



Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst

Gesetzesentwurf

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Armin Grau, Simone Fischer, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Leon Eckert, Misbah Khan, Dr. Paula Piechotta und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des
Rettungsdienstes

(Notfallgesetz – NotfallG)

Drucksache 21/2214

Stand: 23.02.2026

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH

Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln
Postadresse: 51101 Köln
malteser@malteser.org
www.malteser.de
Tel: 0221 9822-0
Fax: 0221 9822-1499

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln
Amtsgericht Köln, HRB 26997
Steuernr.: 218/5990/0040
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC BFSWDE33XXX
IBAN DE65 3702 0500 0002 4001 00

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Geschäftsführung:
Thomas Kleinert, Dr. Elmar Pankau (Vors.),
Ulf Reermann, Frank Weber

Aufsichtsratsvorsitzender:
Georg Khevenhüller

Inhalt

A.	Vorbemerkung	3
B.	Ausgangslage	3
C.	Stellungnahme	4
I.	Generelle Anmerkungen	4
II.	Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	5
D.	Weiterer Ergänzungsbedarf	19
I.	Errichtung eines AED-Katasters.....	19
II.	Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung..	19
III.	Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts	20
IV.	Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz.....	20
V.	Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung.....	21
E.	Fazit	21

A. Vorbemerkung

Der Malteser Hilfsdienst ist ein Verband mit einem Schwerpunkt unter anderem im Rettungsdienst. Daher nimmt die vorliegende Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes im nachfolgenden Umfang in erster Linie die Perspektive des Rettungsdienstes ein.

Seit Bestehen des Rettungsdienstes ist der Malteser Hilfsdienst in Deutschland mitgestaltend aktiv. Als römisch-katholische Hilfsorganisation mit 55.000 Ehrenamtlichen und 40.000 Mitarbeitenden sowie als großer Leistungserbringer im Rettungsdienst mit mehr als 300 Rettungswachen bundesweit sieht der Malteser Hilfsdienst einen mehrfach adressierten, überfälligen Reformbedarf in der Akut- und Notfallmedizin, nicht nur im stationären und ambulanten Sektor, sondern auch im Rettungsdienst. Der Rettungsdienst steht vor enorm großen Herausforderungen. In den vergangenen Jahren hat sich das einstige Erfolgs- und Vorzeigemodell zu einem notleidenden System gewandelt.

B. Ausgangslage

Die grundlegende Problemlage wird im Antrag zutreffend beschrieben. Sie deckt sich mit den Erkenntnissen des Malteser Hilfsdienstes. Der Malteser Hilfsdienst stellt seit Jahren eine weitgehende Einigkeit unter den meisten Expertinnen und Experten hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Situation fest. Auch die Reformvorschläge für den Rettungsdienst unterscheiden sich unter den Fachleuten kaum. Gleichzeitig werden die Probleme kontinuierlich größer, weil politisch zuerst viel zu lange gar nicht gehandelt wurde und nach dem Scheitern der letzten Bundesregierung das weitgehend abstimmungsreife Gesetz zum großen Bedauern des Malteser Hilfsdienstes nicht mehr verabschiedet wurde. Die notwendig gewordene Neubefassung mit der dringend erforderlichen Reform in der 21. Wahlperiode wird nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes bedauerlicherweise von der derzeitigen Bundesregierung nicht in der gebotenen Dringlichkeit vorangetrieben. Statt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit als Gesetzentwurf der Bundesregierung im Deutschen Bundestag zu beraten, befasst sich der zuständige Ausschuss für Gesundheit mit Einzelanträgen von Fraktionen. Dabei greift der von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachte Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Drucksache 21/2214) zahlreiche Kernforderungen des Malteser

Hilfsdienstes auf. Er setzt wichtige Rahmenbedingungen für eine bundesweit einheitliche, sektorenübergreifende und qualitativ hochwertige Notfallversorgung.

C. Stellungnahme

I. Generelle Anmerkungen

1. Begriffsdefinition „Rettungsdienst“

Wenn im Gesetzentwurf allgemein Bezug zum „Rettungsdienst“ genommen wird, bleibt viel Auslegungsspielraum, welche Akteure im Rettungsdienst konkret gemeint sind, zum Beispiel „Leistungserbringer (Durchführende) im Rettungsdienst“ oder „Träger des Rettungsdienstes“. Auslegungssache bleibt zum Beispiel bei § 75 Absatz 1b, welche beteiligte Instanz innerhalb des Rettungsdienstes genau legitimiert ist, mit wem die Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationen zur Sicherstellung eines aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich eingehen können. Im Sinne einer gesetzlichen Klarheit und zur Vermeidung späterer Interpretationskonflikte sollten durchgängig Begriffe verwendet werden, die die berechtigten Akteure eindeutig benennen, wie es zum Beispiel im Kontext zur Errichtung von Gesundheitsleitsystemen (§ 133a Absatz 1) mit dem Begriff „Träger der Rettungsleitstellen“ gelungen ist.

2. Gesetzesfolgen

Folgen von Über-, Unter- und Fehlversorgungen sowie Fehlsteuerung in der Notfallversorgung zeigen sich vor allem in der Überlastung des Rettungsdienstes. Das Potenzial der Notfallreform, eine Abgabquote von Anrufen von Rettungsleitstellen an Akutleitstellen in Höhe von jährlich 1,2 Millionen Fällen (14,5 Prozent aller Fälle) zu erreichen sowie weitere erwartete Entlastungen in Höhe von bis zu fünf Milliarden Euro jährlich zu heben, wird vom Malteser Hilfsdienst bezweifelt. Bereits die hinsichtlich des Rettungsdienstes im Gesetzentwurf unverbindlich formulierten Regelungen werden die erwarteten Effekte verhindern. Daran werden auch die dem Gesetzentwurf zugrunde liegenden Anreize, zum Beispiel bei der Finanzierung von Gesundheitsleitsystemen, nichts ändern. Außerdem ist bereits absehbar, dass die Kosten für den Rettungsdienst weiter steigen werden, weil die Gesamtbelastung, zum Beispiel infolge der strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft (längere Einsatzzeiten, höheres Aufkommen an Verlegungen usw.) zunehmen wird.

