfolgen angelehnt an das Vorgehen bei Rettungsmitteln.

Alle technisch und personell befähigten Rettungsmittel können über ihre Rettungsleitstellen eine telenotfallmedizinische Unterstützung bei einer TNM-Leitstelle anfordern. Die Einsatzverfügbarkeiten aller telenotfallmedizinischen Ressourcen in Niedersachsen ist zentral einsehbar. Es gibt eine niedersachsenweit–einheitliche Empfehlung zum Einsatz der Telenotfallmedizin (über SOP geregelt), welche regelmäßig über den LARD angepasst wird.

Eine vom LARD entsprechend eingesetzte Arbeitsgruppe „Telenotfallmedizin“ unter Beteiligung der verantwortlichen ÄLRD aller TNM-Standorte und Fachberatern des nichtärztlichen rettungsdienstlichen Personals entwickelt hierzu kontinuierlich die Grundlagen.

Zur Bemessung und Ausgestaltung der telenotfallmedizinischen Unterstützung in Niedersachsen dienen zunächst die Ergebnisse des Projekts „Telenotfallmedizin Niedersachsen“ in Goslar und Northeim unter § 18a NRettDG.

Die TNM wird über die initiale Projektierung kontinuierlich im Sinne der Empfehlungen zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst des LARD evaluiert und weiterentwickelt. Bestimmte Kennzahlen sind Teil des KBQA-Datensatzes. Die Ergebnisse werden allen TNM-Standorten offengelegt und weitere Empfehlungen des LARD entsprechend angepasst. Es besteht ein fachlicher Austausch mit den telenotfallmedizinischen Äquivalenten der anderen Bundesländer.

Die Anzahl der TNM-Arbeitsplätze ergibt sich aus einer fortlaufenden landesweiten Bemessung.

## 2.1 Kernaufgaben

Kernaufgaben der telenotfallmedizinischen Unterstützung sind:

- **Telemedizinisch-notärztliche Fernbehandlung** eines Patienten, der durch ein Rettungsmittel vor Ort versorgt wird. Hierbei ist der Behandlungsumfang abhängig vom Ausbildungsgrad des rettungsdienstlichen Personals am Patienten (TNM-Behandlung), ein ausreichend hoher Ausbildungsgrad des NotSan ist hierbei essenziell,
- **Telemedizinisch-notärztliche Patientenaufklärung**, bei der der Patient vis-a-vis notärztlich aufgeklärt wird. (bidirektionale Audio-Video-Kommunikation erforderlich (TNM-Aufklärung)),
- **Telemedizinisch-notärztliches Konsil/** Beratung eines Notarztes bei komplexen Einsatzsituationen (TNM-Konsil),
- **Telemedizinisch-notärztlich unterstützte Patientenverlegung** (TNM-Sekundärtr.),
- **Telemedizinische Supervision** zur notärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Kernalgorithmen der telenotfallmedizinischen Unterstützung sind landesweit einheitlich Bestandteil der NUN-Algorithmen.

## 2.2 Telenotfallmediziner\*in (TNM)

Ein Telenotfallmediziner\*in ist eine besonders erfahrene, im Rettungsdienst aktiv tätige Person mit Notarztqualifikation, welche nach einheitlichen Vorgaben zusätzlich fortgebildet ist. Die Eignung wird durch den verantwortlichen Träger des TNM-Arbeitsplatzes unter Beteiligung der ÄLRD festgestellt.

Sie verfügt über folgende Eignungen:

- **Facharzt**, oder Arzt mit Facharztreihe in einem Gebiet mit unmittelbarem Bezug zur klinischen und rettungsdienstlichen Notfall- und Intensivmedizin,
- **Zusatzbezeichnung Notfallmedizin**,
- > 5 Jahre **notärztliche Erfahrung** nach Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin,
- **Einsatzerfahrung** über mindestens 500 konventionelle Notarzteinsätze,
- spezifische **telenotfallmedizinische Schulung** inkl. Kommunikationsausbildung,
- Kurs Interhospitaltransport nach DIVI-Empfehlung wünschenswert, alternativ gleichwertige Erfahrung im Interhospitaltransport,
- Ausbildung zum LNA wünschenswert.

Der/die Telenotfallmediziner\*in ist adäquat eines Rettungsmittels im Sinne des NRettdG. Er/sie ist an eine geeignete Rettungsleitstelle personell, organisatorisch und technisch angebunden (TNM-Rettungsleitstelle) und durch diese in seinem Einsatzfeld entsprechend zeitnah alarmier- und einsetzbar. Er/sie arbeitet im Einsatz an einem geeigneten telenotfallmedizinischen Arbeitsplatz. Die Einsatzverfügbarkeit der TNM ist durch ein geeignetes System von allen Rettungsleitstellen einsehbar, in deren Versorgungsbereichen sie angebunden ist.

## 2.3 Aus- und Fortbildung

Das eingesetzte Personal im Rettungsdienst, das Personal der Rettungsleitstellen und das Personal der Telenotfallmedizin sind entsprechend einem landesweit einheitlichen Schulungskonzept für telenotfallmedizinische Einsätze aus- und regelmäßig fortzubilden.

Kernpunkte der Ausbildung umfassen:

- Grundlagen der Telenotfallmedizin,

- die eingesetzte Technik,
- den telemedizinischen Einsatzablauf (SOP Telenotfallmedizin),
- Besonderheiten der sicheren Kommunikation,
- Einsatzszenarien Telenotfallmedizin.

