

# Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses am 06. November 2024

Bundestags-Drucksache 20/13166

Ausschuss-Drucksache 20(14)231.1

Stand: 04.11.2024

## 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

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

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Georg Khevenhüller

## Inhalt

I.	Vorbemerkung .....	3
II.	Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes .....	3
III.	Stellungnahme zu einzelnen Regelungen.....	4
1.	Zu Artikel 1, Nummer 0 (§ 27 Absatz 1 Satz 2): Krankenbehandlung.....	4
2.	Zu Artikel 1, Nummer 0a (§ 30): Medizinische Notfallrettung.....	5
3.	Zu Artikel 1, Nummer 0b (§ 60): Krankentransporte und Krankenfahrten .....	6
4.	Zu Artikel 1, Nummer 2, Buchstabe b) (§ 75 Absatz 1b): Inhalt und Umfang der Sicherstellung .....	7
5.	Zu Artikel 1, Nummer 6 (Buchstabe b)) und Nummer 7 (§§ 90, 90a): Landesausschüsse, Gemeinsames Landesgremium .....	8
6.	Zu Artikel 1, Nummer 11 (§ 123a Absatz 1): Einrichtung von Integrierten Notfallzentren .....	8
7.	Zu Artikel 1, Nummer 11a (§ 133): Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten .....	8
8.	Zu Artikel 1, Nummer 12 (§ 133a Absatz 1): Gesundheitsleitsystem.....	9
9.	Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133b): Qualitätsausschuss Notfallrettung.....	11
10.	Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133c): Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung...	11
11.	Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133d): Digitale Notfalldokumentation.....	14
12.	Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133e): Datenübermittlung zur Qualitätssicherung .....	14
IV.	Weiterer Ergänzungsbedarf .....	14
1.	Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst.....	15
2.	Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung .....	15
3.	Zeitarbeit im Rettungsdienst.....	15
4.	Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz.....	15
5.	Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung .....	16
V.	Fazit.....	16

## I. Vorbemerkung

Die Malteser sind ein Verband mit einem Schwerpunkt im Rettungsdienst. Daher konzentriert sich die vorliegende Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung im Wesentlichen auf den Rettungsdienst.

Seit Bestehen des Rettungsdienstes sind die Malteser in Deutschland mitgestaltend aktiv. Als katholische Hilfsorganisation mit 55.000 Ehrenamtlichen und 40.000 Mitarbeitenden sowie als großer Leistungserbringer im Rettungsdienst mit mehr als 300 Rettungswachen bundesweit sehen wir Malteser Reformbedarf in der Akut- und Notfallmedizin nicht nur im stationären und ambulanten Sektor, sondern auch im Rettungsdienst. Nicht aufeinander abgestimmte Reformvorhaben im Gesundheits- und Rettungswesen, drohen die Probleme zu verschärfen. Auch der Rettungsdienst steht vor großen Herausforderungen. In den vergangenen Jahren hat sich das einstige Erfolgs- und Vorzeigemodell zu einem notleidenden System gewandelt.

## II. Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes

Grundsätzlich teilen wir die im Gesetzentwurf beschriebene Ausgangslage. Wir stellen seit vielen Monaten eine weitgehende Einigkeit unter den meisten Akteuren hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Situation fest. Gleichzeitig werden die Probleme kontinuierlich größer, weil lange Zeit gar nicht gehandelt wurde und zuletzt nur zögerlich und zudem unkoordiniert gehandelt wird.

Heute wenden sich viele Menschen an den Rettungsdienst, denen mit den derzeit verfügbaren Mitteln nicht wirkungsvoll geholfen werden kann. Die Gründe dafür sind vielfältig und betreffen nicht nur demografische Entwicklungen. Vielmehr ist festzustellen, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung nachlässt. Es bestehen Defizite bei der effektiven und effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsstruktur. So arbeiten etwa Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsdienste getrennt voneinander. Die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland ist unverständlich stark segmentiert. Erschwerend sind diesbezüglich Verwaltungszuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen getrennt. Trotz ähnlicher Prozesse bei der Versorgung, gibt es erhebliche Unterschiede in Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes, z. B. bei der medizinischen Versorgung, bei Hilfsfristbemessung und Bedarfsplanung, beim Qualitätsmanagement, bei Fahrzeugkonzepten oder bei digitalen Lösungen. Fehlende Standardisierung und Digitalisierung, beispielsweise bei der Dokumentation, binden unnötig Ressourcen.

Folge der Fehlsteuerung ist u. a., dass für sogenannte Low-Level- bzw. Low-Acuity-Einsätze Kräfte mit hohem Einsatzwert, wie mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern besetzte Rettungswagen, entsendet werden müssen. Oft bleibt nur der Transport in die Notaufnahme. So existieren etwa nutzbringende Hilfsangebote außerhalb von Krankenhäusern, wie Notfallpflege oder Angebote zur akuten psychosozialen Begleitung, nicht. Viel zu langsam wird neuen Lösungsansätzen Raum gegeben. Als Folge einer sich verändernden Krankenhauslandschaft und der Umsetzung der gestuften Notfallversorgung kommt es bereits heute zu verlängerten Prähospitalzeiten. Bedrohlich oft sind weiträumig Fachabteilungen in Krankenhäusern wegen Überlastung oder Personalmangels abgemeldet und Notaufnahmen hoffnungslos überfüllt. Der Bedarf an Verlegungstransporten mit den Ressourcen des Rettungsdienstes nimmt zu.