Eine der Aufgabe angemessene Anschubfinanzierung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität für Investitionen in die auf- und auszubauende digitale Infrastruktur des Rettungsdienstes, wie sie der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit vorsieht, sowie eine dauerhaft gesicherte Finanzierung der Kosten der Digitalisierung als Kosten des Rettungsdienstes im Rahmen einer Vollkostenfinanzierung über die Entgelte nach § 133, könnten einen ausreichenden Anreiz darstellen, sowohl die Digitalisierung voranzutreiben als auch die generelle Kooperationsbereitschaft seitens der Träger des Rettungsdienstes oder der Träger von Rettungsleitstellen erkennbar zu erhöhen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Die im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes weist zahlreiche Elemente auf, die aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes zu begrüßen sind. Zu den Einzelregelungen nimmt der Malteser Hilfsdienst wie folgt Stellung.

1. Artikel 1 Nummer 1 (§ 27)

Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in den Katalog der Krankenbehandlung wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird klargestellt, dass die medizinische Notfallrettung eine eigenständige Leistung im SGB V ist.

2. Artikel 1 Nummer 2 (§ 30)

Absatz 1 bestimmt den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Aufnahme einer Definition für einen rettungsdienstlichen Notfall aus ex ante Sicht wird vom Malteser Hilfsdienst befürwortet.

Die Differenzierung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 ist sachgerecht. Absatz 2 legt weiterhin fest, dass die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a getroffenen Entscheidung zur Auslösung der medizinischen Notfallrettung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gilt. Zum einen bleibt offen, in welcher Form dieser Nachweis von einem zugelassenen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, zum Beispiel gegenüber der zuständigen Krankenkasse, zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann. Zum anderen sollte die für Nummer 4 gefundene übergangsweise Regelung sowohl auf die notfallmedizinische

Versorgung nach Nummer 2 als auch auf den Notfalltransport nach Nummer 3, hier als Nachweis für das Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalls, vorübergehend Anwendung finden, um den verantwortlichen Partnern ausreichend Zeit zu geben, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abschließen zu können.

Absatz 3 definiert den Anspruch auf ein Notfallmanagement für rettungsdienstliche Notfälle in Rettungsleitstellen mit abschließender Aufzählung. Die Aufzählung der Aufgaben ist nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes unvollständig. Die Aufzählung ist mindestens um die Einsatzlenkung nach dem aktuellen Stand der Technik, das Führen eines digitalen Behandlungskapazitäten-Nachweises sowie um Vorkehrungen zur Lenkung von besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle (unter anderem Sonder- und Spitzenbedarf, MANV/E-Lagen) zu ergänzen. Außerdem sind zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls bei zeitkritischen Notfällen Helfer-vor-Ort-Gruppen aufzuzählen, die vom Notfallmanagement einzubinden sind. Eine gesetzliche Verankerung erlaubt deren Ausbau und sichert die Integration in die Alarmierungsstruktur. Darüber hinaus sollte das Notfallmanagement die Koordination von komplementären Diensten übernehmen können. Der Anspruch sollte sich weiterhin auf Krankentransporte erstrecken, mithin das Notfallmanagement auch Krankentransporte veranlassen und lenken dürfen. Die in Absatz 3 aufgezählte telefonische und telemedizinische Notfallberatung sollte dahingehend näher beschrieben werden, dass diese gegebenenfalls auch fallabschließend erfolgen kann. Doppelstrukturen bei der Aufgabenwahrnehmung, vor allem bei der telefonischen und telemedizinischen Beratung, zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle müssen vermieden werden, indem eine Vernetzung als Gesundheitsleitsystem erfolgen muss.

In Absatz 4 sollte ausdrücklich Erwähnung finden, dass die Versorgung einer größeren Anzahl verletzter oder kranker Personen bei außergewöhnlichen Schadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle Teil der notfallmedizinischen Versorgung ist. Außerdem ist konkret zu ergänzen, dass die notfallmedizinische Versorgung auch die Vermittlung in die vertragsärztliche Weiterbehandlung oder, wenn keine Behandlungsnotwendigkeit besteht, die Weitervermittlung in komplementäre Hilssysteme sowie die Versorgung durch spezielle Formen der ambulanten Notfallversorgung umfasst.

Die Regelungen zum Notfalltransport nach Absatz 5 sind sachgerecht. Um die Leistungsfähigkeit von notfallmedizinischer Versorgung und Notfalltransport einheitlich zu definieren, sollte im Gesetz ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden.

Die Bestimmungen zur speziellen ambulanten Notfallversorgung nach Absatz 6 sind erforderlich und sachgerecht.

Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 7 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der gesetzlich vorgesehenen Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss.

3. Artikel 1 Nummer 3 (§ 60)

Der neu strukturierte § 60 definiert die Ansprüche auf Leistungen von Krankentransporten und Krankenfahrten. Die getrennte Regelung der Ansprüche von medizinischer Notfallrettung (§ 30) und Krankentransporten (§ 60) darf in der Praxis nicht dazu führen, dass die organisatorisch-taktische Verbindung dieser beiden Leistungen, die einen großen Einsatzwert, insbesondere bei besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen, bietet, zerschlagen wird. Mit dem (qualifizierten) Krankentransport steht außerdem eine abgestufte Reaktionsmöglichkeit auf Hilfeersuchen zur Verfügung, ohne dafür, indikationslos, Rettungsmittel der Notfallrettung zu belegen.