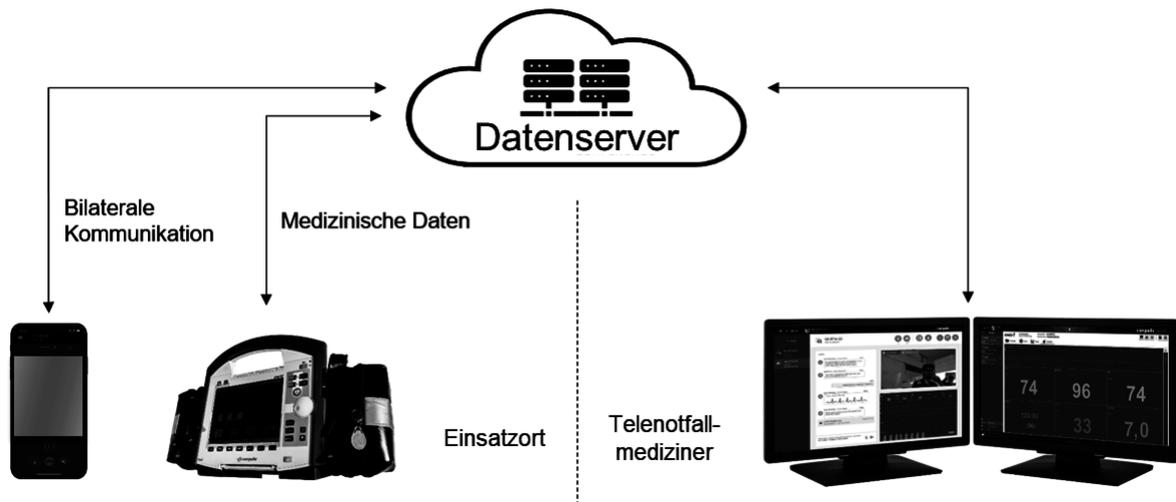
Zeitansatz telenotfallmedizinischer Ausbildung:

- Anwender Rettungsdienst (NotSan, RettAss, RettSan, NÄ)  
1-tägig an einem Anwenderstandort,
- Instruktor Telenotfallmedizin (erfahrene Anwender Rettungsdienst):  
2-tägig an einem TNM-Standort,
- Telenotfallmediziner (geeignete NÄ):  
3-tägig an akkreditiertem TNM-Ausbildungsort.

Es erfolgt eine regelmäßige Supervision der TNM im Peer-to-Peer-Verfahren aller TNM-Standorte unter Begleitung der verantwortlichen ÄLRD.

## 2.4 Grundlegende Technik

Die virtuelle Einbindung erfolgt über eine geeignete bidirektionale audiovisuelle Kommunikationstechnik in Echtzeit mit der einsatzbedingt erforderlichen, kontinuierlichen Vitaldatenübertragung der Patienten in Echtzeit. Hierzu sind der telenotfallmedizinische Arbeitsplatz und das angebundene Rettungsmittel entsprechend ausgestattet. Die Umfang der Ausstattung der Rettungsmittel hängt von ihrem Aufgabenbereich ab (z.B. Basismonitoring N-KTW).



*Grundsätzliche Struktur der Telenotfallmedizin*

Der sichere Datentransfer mit Verfügbarkeit einer adäquaten Datenübertragung bei mindestens 95% aller telenotfallmedizinischen Einsätze ist Voraussetzung. Die Datenverschlüsselung erfolgt nach dem aktuellen Stand der Technik.

Die Eröffnung des Dialoges erfolgt in der Regel primär durch das anfordernde Rettungsmittel. Ohne eine aktive Bestätigung eines der Dialogpartner bei Anruf wird keine Audio-Video-Verbindung aufgebaut.

### 2.4.1 Telenotfallmedizinischer Arbeitsplatz

Der telenotfallmedizinische Arbeitsplatz ist organisatorisch an eine geeignete Rettungsleitstelle (TNM-Leitstelle) angebunden. Hierunter versteht man einen nahtlosen bidirektionalen Informationsfluss zwischen dieser Rettungsleitstelle und der TNM im Einsatz

nach Maßgabe des TNM. Eine räumliche Anbindung ist sinnvoll, damit die TNM einsatzbedingt auch die Leitstelle fachlich unterstützen kann.

Der/die Telenotfallmedizinerin verfügt neben der grundlegenden Technik zur Telenotfallmedizin über folgende Möglichkeiten:

- **Redundante** Kommunikationsstruktur als Rückfallebene,
- **Datenschutzkonformes** Datenmanagement und Langzeitdatenspeicherung,
- Zugriff auf aktuellste **Diagnose- und Behandlungsalgorithmen** bzw. Verfahrensanweisungen der versorgenden Rettungsdienstbereiche in digitaler Form,
- Einsicht in **GPS-Daten** der eingebundenen Rettungsmittel,
- Verfügbarkeit einsatzrelevanter Leitstellendaten zur Unterstützung des Einsatzmanagements bzw. adäquaten Wahl des bestgeeigneten Zielkrankenhauses,
- Forensisch sichere und MIND3-kompatible digitale Dokumentationsmöglichkeit des telenotfallmedizinischen Einsatzes,
- Mindestens ein redundanter telenotfallmedizinischer Arbeitsplatz.

Alle telenotfallmedizinischen Arbeitsplätze können über eine geeignete Schnittstelle landesweit nahtlos synergistisch und redundant arbeiten (Einsatzübernahme, Zusammenarbeit im Einsatz, etc.).