Diese und weitere Einflussfaktoren treiben das Einsatzaufkommen seit Jahren in die Höhe. Obwohl die rettungsdienstliche Vorhaltung kontinuierlich ausgeweitet wird, kommt es regelmäßig zu Versorgungsengpässen, wenn Rettungswagen nicht für die Notfallrettung zur Verfügung stehen. Die zusätzlich geschaffene Vorhaltung kann immer seltener mit Fachkräften vollständig abgedeckt werden. Der Fachkräftemangel wird verschärft, weil hohe Arbeitsbelastung, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten und permanente Fehlallokation zusätzlich zur Abwanderung von Fachkräften führen. Sowohl Arbeitsbedingungen als auch Versorgungsqualität entwickeln sich nachteilig.

Das gegenwärtige System kommt damit sichtbar an seine Grenzen. Mancherorts ist die Belastungsgrenze überschritten. Fahrzeugabmeldungen sind tagtäglich deutschlandweit zu verzeichnen, sodass die rechtzeitige Versorgung in akuten lebensbedrohlichen Situationen gefährdet sein kann.

### III. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich sowohl auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung als auch auf den Änderungsantrag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP.

#### 1. Zu Artikel 1, Nummer 0 (§ 27 Absatz 1 Satz 2): Krankenbehandlung

Die Übernahme der (medizinischen) Notfallrettung als eigenständige Leistung in das SGB V wird ausdrücklich begrüßt.

## 2. Zu Artikel 1, Nummer 0a (§ 30): Medizinische Notfallrettung

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

Absatz 2 gliedert die (medizinische) Notfallrettung. Die erfolgte Einschränkung, dass lediglich aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems getroffene Entscheidung zur Auslösung der (medizinischen) Notfallrettung zugleich als Nachweis des Vorliegens eines (rettungsdienstlichen) Notfalls dient und daher weitere Verordnungen nicht erforderlich sind, ist zu kritisieren. Der Nachweis des Vorliegens eines (rettungsdienstlichen) Notfalls sollte sich nicht aus der Kooperation von Akutleitstelle und Rettungsleitstelle ergeben, sondern in erster Linie von dem Kriterium abhängig sein, ob die Entgegennahme des Hilfeersuchens durch das Notfallmanagement mittels eines qualitätsgesicherten, standardisierten und softwaregestützten Abfragesystems erfolgte.

Absatz 3 definiert den Anspruch auf ein Notfallmanagement für (rettungsdienstliche) Notfälle in Rettungsleitstellen mit abschließender Aufzählung. Die Aufzählung der Aufgaben ist unvollständig. Die Aufzählung ist mindestens um die Einsatzlenkung, den Einsatz von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung sowie zur Patientenzuweisung, das Führen eines digitalen Behandlungskapazitäten-Nachweises, die Koordination angebundener, geeigneter Formen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung und weiteren komplementären Versorgungsformen sowie um Vorkehrungen zum Management von besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle (u. a. Sonder- und Spitzenbedarf, MANV-Lagen) zu ergänzen. Der Anspruch sollte sich außerdem auf Krankentransporte erstrecken, mithin das Notfallmanagement auch Krankentransporte veranlassen und lenken dürfen. Die in Absatz 3 genannte Entgegennahme des Hilfeersuchens sollte dahingehend näher beschrieben werden, indem ein qualitätsgesichertes, standardisiertes und softwaregestütztes Abfragesystem als Anspruchsvoraussetzung aufgenommen wird. Die in Absatz 3 aufgezählte telefonische und telemedizinische Notfallberatung sollte dahingehend näher beschrieben werden, dass diese ggf. auch fallabschließend erfolgen kann. Die Dopplung von Aufgaben, v. a. bei der telefonischen und telemedizinischen Beratung, zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle müssen vermieden werden, indem eine Vernetzung als gemeinsame Gesundheitsleitstelle erfolgt.

Die Erweiterung der in Absatz 4 beschriebenen notfallmedizinische Versorgung durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote wird ausdrücklich befürwortet. Die spezialisierte ambulante

Notfallversorgung umfasst, nach erfolgtem Nachweis des jeweiligen Nutzens, aus unserer Sicht weitere, sektorenübergreifende, interdisziplinäre Leistungen, wie z. B. Gemeindenotfallsanitäter, notfallpsychiatrische Versorgung und Notfallpflege, die in den Rettungsdienst zu integrieren sind und von einem Gesundheitsleitsystem bzw. einer Rettungsleitstelle gesteuert werden sollten. In Absatz 4 sollte ausdrücklich Erwähnung finden, dass die Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bei außergewöhnlichen Schadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle Teil der notfallmedizinischen Notfallversorgung ist.