Absatz 2 Nummer 5 bestimmt den Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse für Krankentransporte und Krankenfahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems (Verordnung der Leistung gilt als erbracht). Die Möglichkeit zur Disposition eines verordnungs- und erstattungsfähigen Krankentransportes aufgrund eines aus medizinischer Sicht gerechtfertigten Hilfeersuchens wird befürwortet. Dieser Anspruch sollte auch die ambulante Erstversorgung in anderen geeigneten Einrichtungen umfassen (zum Beispiel niedergelassener Durchgangsarzt, Vertragsarztpraxis). Offen bleibt, in welcher Form der erforderliche Nachweis der Verordnung von einem zugelassenen Leistungserbringer, zum Beispiel gegenüber der zuständigen Krankenkasse, zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann. Der Anspruch auf Kostenübernahme von Krankenfahrten zu einer Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum kann nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes entfallen, da dem Wesen des zu erwartenden Einsatzes nach (Primäreinsatz) in der Regel sowohl eine medizinisch-fachliche Betreuung als auch die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich sein wird. Um den verantwortlichen Partnern ausreichend Zeit zu geben, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abschließen zu können, sollte eine angemessene Übergangsregelung geschaffen werden, bis wann eine Verordnung nach Nummer 5 ebenfalls über eine Rettungsleitstelle erfolgen kann. Kritisch

sieht der Malteser Hilfsdienst die Absicht, dass eine Akutleitstelle ebenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren dürfen soll. Dass zwei Dispositionsstellen auf eine knappe Ressource zugreifen können, wird in der Praxis mit großer Wahrscheinlichkeit zu erheblichen Schwierigkeiten führen. Insbesondere ist mit der Planung von Krankentransporten oft die Erfüllung der Erwartung besonderer Termintreue verbunden. Wenn es zu einseitigen Eingriffen in die Planung kommen sollte, besteht die Gefahr, dass zum Beispiel vor- und nachstationäre Behandlungen oder ambulante Operationen nicht termingerecht stattfinden können. Daher setzt sich der Malteser Hilfsdienst dafür ein, dass ein Krankentransport nicht von einer Akutleitstelle disponiert werden können darf.

Um die Leistungsfähigkeit eines Krankentransportes einheitlich zu definieren, sollte in Absatz 3 ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden.

Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 6 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der gesetzlich vorgesehenen Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss.

4. Artikel 1 Nummer 6 (§ 75)

Die unterbrechungsfreie Sicherstellung nach § 75 Absatz 1b der vertragsärztlichen Versorgung ist für den Rettungsdienst unerlässlich. Die Überarbeitung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem aufsuchenden Dienst adressiert relevante Bedarfe von Hilfesuchenden, die derzeit häufig zu Rettungsdiensteinsätzen führen. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Hochrechnungen aus Einsatzdaten des Rettungsdienstes lassen darauf schließen, dass ca. 15 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes in den Bereich der notdienstlichen Akutversorgung fallen und potenziell keinen Transport erfordern.

Der Malteser Hilfsdienst unterstützt, dass für die notdienstliche Akutversorgung die Möglichkeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, Arzneimittel verordnen zu können sowie Krankentransporte, Krankenfahrten und Apotheken-Notdienste veranlassen zu können, um die Zahl von medizinisch nicht notwendigen Versorgungskontakten zu reduzieren.

Die Substitution eines 24 Stunden täglich verfügbaren, aufsuchenden vertragsärztlichen Dienstes mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal, wie ihn der Gesetzentwurf ins Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt, betrachtet der Malteser Hilfsdienst in der angedachten Form kritisch. Wenn insbesondere Gemeindenotfallsanitäter als eine Leistung spezieller ambulanter Notfallversorgung

eingerrichtet werden, droht die Entstehung vermeidbarer Doppelstrukturen und von Überversorgung, wenn keine Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. Akutleitstellen und Rettungsleitstellen eingegangen werden. Sowohl personeller als auch wirtschaftlicher Aufwand würden sich erhöhen. Außerdem befürchtet der Malteser Hilfsdienst, dass das Werben um Fachkräfte aus dem nichtärztlichen Dienst (vor allem Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter) mit Blick auf die neuen Tätigkeitsbereiche für nichtärztliches Personal zunehmen würde, was eine weitere Personalverknappung im Rettungsdienst vorantriebe. Daher bedarf es aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes einer konkreten Abgrenzung zwischen dem aufsuchenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und Diensten der speziellen ambulanten Notfallversorgung. Dadurch kann es gelingen, Hilfersuchen in der jeweiligen Zuständigkeit fallabschließend und kosteneffizient zu bearbeiten, ohne hierbei Verantwortlichkeiten unklar zu lassen. Verbindliche Regelungen zu den Schnittstellen und abgestimmte Prozesse sind hierfür unerlässlich. Der Malteser Hilfsdienst tritt daher dafür ein, dass für den Fall, dass Kassenärztliche Vereinigungen für Leistungen eines 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal einzusetzen beabsichtigen, eine Verpflichtung zur Kooperation mit einem Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung bestehen muss, soweit Landesrecht dies zulässt.