#### 2.4.2 Technische Voraussetzung vor Ort (Rettungsmittel)

Die telenotfallmedizinisch angebotenen Rettungsmittel verfügen über die grundlegende Technik der Telenotfallmedizin:

- Mobile Audio-Video-Einheit (z.B. Smartphone) zur Übertragung der bidirektionalen audiovisuellen Kommunikation,
- Monitoring zur kontinuierlichen Übertragung der im Einsatz erforderlichen Vitaldaten in Echtzeit (mind. 12-Kanal EKG, RR, SpO<sub>2</sub>, AF),
- geeignete Einsatzdokumentation zur Übergabe der Einsatzinformationen an den Weiterbehandelnden unter besonderer Darstellung der telenotfallmedizinischen Verantwortlichkeiten,
- GPS-Positionsübertragung.

#### 2.5 Einsatzindikationen Telenotfallmedizin

Bei der Alarmierung einer arztbesetzten Ressource ist somit eine Trennung zwischen Indikationen für einen „Notarzt“ und einer „telenotfallmedizinischen Unterstützung“ vorzunehmen. Es ist Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst festzulegen, in welchen Situationen sie die Nutzung einer telenotfallmedizinischen Unterstützung empfiehlt.

Die **Alarmierung des Telenotfallmediziners** erfolgt meldebildabhängig wie folgt

- Anforderung durch Rettungsmittel,
  - wenn das Rettungsmittel vor Ort eine zusätzliche telemedizinische Unterstützung anfordert und eine physische Anwesenheit eines Notarztes nicht erforderlich erscheint,
  - wenn der Notarzt vor Ort eine zusätzliche ärztliche Unterstützung/Beratung anfordert (telenotfallmedizinisches Konsil, Supervision),
  - wenn der Notarzt vor Ort seinen initial behandelten Patienten an den Telenotfallmediziner zur Transportbegleitung übergibt.
- Anforderung durch Rettungsleitstelle,

- parallel zum Rettungswagen bei geplanten Sekundärverlegungen, die eine telenotfallmedizinische Unterstützung während der Verlegung erforderlich macht.
- präemptive Bereitstellung zur Verkürzung des notärztlich therapiefreien Intervalls bei fehlender Verfügbarkeit eines Notarztes.

#### 2.5.1 Typische Indikationen „Telenotfallmedizinische Unterstützung“

Die Indikationsstellungen werden kontinuierlich weiterentwickelt und richten sich auch nach lokalen Voraussetzungen und Erfordernissen.

Beispielhaft sind genannt:

- **Ausschöpfung bestehender SOP** (z.B. anhaltende Hypertension bei Schlaganfall),
- **Stärkster Schmerzzustand** ohne begleitende Vitalgefährdung, falls Anwendung von Betäubungsmitteln (BTM) erforderlich (Indikationsstellung nach BtmG),
- **Akuter Thoraxschmerz** ohne Zeichen einer Dekompensation in A, B und/oder C,
- **Transportverweigerung**, wenn aus Sicht des Rettungsmittels erforderlich (ärztliche Beurteilung und Aufklärung des Patienten zur rechtlichen Absicherung für den NotSan, RettAss),
- **Transportverzicht**, wenn nach entsprechender SOP weitere ärztliche Beurteilung und Aufklärung des Patienten erforderlich (SOP Transportverzicht),
- **Ärztliche Hilfestellung** des Rettungsdienstes (z.B. unklare Notfälle, EKG-Interpretationen, etc.)
- Unterstützung eines Notarztes,
- **Sekundärverlegungen** nach definierten Kriterien,
- Erforderliche telenotfallmedizinische Unterstützung vor Eintreffen eines Notarztes (**Verkürzung des notärztlich-therapiefreien Intervalls**).

#### 2.6 Dokumentation

Über jeden telenotfallmedizinischen Einsatz wird eine digitale Dokumentation nach den Empfehlungen des LARD angefertigt. Die Dokumentation ist geeignet, alle notwendigen Kennzahlen zu erfassen.

Für jeden TNM-Einsatz wird folgende Dokumentation angefertigt:

- **Einsatzdokumentation des Rettungsmittels vor Ort**, welche bei Übergabe des Patienten an den Weiterbehandler den Informationsfluss aus dem Einsatz enthält. Diese Dokumentation muss eine klare Unterscheidung zwischen den Maßnahmen und Feststellungen, welche durch das RM selbst getroffen wurden und solchen, welche durch die TNM getroffen wurden, für den Weiterbehandler sichtbar machen.
- **Einsatzdokumentation des/der TNM**, welche der medizinrechtlichen Absicherung des/der TNM dient. Diese Dokumentation muss eine klare Unterscheidung zwischen den Maßnahmen und Feststellungen, welche durch das RM selbst getroffen wurden und solchen, welche durch die TNM getroffen wurden, enthalten.

Die Einsicht in die personenbezogene Einsatzdokumentation ist nur Befugten möglich. Hierzu sind von den im TNM-Einsatz beteiligten Trägern entsprechende Regeln aufzustellen.

### 3 Voraussetzungen zur Teilnahme an telenotfallmedizinischer Versorgung

Um telenotfallmedizinische Versorgung sinnvoll einsetzen zu können, müssen vor Anbindung an ein TNM-System bestimmte organisatorische Voraussetzungen im Verantwortungsbereich des jeweiligen Träger Rettungsdienst bereits umgesetzt sein.

Nur so kann der Einsatz der TNM sicher und effizient erfolgen und eine ineffektive Belastung dieser Ressource wird vermieden.

Folgende Voraussetzungen sind erforderlich:

- Umgesetztes Fortbildungskonzept für das rettungsdienstliche Personal
  - Grundlage zur gezielten Fortbildung
- Nachweis über erforderlichen Fortbildungs -umfang und -inhalte
  - Befähigung zur Umsetzung telenotfallmed. Delegationen auf ausreichendem Sicherheitsniveau
- Vorgabe und Umsetzung eines erforderlichen Mindestmaßes an NUN-Algorithmen durch die ÄLRD
  - Vermeidung einer nicht erforderlichen Beanspruchung der TNM-Unterstützung
- Teilnahme der ÄLRD am regelmäßigen landesweiten Austausch der ÄLRD
  - Abgleich von Handlungsabläufen,
  - Abgleich erforderlicher Ausstattungsgrundsätze,
  - Abgleich der Fortbildungsniveaus und fortlaufenden Gestaltung der NUN-Algorithmen

## 4 Qualitätsmanagement

Die Telenotfallmedizin verpflichtet sich in Niedersachsen den Grundsätzen des Qualitätsmanagements. Die erhobenen Daten aller telenotfallmedizinischen Arbeitsplätze werden jährlich ausgewertet und kontinuierlich Kennzahlen weiterentwickelt.

Folgende beispielhafte Daten sollen in telenotfallmedizinischen Einsätzen erhoben und regelmäßig ausgewertet werden:

- Veränderung der Anzahl und des Anteils von
  - TNM-Inanspruchnahme,
  - Einsatz- und Behandlungsdauer der eingesetzten Rettungsmittel,
  - ambulanter Versorgung,
  - Transporten in die Notaufnahmen,
  - Verteilung des NACA-Scores,
  - Vergleich Stadt/Land,
- Reduktion des ärztlich therapiefreien Intervalls,
- Guideline-Adhärenz in Diagnostik und Therapie (Tracerdiagnosen),
- Steigerung der Dokumentationsqualität,
- Erfassung systembedingter technischer und medizinischer Komplikationen,
- Rückmeldezahlen arztbesetzter Rettungsmittel (NEF, TNM)
- Einwicklung der Einsatzzahlen arztbesetzter Rettungsmittel vor und nach Einführung einer telenotfallmed. Unterstützung

Der Landesausschusses Rettungsdienst begleitet fachlich nach Einführung eines landesweiten Systems die Weiterentwicklung der telenotfallmedizinischen Versorgung. Die Ergebnisse dienen als Grundlage der regelmäßig aktualisierten Empfehlungen des LARD zur Telenotfallmedizin und der Festlegung von Kennzahlen für die Telenotfallmedizin.

## Kernthesen „Telenotfallmedizin (TNM) im Rettungsdienst Niedersachsen“

- Ziel ist eine **flächendeckende, landesweit einheitliche Versorgung** aller RTW, N-KTW und NEF im Land Niedersachsen mit einer „telenotfallmedizinischen Unterstützung“ auf einem definierten und einheitlich hohen Niveau und einer rechtlich gesicherten Basis.
- Um telenotfallmedizinische Versorgung sinnvoll einsetzen zu können, müssen vor Anbindung an ein TNM-System bestimmte **definierte organisatorische Voraussetzungen** im Verantwortungsbereich des jeweiligen Träger Rettungsdienst im Vorfeld umgesetzt sein.
- Telenotfallmedizinische Arbeitsplätze sind organisatorisch Teil einer **geeigneten Rettungsleitstelle** (TNM-Leitstelle). Alle TNM-Leitstellen arbeiten landesweit synergistisch und vernetzt zusammen.
- Alle technisch und personell befähigten Rettungsmittel können über ihre Rettungsleitstellen eine telenotfallmedizinische Unterstützung bei einer TNM-Leitstelle **anfordern**.
- Die **Darstellung der Einsatzverfügbarkeiten** aller telenotfallmedizinischen Ressourcen in Niedersachsen ist zentral einsehbar.
- Alle telenotfallmedizinischen Arbeitsplätze können über eine geeignete Schnittstelle landesweit **nahtlos synergistisch und redundant arbeiten**.
- Es gibt eine niedersachsenweit-einheitliche **Empfehlung zum sinnhaften Einsatz der TNM** (Rahmen über SOP geregelt).
- Es ist **Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst** festzulegen, in welchen Situationen (innerhalb des landesweiten Rahmens) er die Nutzung einer telenotfallmedizinischen Unterstützung empfiehlt.
- **Kernalgorithmen der telenotfallmedizinischen Unterstützung** sind landesweit einheitlich Bestandteil der NUN-Algorithmen.
- **Telenotfallmediziner/innen** sind aktive Notärzte/innen mit einer definierten hohen Erfahrung und einer speziellen Fortbildung nach einheitlichen Vorgaben.
- Das eingesetzte Personal im Rettungsdienst, das Personal der Rettungsleitstellen und die Telenotfallmediziner sind entsprechend einem **landesweit einheitlichen Schulungskonzept** für telenotfallmedizinische Einsätze aus- und regelmäßig fortzubilden.
- Die TNM erfolgt über eine **geeignete bidirektionale audiovisuelle Kommunikationstechnik in Echtzeit** mit der einsatzbedingt erforderlichen, **kontinuierlichen Vitaldatenübertragung** der Patienten in Echtzeit, mit Verfügbarkeit einer adäquaten Datenübertragung bei mindestens 95% (gemäß aktueller Leitlinie) aller telenotfallmedizinischen Einsätze.
- Über den telenotfallmedizinischen Einsatz wird eine **digitale Dokumentation** angefertigt, die zwischen Maßnahmen und Feststellungen des Rettungsmittels und des TNM unterscheiden.
- Der Landesausschuss Rettungsdienst begleitet fachlich nach Einführung eines landesweiten Systems die Weiterentwicklung der telenotfallmedizinischen Versorgung. Die Ergebnisse dienen als Grundlage der regelmäßig aktualisierten Empfehlungen des LARD zur Telenotfallmedizin und der Festlegung von Kennzahlen für die Telenotfallmedizin (**Qualitätsmanagement**).