Unabhängig davon, muss eine 24 Stunden täglich verfügbare aufsuchende notdienstliche Akutversorgung einen für den Zweck geeigneten, standardisierten Einsatzwert haben, um leistungsfähig zu sein. Der Malteser Hilfsdienst regt daher an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag erhält, in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Mindestanforderungen zu Planung, Betrieb und sachlichen Ausstattung der aufsuchenden notdienstlichen Akutversorgung festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Anderenfalls könnte es zu (vermeidbaren) Alarmierungen des Rettungsdienstes und Hospitalisierungen kommen, um zum Beispiel ein 12-Kanal-EKG abzuleiten oder eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen. In der Richtlinie könnten dann, statt im Gesetz, auch Schutzziele definiert werden, innerhalb welcher Zeit und mit welchem Erreichungsgrad die aufzusuchenden Personen innerhalb eines Planungsbereichs erreicht werden müssen. Weiterhin sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in dieser Richtlinie festlegen, welche Mindestanforderungen an berufliche Qualifikationen, Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen, Umfang des Einsatzes und Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal gestellt werden, um nach

ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung den aufsuchenden Dienst der notdienstlichen Akutversorgung erbringen zu können. Die im Gesetzentwurf formulierten Schutzziele, nach denen der aufsuchende Dienst zu planen ist, sind nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes ungeeignet, um die Zahl rettungsdienstlicher Einsätze und das Aufsuchen von Notaufnahmen effektiv zu senken. Insbesondere die dringlichen Fälle sollten innerhalb von 60 Minuten in 95 Prozent der Fälle aufgesucht werden müssen.

Die Akutleitstellen nach Absatz 1c nehmen in der Patientensteuerung im Rahmen der Reform eine zentrale Rolle ein. Die im Gesetzentwurf festgelegte Wartezeit auf eine Ersteinschätzung bewertet der Malteser Hilfsdienst als zu lang. Sie sollte sich an den Parametern für die Notrufnummer 112 orientieren. Auf diese Weise wird vermieden, dass Hilfesuchende wegen zu langer Wartezeiten zur Notrufnummer 112 wechseln. Unabhängig von einer Zusammenarbeit in einem Gesundheitsleitsystem ist es unerlässlich, dass eine Rettungsleitstelle Kenntnis darüber erlangen kann, ob bereits ein Kontakt zu einer Akutleitstelle oder einem Integrierten Notfallzentrum bestanden hat und welche Hilfsangebote vermittelt wurden (zeitlich nahtlose, rückverfolgbare, digitale, medienbruchfreie und interoperable Fallübergabe), vergleiche § 133d. Weiterhin ist es unabhängig von den Regelungen im Telekommunikationsgesetz von großer Praxisrelevanz, dass bei der Weiterleitung von Anrufenden seitens der Akutleitstelle an die Rettungsleitstelle eine Übermittlung der Standortangaben stattfindet. Die Rettungsleitstelle sollte ohne Zeitverzug, rückverfolgbar, digital, medienbruchfrei und interoperabel alle verfügbaren Informationen erhalten müssen, vergleiche § 133d.

5. Artikel 1 Nummer 10 (§ 90)

Die Aufnahme der Leistungserbringer im Rettungsdienst mit einem Mitberatungs- und Stimmrecht in die Landesausschüsse ist nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes erforderlich und sachgerecht.

6. Artikel 1 Nummer 11 (§90 a)

Die Aufnahme der Rettungsdienste in die gemeinsamen Landesgremien wird seitens des Malteser Hilfsdienstes unterstützt.

7. Artikel 1 Nummer 12 (§ 92)

Nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes kann die Ermächtigung des Gemeinsames Bundesausschusses, Richtlinien zu Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten zu

beschließen, entfallen, um redundante Regelungen zu § 60 zu vermeiden. Die Regelungsinhalte sollten vollständig in § 60 übernommen werden. Alternativ könnten Inhalte, für die eine gesetzliche Regelung nicht unbedingt erforderlich ist, aus § 60 in die Krankentransport-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nummer 12 übernommen werden.

8. Artikel 1 Nummer 18 (§ 123)

Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren ist ein zentraler Reformschritt. Besonders in Notfällen ist die Patientensicherheit bei der Steuerung der Hilfesuchenden entscheidend, um Unterversorgung zu vermeiden. Aus rettungsdienstlicher Sicht ist die räumliche Integration von Notdienstpraxis, Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle unterstützend hervorzuheben, um eine unnötige Mehrbelastung bei Krankentransporten und Krankenfahrten zu vermeiden.

Die digitale Fallübergabe nach Absatz 1 Satz 5 sollte, insofern vorhanden, auch Daten des Gesundheitssystems (bzw. Rettungsleitstelle oder Akutleitstelle) enthalten, vergleiche § 133d.

In Absatz 2 Satz 7 sollte ergänzt werden, dass Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum im Rahmen der medizinischen Notfallrettung erreichen, dort bei gleicher medizinischen Behandlungsdringlichkeit ebenfalls vorrangig zu behandeln sind.

Die Richtlinie zu Vorgaben an ein qualifiziertes, standardisiertes und digitales Ersteinschätzungsinstrument nach Absatz 3 Nummer 1 sollte Anforderungen enthalten, dass eine Interoperabilität sowohl mit dem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstelle als auch mit dem digitalen, standardisierten Notrufabfragesystem der Rettungsleitstelle besteht, um den gegenseitigen Datenaustausch zu gewährleisten.

Die Anbindung an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche nach Absatz 5 sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin nach Absatz 6 zur Unterstützung durch telemedizinische und telefonische Konsilien sollte auch der medizinischen Notfallrettung eröffnet werden. Gleiches gilt für die Unterstützung psychiatrischer und psychosozialer Krisendienste.

Die Regelung in Absatz 8, dass auch Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum an die Verwendung eines standardisierten, digitalen Ersteinschätzungsinstruments gebunden sind, wenn sie

ambulante Leistungen bei der Vergütung von Notfällen geltend machen möchten und dafür außerdem feststellen müssen, dass ein sofortiger Behandlungsbedarf besteht oder eine Weiterleitung in das nächstgelegene Krankenhaus mit Integriertem Notfallzentrum im Einzelfall nicht möglich ist, vermeidet Krankentransporte und Krankenfahrten. Dennoch bleibt aus rettungsdienstlicher Sicht zu befürchten, dass dennoch vermeidbare Einsatzfahrten stattfinden werden, weil Patientinnen und Patienten mit einem Krankenkraftwagen in ein Integriertes Notfallzentrum transportiert werden müssen, um Abschläge in der im Gesetzentwurf genannten Höhe zu vermeiden.

Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung reichen jährliche Berichtspflichten nicht aus. Insofern fordert der Malteser Hilfsdienst, dass ein Kerndatensatz mit mindestens organisatorischen Daten und Versorgungsdaten von allen an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Einrichtungen kontinuierlich an ein gemeinsames Notfallregister berichtet werden müssen. Datensilos müssen vermieden werden. Daher ist Absatz 9 kritisch zu werten.

9. Artikel 1 Nummer 19 (§ 123a)

Rettungsdienstplanung, Krankenhausplanung und die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren nach Absatz 1 müssen im Sinne einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung eng aufeinander abgestimmt sein.

Eine nach PKW-Erreichbarkeiten und Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr erfolgende Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren kann auf die rettungsdienstlichen Notwendigkeiten nicht angewandt werden. Längere Fahrzeiten, fehlende Möglichkeiten, auf ein Kraftfahrzeug zugreifen zu können oder fehlende finanzielle Mittel zur Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs stellen Gründe dar, sich an den Rettungsdienst zu wenden. Daher hat bei ansonsten mobilen Personen, die Standortplanung auch solche Fälle zu bedenken, um den Rettungsdienst zu entlasten. Denn der Rettungsdienst führt in erheblichem Umfang Einsätze durch, bei denen keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme besteht und somit ein Integriertes Notfallzentrum angefahren werden muss. Dadurch können sich Transportzeiten deutlich verlängern. Dies würde Vorhalterweiterungen des Rettungsdienstes und damit Kostensteigerungen nach sich ziehen.

Weiterhin muss aus rettungsdienstlicher Sicht vermieden werden, dass Integrierte Notfallzentren aufgrund von Größe und Leistungsfähigkeit der angeschlossenen Krankenhäuser auf die Versorgung nicht vital bedrohter Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden und nicht in ausreichendem

Maße über Fähigkeiten verfügen, um vom Rettungsdienst, Notfallversorgungsstufen gerecht, vital bedrohte Patientinnen und Patienten anzunehmen und zu versorgen.

Die Regelungen zu den Betriebszeiten der Notdienstpraxen nach Absatz 2 wird aus rettungsdienstlicher Perspektive befürwortet. Die Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums muss ganzjährig, täglich einheitliche Öffnungszeiten haben. Zu den Zeiten, in denen der höchste Bedarf für eine ambulante Versorgung in Integrierten Notfallzentren besteht, muss die Option bestehen, die Patientinnen und Patienten sicher und unter Vermeidung von Krankentransporten oder Krankenfahrten in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten. Eine bundesweit einheitliche Regelung sorgt für weniger Komplexität.

10. Artikel 1 Nummer 19 (§ 123b)

Die Stellungnahme für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren gilt entsprechend für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

11. Artikel 1 Nummer 20 (§ 133)

In § 133 werden die vergütungsrechtlichen Rechtsbeziehungen für medizinische Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten geregelt. Ziele der Regelung sind laut Gesetzesbegründung sowohl eine erhöhte Transparenz der Kosten als auch eine höhere Qualität der medizinischen Leistungen. Die medizinische Notfallrettung soll Teil der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden, damit unter anderem Kostenrisiken für gesetzlich Versicherte ausgeschlossen werden. Dabei ist die Abkehr von der bloßen Kostenübernahme von Fahrkosten zugunsten einer Sachleistung der Krankenkassen Rechtsfolge aus § 30. Die Länder sollen für die regionale Planung und Organisation zuständig bleiben. Die Kombination aus Planungsverantwortung der Länder und vertraglicher Finanzierungsbasis der Krankenkassen soll Rechts- und Finanzklarheit für alle Beteiligten schaffen. Diesem Eindruck ist entgegenzutreten; § 133 sollte grundlegend neugestaltet werden.

Rettungsdienstliche Leistungen werden von mehr als nur medizinischen Leistungen bestimmt. So sind auch technische Entwicklungen, zum Beispiel bei der Fahrzeugtechnik, der Medizintechnik und der Informations- und Kommunikations-Technologie, relevante Einflussfaktoren. Wesen des Rettungsdienstes ist die Daseinsvorsorge in Form einer unterbrechungsfreien Bereitschaft, bei rettungsdienstlichen Notfällen Hilfe leisten zu können. Aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes muss es sich bei der Finanzierung des Rettungsdienstes daher um eine auskömmliche Vollkostenfinanzierung der gesamten

Vorhaltung („hundertprozentige Vorhaltefinanzierung“, vergleiche Artikel 3 Nummer 2) handeln, die die gesamten Betriebskosten für die Vorhaltung, Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung, einschließlich der Vorkehrungen für Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle berücksichtigen. Es bedarf einer unmissverständlichen Positivdefinition, welche Kosten des Rettungsdienstes in die Entgelte einzubeziehen sind. Aus den dargelegten Gründen muss es bei einer monistischen Finanzierung des Rettungsdienstes mit klaren Verantwortlichkeiten bleiben. Eine Unterfinanzierung des Rettungsdienstes würde die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden. Aus Sicht eines Leistungserbringers müssen im Rettungsdienst vor allem auf Qualitätsaspekte und Ausfallsicherheit ausgerichtete Auswahlverfahren langfristige Beauftragungen zulassen, die auskömmliche Entgelte ermöglichen und langfristige Investitionen rechtfertigen. Dass die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung und die übermittelten Daten zur Qualitätssicherung gem. Rechtsverordnung bei Entgeltverhandlungen heranzuziehen sind, wird daher grundsätzlich unterstützt. Generell sollte § 133 neben den Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung sowie der Qualitäts- und Leistungsdaten beim Zustandekommen von Entgelten den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik heranziehen.