Bildmaterial:



*Telenotfallmedizinisches Szenario*



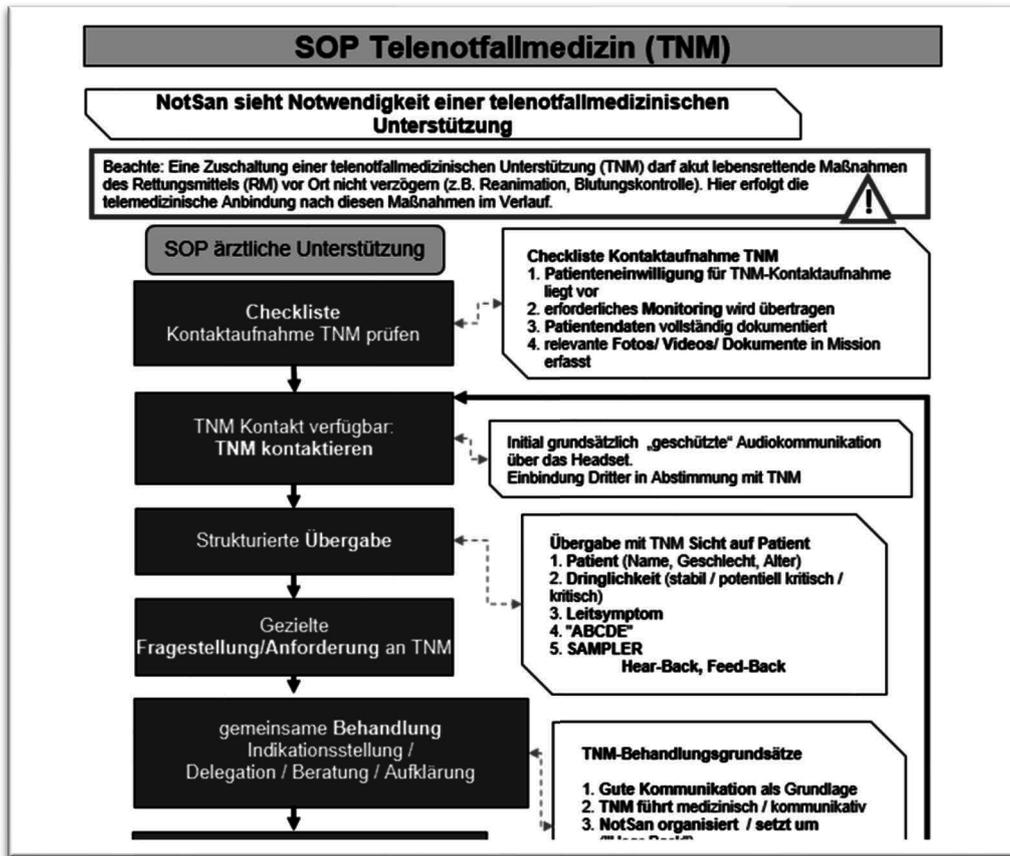
*Telenotfallmedizinisches Szenario*



*Telenotfallmedizinische Ausstattung des Rettungsmittels im Einsatz*



*Telenotfallmedizinischer Arbeitsplatz*



Ausschnitt SOP Telenotfallmedizin



Übergabesituation nach telenotfallmedizinischem Einsatz an weiterbehandelnden Arzt

**C. Finanzministerium****Reisekostenrecht;  
Wegstreckenentschädigung gemäß § 5 NRKVO****Gem. RdErl. d. MF, d. StK u. d. übr. Min. v. 28. 9. 2022  
— VD3 03500/001/01/05/01 —****— VORIS 20444 —****1. Regelungsinhalt**

Aufgrund der derzeit hohen Energiekosten, welche Beamtinnen und Beamten, die Dienstreisen und dienstlich veranlasste Reisen mit einem privaten Kraftfahrzeug durchführen, in umfangreichem Maße zusätzlich belasten, wird folgende Regelung getroffen:

Für Dienstreisen im Zeitraum vom 1. 10. 2022 bis zum 30. 6. 2023 — hierzu zählen auch Dienstreisen, die am 1. 10. 2022 bereits angetreten waren, sowie Dienstreisen, die bis einschließlich 30. 6. 2023 angetreten werden — gelten folgende Regelungen:

Abweichend von § 5 Abs. 2 NRKVO beträgt die Wegstreckenentschädigung bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges oder eines anderen privaten motorbetriebenen Beförderungsmittels 25 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 125 EUR je Dienstreise.

Abweichend von § 5 Abs. 3 Satz 1 NRKVO beträgt die Wegstreckenentschädigung 38 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, wenn vor Antritt der Dienstreise das erhebliche dienstliche Interesse an der Benutzung eines privaten Kraftwagens festgestellt wurde

**2. Schlussbestimmung**

Dieser Gem. RdErl. tritt am 1. 10. 2022 in Kraft und mit Ablauf des 31. 12. 2027 außer Kraft.