Einseitige Festsetzungsrechte von Entgelten sollte es aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes nicht geben dürfen, weder auf Seiten der Krankenkassen noch durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen oder aufgrund landesrechtlicher Regelungen ermittelt. Statt eines einseitigen Festsetzungsrechtes, auf das mit Festbeträgen reagiert wird, sollte ein Konfliktschlichtungsmechanismus in Form einer Schiedsstelle für den Fall aufgenommen werden, dass keine Vergütungsvereinbarung zustande kommt. Sowohl für das Schiedsverfahren als auch für den Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist zu regeln, dass die zuletzt vereinbarten Entgelte weitergelten, um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden.

Für Krankenfahrten ist in Absatz 4 verbindlich festzulegen, dass zwischen den Kostenträgern und mit den zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen auskömmliche Verträge abzuschließen sind.

Die Zuweisung einer einseitigen Richtlinienkompetenz in Absatz 6 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwecks Bestimmung des Näheren zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung hält der Malteser Hilfsdienst für nicht sachgerecht. Vielmehr sollten alle betroffenen Akteure

partnerschaftlich beteiligt werden, sodass seitens des Malteser Hilfsdienstes angeregt wird, dem Qualitätsausschuss Notfallrettung den Auftrag zu erteilen, das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung zu bestimmen. In Absatz 6 ist angesichts der Formulierungen in § 30 Absatz 2 Satz 2 und § 60 Absatz 2 Nummer 5 weiterhin aufzunehmen, dass eindeutig abrechnungsbegründende Unterlagen festzulegen sind.

12. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133a)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen wird als geeignete Form der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erachtet, um verfügbare Ressourcen effektiv und effizient zu allozieren und Entlastungen herbeizuführen, sofern die Umsetzung mit der nötigen Verbindlichkeit erfolgt. Bleibt es bei der Formulierung, dass es vom Wunsch des Trägers einer Rettungsleitstelle abhängt, ob ein Gesundheitsleitsystem eingerichtet wird, könnte es zu unterschiedlichen Systemen in benachbarten Gebietskörperschaften kommen oder aber die Einrichtung de facto ganz unterbleiben, weil sich einzelne Akteure verweigern. Das Ziel einer adäquaten Steuerung könnte dann insgesamt verfehlt werden.

Dass sowohl Rettungsleitstellen als auch Akutleitstellen, wie in Absatz 4 vorgesehen, Krankentransporte disponieren können sollen, ist praxisfern, selbst wenn sie in einem Gesundheitsleitsystem kooperieren. Die im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst disponierten Krankentransporte sollten federführend von einer Rettungsleitstelle disponiert werden (vergleiche Nummer 3). Viele private Unternehmen mit entsprechenden Konzessionen haben Verträge mit Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen und agieren aus eigenen Dispositionszentralen heraus. Soweit unter „vermitteln“ ein verlässliches Übertragen von Transportersuchen verstanden wird, bestehen keine Bedenken.

Ob sich tatsächlich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes das volle Einsparpotenzial aus der Kooperation von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen entfalten wird, darf angezweifelt werden, da heute weder die Verfügbarkeit einer erforderlichen digitalen, standardisierten Notrufabfrage in der dafür notwendigen Flächendeckung vorliegen dürfte, noch davon auszugehen ist, dass in den Ländern in dieser Zeit entsprechende Vorgaben in den Rettungsdienstgesetzen in Kraft treten werden, zumal eine Verpflichtung von Rettungsleitstellen zur Kooperation nicht vorgesehen ist. Zudem hält der Malteser Hilfsdienst die zeitliche Prognose wegen der anzunehmenden langdauernden Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen, den generell langwierigen Ausschreibungsverfahren und der

allgemein bekannten Dauer von IT-Projekten dieser Art für zu ambitioniert. Das beschriebene Gesundheitssystem wird es daher in absehbarer Zeit in Deutschland nicht flächendeckend geben.

13. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133b)

Der Einrichtung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung, der Empfehlungen erlässt, diese überprüft und kontinuierlich fortentwickelt wird explizit zugestimmt. Der beabsichtigte Zweck der Regelung von § 133b einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patientinnen und Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung wird nachdrücklich geteilt. Dem Malteser Hilfsdienst ist es wichtig, zu betonen, dass die Leistungen auch geeignet sein müssen, mithin einen erwiesenen Nutzen haben. Nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes muss der tatsächliche Nutzen von Strukturen, Prozessen und Maßnahmen für die Hilfesuchenden Grundlage des Handelns sein. Wirksamkeit und Qualität müssen messbar sein. Dazu bedarf es geänderter Rahmenbedingungen, einer Planung, die auf bundeseinheitlichen Standards beruht sowie bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben für die Akut- und Notfallversorgung.

Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses nach Absatz 2 hält der Malteser Hilfsdienst für nicht angemessen. Zwar wird aus den Bereichen der Leistungserbringer des Rettungsdienstes grundsätzlich ein Sitz mit Stimmrecht zugedacht, allerdings ist das Verhältnis zu den übrigen weiteren Vertretern (Fachgesellschaften, Berufsverbände) unausgewogen, weil aus deren Bereichen weniger Verbände für eine Mitwirkung im Qualitätsausschuss Notfallrettung in Frage kommen. Außerdem steht es lediglich im Ermessen der ernannten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 2, weitere sieben Vertreter vorzuschlagen. Entgegen der Gesetzesbegründung geht aus dem Gesetzentwurf nicht hervor, dass aus jedem Bereich mindestens ein Mitglied vorgeschlagen werden muss. Der Malteser Hilfsdienst setzt sich unverändert dafür ein, dass unter den weiteren Vertretern Parität hergestellt wird. Dazu ist mindestens den im Rettungsdienst mitwirkenden anerkannten Hilfsorganisationen jeweils ein eigener Sitz mit Stimmrecht zuzugestehen.

14. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133c)

Die Rahmenempfehlungen des Gremiums sollten möglichst umfassend alle Leistungsbestandteile abbilden. Es ist dabei für den Malteser Hilfsdienst wichtig, dass die Themen, zu denen Empfehlungen erarbeitet werden sollen, bereits möglichst konkret im Gesetz festgelegt werden, um zu verhindern, dass bestimmte Themen unbehandelt bleiben. Daher ist es begrüßenswert, dass dem

Qualitätsausschuss Notfallrettung in § 133c Vorgaben zum Umfang und zu insbesondere zu bearbeitenden Themen gemacht werden. Dabei sollte sich der Gegenstand der Empfehlungen sowohl auf die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beziehen als auch auf den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik. Der Katalog von Empfehlungen umfasst im aktuellen Entwurf bereits die meisten Bereiche, die abgedeckt werden sollten, um sicherzustellen, dass die für einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst im gesamten Bundesgebiet notwendigen Vorgaben erarbeitet und lokal umgesetzt werden. Auf diese Weise wird die Versorgungsqualität verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Resilienz des Gesamtsystems gefördert, ein Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet und eine wirtschaftliche sowie ressourcenschonende Organisation des Rettungsdienstes ermöglicht. Der Katalog sollte, nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes, unter Absatz 2 darum ergänzt werden, dass Empfehlungen für die technische Leitung der Leitstellen und unter Absatz 3 darum ergänzt werden, dass Empfehlungen für Aufgaben der rettungsdienstlich-organisatorischen Leitung des Rettungsdienstes, inkl. Einsatz eines organisatorischen Führungsdienstes bei komplexen Einsatzlagen (zum Beispiel MANV/E) erarbeitet werden.

Die vorgesehene Frist nach Absatz 6 innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, Empfehlungen für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung zu erstellen, hält der Malteser Hilfsdienst angesichts der im Detail zu erarbeitenden Anforderungen für deutlich zu ambitioniert.

15. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133d)

Um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfesuchenden zu unterbinden, ist es erforderlich und sachgerecht, wie in § 133d angelegt, dass die gesamte digitale Notfalldokumentation (Notfallmanagement, Akutleitstelle, notfallmedizinische Versorgung, notdienstliche Akutversorgung, spezielle ambulante Notfallversorgung, Krankentransport, stationäre Notfallversorgung in der Notaufnahme) interoperabel allen an der Versorgung Beteiligten in Echtzeit zur Verfügung steht und die entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungen für eine datenschutzrechtlich gerechtfertigte Verarbeitung von Daten an den entsprechenden Stellen erteilt werden.

Der Malteser Hilfsdienst regt an, die Dokumentationspflicht auch auf Krankentransporte nach § 60 ausdehnen. Es versteht sich für den Malteser Hilfsdienst von selbst, dass neben medizinischen Daten auch spezifische rettungstechnische Daten bei der digitalen Notfalldokumentation nach Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. des Qualitätsausschusses Notfallrettung Berücksichtigung finden müssen.

Ein verpflichtender Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes für alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, mit dem Ziel der Digitalisierung und digitalen Vernetzung zwischen diesen Leistungserbringern und den anderen Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung, mit einer auskömmlichen Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen einer Vollkostenfinanzierung über die Entgelte nach § 133 und einer angemessenen Frist zur Umsetzung erforderlich und zweckmäßig.

16. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133e)

Die gesetzliche Regelung einer bundesweiten Qualitätssicherung und die Einführung eines Qualitätsberichts hält der Malteser Hilfsdienst für erforderlich und sachgerecht.

Die dabei entstehenden Kosten müssen als Kosten des Rettungsdienstes über die Entgelte nach § 133 refinanziert werden.

Die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 sollte auf die Leistungserbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60 ausgedehnt werden.

Der Bericht der Datenstelle nach Absatz 2 hat, soweit datenschutz- und arbeitsrechtlich zulässig, die landesweiten Ergebnisse bis auf Ebene einer Rettungswache zu gliedern. Auf Anforderung sollten auch Leistungserbringer Auswertungen für ihre Belange von der Datenstelle zur Verfügung gestellt bekommen, um ihrerseits die wichtigen Erkenntnisse zu Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen für die Weiterentwicklung ihrer Leistungen nutzen zu können.

Die Bereitstellung der Daten in einem Notfallregister sollte erwogen werden, damit Versorgungsforschung ermöglicht, medizinische Qualitätssicherung betrieben und Prozesse optimiert werden können (vergleiche Nummer 8).

17. Artikel 1 Nummer 22 (136 b)

Der Beschluss einer Richtlinie zum Aufbau eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten nach Absatz 9 hält der Malteser Hilfsdienst für sachgerecht. In die Richtlinie sollten auch Meldeverpflichtungen der offenen Sprechstunden nach Arztgruppe für Akutfälle in der vertragsärztlichen Versorgung sowie von pflegerischen, palliativ-versorgenden und psychosozialen Ressourcen in die Richtlinie aufgenommen werden.

18. Artikel 7 (NotsanAPrV)

Die Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit sollte nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes ebenfalls um eine Anpassung des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters erweitert werden, um die Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst voranzubringen. Denn in Analogie zur Gesundheits- und Krankenpflege müssen auch im Rettungsdienst Karrierewege entstehen, die dauerhafte berufliche Perspektiven eröffnen. Dazu gehören sowohl fachliche Entwicklungsmöglichkeiten als auch unter anderem Führungskräfte-Qualifizierungen für Managementaufgaben oder Werdegänge als Lehrkräfte. Eine Angleichung der Ausbildung der medizinischen Fachberufe und die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungsabschnitten eröffnen zusätzliche berufliche Entwicklungsperspektiven.