An die  
Dienststellen der Landesverwaltung  
Kommunen und die der Aufsicht des Landes unterstehenden anderen  
Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1356

**Durchführungshinweise zu den §§ 34 bis 36 NBesG****RdErl. d. MF v. 1. 10. 2022  
— VD4-03602/1/§34-§36(VV) —****— VORIS 20441 —**

**Bezug:** RdErl. v. 1. 6. 2017 (Nds. MBl. S. 792), geändert durch  
RdErl. v. 15. 4. 2021 (Nds. MBl. S. 738)  
— VORIS 20441 —

Der Bezugserrlass wird mit Wirkung vom 1. 10. 2022 wie folgt geändert:

In Absatz 3 Satz 1 wird das Datum „31. 12. 2022“ durch das Datum „31. 12. 2024“ ersetzt.

An die  
Dienststellen der Landesverwaltung

Nachrichtlich:

An die  
Region Hannover, Landkreise, Gemeinden und der Aufsicht des Landes  
unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1356

**Hinweis zur Pfändbarkeit jährlicher Sonderzahlungen  
nach dem NBesG****RdErl. d. MF v. 1. 10. 2022  
— VD4-11 11/1, 11 67/1 —****— VORIS 20441 —**

**Bezug:** RdErl. v. 1. 2. 2017 (Nds. MBl. S. 159)  
— VORIS 20441 —

Der Bezugserrlass wird mit Wirkung vom 1. 10. 2022 wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird das Datum „31. 12. 2022“ durch das Datum „31. 12. 2024“ ersetzt.

An die  
Dienststellen der Landesverwaltung  
Region Hannover, Landkreise, Gemeinden und der Aufsicht des Landes  
unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1356

**Zahlung von familienbezogenen besoldungs-  
und versorgungsrechtlichen Leistungen;  
an Angehörige des öffentlichen Dienstes;  
Überprüfung der Anspruchsberechtigung****RdErl. d. MF v. 1. 10. 2022  
— VD4-11 39/0, VD3-21 21/57 —****— VORIS 20441 —**

**Bezug:** RdErl. v. 1. 2. 2017 (Nds. MBl. S. 159)  
— VORIS 20441 —

Der Bezugserrlass wird mit Wirkung vom 1. 10. 2022 wie folgt geändert:

In Nummer 3 Satz 1 wird das Datum „31. 12. 2022“ durch das Datum „31. 12. 2024“ ersetzt.

An die  
Dienststellen der Landesverwaltung  
Nachrichtlich:  
An die  
Region Hannover, Landkreise, Gemeinden und der Aufsicht des Landes  
unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1356

**F. Kultusministerium****Kirchensteuerbeschluss  
für den im Land Niedersachsen gelegenen Teil  
des Katholischen Bistums der Alt-Katholiken  
in Deutschland für das Jahr 2023****Bek. d. MK v. 21. 9. 2022 — 36.1-54063/11 —**

**Bezug:** Bek. v. 29. 8. 2019 (Nds. MBl. S. 1304)

Der Kirchensteuerbeschluss für das Jahr 2023 vom 27. 7. 2021 ist im Einvernehmen mit dem MF genehmigt worden und wird nach § 2 Abs. 9 KiStRG i. d. F. vom 10. 7. 1986 (Nds. GVBl. S. 281), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. 3. 2022 (Nds. GVBl. S. 201), bekannt gemacht:

Der als Anlage der Bezugsbekanntmachung veröffentlichte Kirchensteuerbeschluss für das Haushaltsjahr 2020 gilt inhaltlich unverändert für das Jahr 2023 fort.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1356

## I. Justizministerium

### **Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Prävention von Kinder- und Zwangsehen sowie zum Schutz betroffener Mädchen und Jungen**

AV d. MJ v. 19. 9. 2022 — 4209-PrävO3.29 —

— VORIS 33300 —

#### **1. Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage**

1.1 Das Land Niedersachsen gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinien und der VV/VV-Gk zu § 44 LHO Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Prävention von Kinder- und Zwangsehen sowie zum Schutz betroffener Mädchen und Jungen.

1.2 Ein Anspruch des Antragstellers auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht, vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

#### **2. Gegenstand der Förderung**

Gefördert werden Personal- und Sachausgaben für Projekte und Maßnahmen:

- die der wissenschaftlichen Erforschung des Dunkelfeldes im Themenbereich Kinder- und Zwangsehen sowie einem damit verbundenen Wissenszuwachs für effektive Präventions-, Schutz- und Hilfemaßnahmen dienen;
- die das Fachwissen und die vor Ort vorhandenen Kompetenzen der Akteurinnen und Akteure im Umgang mit dem Themenfeld von Zwangsverheiratungen, Kinder- und Zwangsehen und potenziell betroffenen Personen stärken; zur Vernetzung und zum fachlichen Austausch dieser Akteurinnen und Akteure beitragen, insbesondere durch geeignete Strukturen auf lokaler und kommunaler Ebene;
- die Maßnahmen zum Schutz betroffener Kinder und Jugendlicher auf lokaler und kommunaler Ebene bekannt machen und unterstützen;
- die der Bewusstmachung, Selbstermächtigung und Stärkung potenziell Betroffener, sowie der niedrigschwelligen Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit dienen

und so zur Prävention von Zwangsverheiratungen, Kinder- und Zwangsehen sowie zum Schutz betroffener Mädchen und Jungen beitragen.

#### **3. Zuwendungsempfänger**

Zuwendungsempfänger sind juristische Personen des privaten Rechts und juristische Personen des öffentlichen Rechts. Zuwendungsempfänger, die ihren Sitz nicht in Niedersachsen haben, müssen nachweisen, dass sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt und das zu fördernde Projekt auf Niedersachsen beziehen.

#### **4. Zuwendungsvoraussetzungen**

Zuwendungsempfänger müssen in fachlicher Hinsicht Gewähr für eine zweckentsprechende Durchführung der Maßnahmen und Projekte bieten und diese gegenüber der Bewilligungsbehörde bei Antragstellung durch die Vorlage von aktuellen Arbeitsbeschreibungen des geförderten Personals nachweisen.

#### **5. Art und Umfang, Höhe der Zuwendung**

5.1 Die Zuwendung wird als nicht rückzahlbarer Zuschuss in Form einer Anteilfinanzierung zur Projektförderung gewährt.

5.2 Für dasselbe Projekt können für bis zu zwei aufeinander folgende Kalenderjahre Zuwendungen bewilligt werden.

5.3 Gefördert werden können bis zu 90 % der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben, höchstens jedoch 50 000 EUR je Kalenderjahr.

5.4 Personal- und Sachausgaben sind zuwendungsfähig, soweit sie durch das Projekt zusätzlich entstehen. Die durch zusätzliches Personal entstehenden Sachausgaben wie Raumkosten, Ausgaben für die notwendige Büroausstattung, deren Unterhaltung sowie die Ausstattung eines Büroarbeitsplatzes mit Informations- und Kommunikationstechnologie werden gefördert. Weitere Sachausgaben wie z. B. Ausgaben für Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit und Büromaterial sind ebenfalls zuwendungsfähig; Reisekosten sind maximal in Höhe etwaiger Zahlungen nach dem niedersächsischen Reisekostenrecht zuwendungsfähig.

#### **6. Sonstige Zuwendungsbestimmungen**

Die Ergebnisse von geförderten Maßnahmen und Projekten unterliegen der Evaluation durch eine vom Landespräventionsrat Niedersachsen beauftragte Hochschule oder wissenschaftliche Einrichtung.

#### **7. Anweisungen zum Verfahren**

7.1 Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendungen sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung, für eine ggf. erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die VV/VV-Gk zu § 44 LHO, soweit nicht in diesen Richtlinien Abweichungen zugelassen werden.

7.2 Bewilligungsbehörde ist das MJ.

7.3 Anträge sind beim Landespräventionsrat Niedersachsen (Geschäftsstelle des Landespräventionsrates, Siebstraße 4, 30171 Hannover) schriftlich zu stellen. Es gilt das Datum des Eingangsstempels. Anträge, die nach Fristablauf eingehen, bleiben unberücksichtigt. Dem Antrag sind eine entsprechende Projektbeschreibung, die Arbeitsbeschreibungen nach Nummer 4 sowie ein Finanzierungsplan beizufügen. Antragsvordrucke stehen auf der Website der Bewilligungsbehörde als Download zur Verfügung.

7.4 Für haushaltsjahrübergreifende Projekte, die zwischen dem 1. 12. 2022 und dem 31. 12. 2023 durchgeführt werden sollen, sind die Anträge bis zum 31. 10. 2022 beim Landespräventionsrat Niedersachsen einzureichen. Für Projekte, deren Laufzeit auf das Förderjahr 2023 begrenzt ist, müssen die Anträge bis zum 31. 12. 2022 beim Landespräventionsrat Niedersachsen vorliegen.

7.5 Die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer des Landespräventionsrates Niedersachsen prüft die beantragten Maßnahmen und Projekte in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht und trägt das Prüfungsergebnis dem Vorstand des Landespräventionsrates Niedersachsen vor.

7.6 Die Bewilligungsbehörde holt im Hinblick auf die Förderfähigkeit und Förderwürdigkeit der Anträge eine zusätzliche fachliche Bewertung des MS ein. Diese Bewertung ist dem Vorstand des Landespräventionsrates Niedersachsen gemeinsam mit dem Prüfergebnis der Geschäftsstelle vorzulegen.

7.7 Der Vorstand des Landespräventionsrates Niedersachsen leitet den Antrag mit seiner Empfehlung der Bewilligungsbehörde zur Entscheidung zu.

#### **8. Schlussbestimmungen**

Diese AV tritt am 19. 9. 2022 in Kraft und mit Ablauf des 31. 12. 2023 außer Kraft.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1357

**Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser**

**Anerkennung der „Blaues Haus Stiftung“**

**Bek. d. ArL Leine-Weser v. 15. 9. 2022**  
**— 11741-B 92 —**

Mit Schreiben vom 15. 9. 2022 hat das ArL Leine-Weser als zuständige Stiftungsbehörde gemäß § 3 NSTiftG aufgrund des Stiftungsgeschäfts vom 5. 8. 2022 und der diesem beigefügten Stiftungssatzung die „Blaues Haus Stiftung“ mit Sitz in Hannover gemäß § 80 BGB als rechtsfähig anerkannt.

Zweck der Stiftung ist die Förderung der Kultur, Kunst, Bildung und Völkerverständigung.