D. Weiterer Ergänzungsbedarf

Weiterer, mit dem vorgelegten Gesetzentwurf in Verbindung stehender Ergänzungsbedarf, ergibt sich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes zu folgenden Punkten:

I. Errichtung eines AED-Katasters

Die Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED) für die Benutzung durch Laien, auf welches sowohl die Rettungsleitstellen als auch die Öffentlichkeit zugreifen kann, wie es der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit vorsieht, wird seitens des Malteser Hilfsdienstes für erforderlich gehalten.

II. Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung

Alle Ärztinnen und Ärzte, die Akut- und Notfall-Patientinnen und -Patienten behandeln (zum Beispiel in einer Notaufnahme oder im vertragsärztlichen Notdienst), müssen dafür eine spezifische Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen in Theorie und Praxis vorweisen.

Bund, Länder und Ärztevertretungen werden aufgefordert, die dafür notwendigen rechtlichen Anpassungen vorzunehmen.

III. Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts

Infolge der Ausdehnung der Befugnisse zur Applikation von Betäubungsmitteln auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (§ 13 Absatz 1b BtMG i. V. m. §§ 2a, 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c, Nummer 2 Buchstabe c NotSanG) verbreiten sich Betäubungsmittel auf Rettungstransportwagen.

Sowohl die Regelungen von § 13 Absatz 2 Satz 2 BtMVV als auch die Umsetzung von § 16 Absatz 1 BtMG i. V. m. § 1 Absatz 3 Nummer 5 BtMVV sind für den Rettungsdienst unpraktikabel.

Der Malteser Hilfsdienst fordert eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts, dass

1. neben einer EDV-gestützten Nachweisführung auch die von Rechts wegen erforderliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand zum Monatsende elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur erfolgen kann,
2. die monatliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand analog § 13 Absatz 2 Nummer 6 BtMVV auch im Rettungsdienst delegiert werden kann und
3. die erforderliche Niederschrift für die Vernichtung von nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln (Bruch, Ablauf, Restmengenverwurf) elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur in Gegenwart eines Zeugen erfolgen kann; es ist im Rettungsdienst regelmäßig unmöglich, dass unmittelbar zwei Personen als Zeugen zur Verfügung stehen.

IV. Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Die Fähigkeit zum Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz muss unabhängig von der jeweiligen Finanzierung erhalten bleiben. Der Rettungsdienst ist sowohl wegen seiner Bedeutung für die Akut- und Notfallversorgung ein Pfeiler des Gesundheitssystems als auch wegen seiner ihm innewohnenden Rolle integraler Bestandteil der staatlichen Gefahrenabwehr. Der Rettungsdienst muss im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Interesses aufwuchsfähig sein, damit größere Schadenslagen und Katastrophenfälle bewältigt werden können. Rettungsdienst und Katastrophenschutz bilden ein vernetztes Hilfeleistungssystem. Denn in einer Notlage, in der Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen in ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden, beginnt zumeist das Regelsystem Rettungsdienst mit der Hilfeleistung. Daher müssen die Systeme Rettungsdienst und Katastrophenschutz strukturell, organisatorisch und operativ aufeinander abgestimmt sein. Auch die Zeitenwende hat erheblichen Einfluss auf die vernetzten Systeme von Rettungsdienst und

Katastrophenschutz. Dazu bedarf es der Abstimmung und der Fähigkeit zur Zusammenarbeit. Ein resilienter Rettungsdienst trägt zu einem starken Bevölkerungsschutz bei.

V. Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung

Flankiert werden muss das System der Akut- und Notfallversorgung durch einen langfristigen Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung. Auf diese Weise werden unter anderem das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten gefördert, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Als Hilfsorganisation mit Aufgaben in der öffentlichen Gefahrenabwehr vermittelt der Malteser Hilfsdienst bereits heute wichtige Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdhilfe. Eine weitere Stärkung dieser Gesundheitskompetenzen wird aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes vor allem erreicht durch

1. Angebote, die jungen Menschen zum Beispiel im Rahmen der schulischen Bildung mehr Selbst- und Fremdhilfefähigkeiten vermitteln, beispielsweise in der Erste-Hilfe-Ausbildung (mit Selbstschutzhaltungen),
2. generelle Angebote an eine breite Zielgruppe aus der Bevölkerung zum qualifizierten Engagement auf freiwilliger Basis, zum Beispiel mit dem „Gesellschaftsdienst im Bevölkerungsschutz“, wie der Malteser Hilfsdienst ihn vorgeschlagen hat und
3. differenzierte, refinanzierte Präventions- und Beratungsangebote für komplex Vorerkrankte und häufige Nutzer der Akut- und Notfallversorgung sowie für lebensältere und bewegungseingeschränkte Menschen, damit diese in ihrem gewohnten Umfeld besser eigenständig leben können (Vorsorgeplanung).

Der Malteser Hilfsdienst fordert daher Bund und Länder auf, die dafür notwendigen gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen.

E. Fazit

Der Malteser Hilfsdienst begrüßt die Initiative der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes in den Deutschen Bundestag eingebracht zu haben. Der Gesetzentwurf setzt wesentliche Impulse für die Modernisierung der Notfallversorgung und adressiert viele heute existierende strukturelle Defizite. Der Malteser Hilfsdienst

unterstützt das Reformanliegen daher ausdrücklich und teilt das prinzipielle Ziel der Reform. Die wesentlichen Inhalte des Gesetzentwurfs sind grundsätzlich unterstützenswert, wenngleich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes Verbesserungs- und Änderungsbedarfe im Detail bestehen. Da bereits heute alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Strukturen unter sich rapide verschlechternden Verhältnissen leiden und den Hilfesuchenden ein nicht aufeinander abgestimmtes, überlastetes System zugemutet wird, appelliert der Malteser Hilfsdienst an die Entscheidungsträger in Bund und Ländern zügig eine tragfähige Neuausrichtung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen. Für eine weitere konstruktive Mitarbeit steht der Malteser Hilfsdienst zur Verfügung.