Die Anschrift der Stiftung lautet:

Blaues Haus Stiftung  
Maschstraße 7  
30169 Hannover.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1358

**Landesamt für Bergbau, Energie und Geologie**

**Einwirkungsbereich**  
**gemäß § 3 Abs. 3 EinwirkungsBergV;**  
**Öffentliche Bekanntgabe**

**Bek. d. LBEG v. 4. 10. 2022**  
**— L1.5/L67934-02 27/2022-0001 —**

Die K+S Minerals and Agriculture GmbH hat aufgrund § 3 Abs. 1 Nr. 2 EinwirkungsBergV für den in der als **Anlage** beigefügten Karte dargestellten Bereich einen Einwirkungsbereich i. S. des § 120 Abs. 1 BBergG für das stillgelegte Werk Bergmannsseggen-Hugo in Lehrte ermittelt. Der Einwirkungsbereich wurde durch das LBEG geprüft und wird gemäß § 3 Abs. 3 EinwirkungsBergV bekannt gegeben.

Weitere Informationen sind auf der Homepage des LBEG unter [www.lbeg.niedersachsen.de](http://www.lbeg.niedersachsen.de) und dort über den Pfad „Häufig gestellte Fragen > Fragen und Antworten > Bergbauliche Einwirkungsbereiche“ einzusehen.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1358



## **Stellenausschreibung**

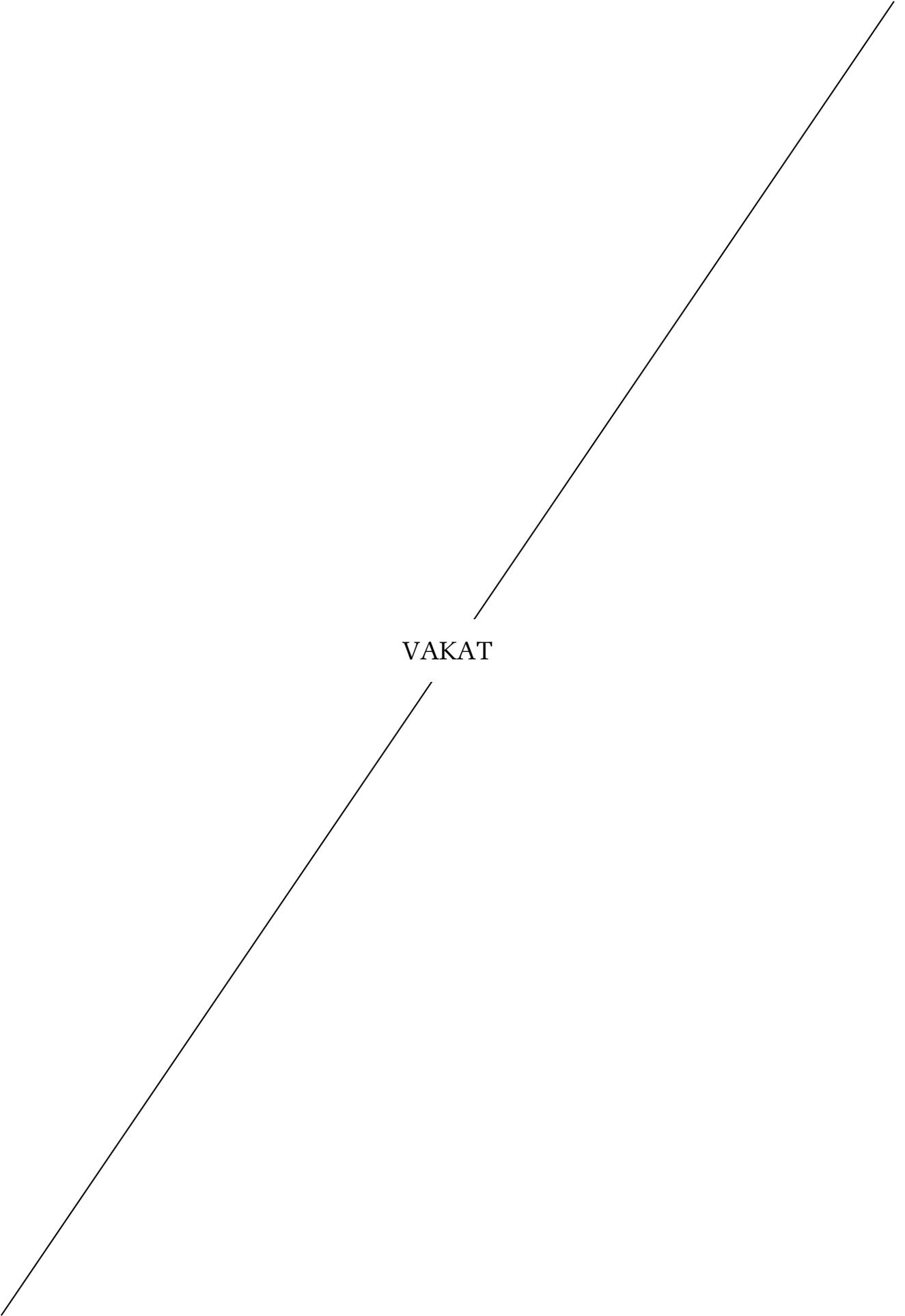
Die **Samtgemeinde Velpke** (rd. 13 300 Einwohnerinnen und Einwohner, Landkreis Helmstedt) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**eine Klimaschutzmanagerin  
oder einen Klimaschutzmanager (w/m/d)**  
(unbefristet in Vollzeit bis EntgeltGr. 11 TVöD)

Die ausführliche Stellenausschreibung finden Sie unter [www.velpke.de](http://www.velpke.de).

Wenn wir Ihr Interesse an einer verantwortungsvollen und abwechslungsreichen Beschäftigung geweckt haben, senden Sie bitte Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bis zum **11. 11. 2022** an die Samtgemeinde Velpke, Grafhorster Straße 6, 38458 Velpke.

— Nds. MBl. Nr. 41/2022 S. 1360



VAKAT