Unter Absatz 5 ist zu ergänzen, dass geeignete Einrichtungen zur Weiterversorgung medizinischer Notfälle nicht nur Krankenhäuser oder ambulante Versorger sein können, sondern im Einzelfall auch Einrichtungen der stationären Pflege. Außerdem sollte konkretisiert werden, dass auch die Beförderung von bereits versorgten Patienten, die der Einrichtungen der medizinischen Notfallrettung bedürfen, von einer Gesundheitseinrichtung bzw. einem Krankenhaus zu weiterführenden medizinischen Versorgungseinrichtungen oder zurück, eine Aufgabe des Notfalltransports ist. Für diese Aufgabe besonders geeignete Einsatzmittel sind, neben den Aufgezählten für Akutverlegungen, Intensivtransportwagen (ITW) und Intensivtransporthubschrauber (ITH).

### 3. Zu Artikel 1, Nummer 0b (§ 60): Krankentransporte und Krankenfahrten

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 nicht dazu führen, dass die organisatorisch-taktische Verbindung dieser beiden Leistungen, die einen großen Einsatzwert insbesondere bei besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen bietet, verloren geht.

Absatz 2 Nummer 5 bestimmt den Anspruch auf Kostenübernahme von Krankentransporten (und Krankenfahrten) zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum. Die Möglichkeit zur Disposition eines erstattungsfähigen Krankentransportes aufgrund eines aus medizinischer Sicht gerechtfertigten Hilfeersuchens zur ambulanten Erstversorgung wird befürwortet. Dieser Anspruch sollte auch die ambulante Erstversorgung in anderen geeigneten Einrichtungen umfassen (z. B. niedergelassener Durchgangsarzt, Vertragsarztpraxis). Der Anspruch auf Kostenübernahme von Krankenfahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum kann nach unserer Auffassung entfallen, da dem Wesen des zu erwartenden Einsatzes nach in der Regel sowohl eine

medizinisch-fachliche Betreuung als auch die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich sein wird. Dass sowohl Rettungsleitstellen als auch Akutleitstellen Krankentransporte (und Krankenfahrten) disponieren können sollen, selbst wenn sie in einem Gesundheitsleitsystem kooperieren, ist praxisfern. Die im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst disponierten Krankentransporte sollten federführend von einer Rettungsleitstelle disponiert werden. Viele private Unternehmen mit entsprechenden Konzessionen haben Verträge mit Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen und agieren aus eigenen Dispositionszentralen heraus. Weiterhin wird die Einschränkung, dass lediglich eine getroffene Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems zur Veranlassung eines Krankentransportes oder einer Krankenfahrt in ein Integriertes Notfallzentrum zugleich als Verordnung dieser Leistung dient und daher weitere Verordnungen nicht erforderlich sind, kritisiert. Der erforderliche Nachweis für ein Vorliegen der Anspruchsgrundlage sollte sich nicht aus der Kooperation von Akutleitstelle und Rettungsleitstelle ergeben, sondern in erster Linie von dem Kriterium abhängig sein, ob die Entgegennahme des Hilfeersuchens durch die Rettungsleitstelle mittels eines qualitätsgesicherten, standardisierten und softwaregestützten Abfragesystems erfolgte.

#### **4. Zu Artikel 1, Nummer 2, Buchstabe b) (§ 75 Absatz 1b): Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

Die unterbrechungsfreie Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist für den Rettungsdienst unerlässlich. Die Substitution eines 24 Stunden täglich verfügbaren, aufsuchenden vertragsärztlichen Dienstes mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal, wie ihn der Gesetzentwurf ins Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt, betrachten wir in dieser Form kritisch. Wenn insbesondere Gemeindefallstationen (Akutmedizin im Rettungsdienst) als Leistung der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung eingerichtet werden, drohen eigentlich zu vermeidende Doppelstrukturen zu entstehen, wenn keine Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. Akutleitstellen und Rettungsleitstellen eingegangen werden. Sowohl personeller als auch wirtschaftlicher Aufwand würden sich erhöhen. Außerdem befürchten wir, dass das Werben um Fachkräfte aus dem nichtärztlichen Dienst (v. a. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter) mit Blick auf die neuen Tätigkeitsbereiche für nichtärztliches Personal zunehmen würde, was eine weitere Personalverknappung im Rettungsdienst vorantreiben würde.

Wir treten 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 dem Rettungsdienst bestehen muss, soweit

Landesrecht dies zulässt. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Hochrechnungen aus Einsatzdaten des Rettungsdienstes lassen darauf schließen, dass ca. 15 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes in den Bereich der „Akutmedizin“ fallen und potenziell keinen Transport erfordern.

Unabhängig davon muss ein 24 Stunden täglich verfügbarer aufsuchender vertragsärztlicher Dienst einen für den Zweck geeigneten, standardisierten Einsatzwert haben.

**5. Zu Artikel 1, Nummer 6 (Buchstabe b)) und Nummer 7 (§§ 90, 90a): Landesausschüsse, Gemeinsames Landesgremium**

In den Landesausschüssen nach § 90 und im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a sind die Vertreter der Leistungserbringer aus dem Rettungsdienst, in Belangen des Rettungsdienstes, mit einem Stimmrecht auszustatten, um wegen der bestehenden Expertise aktive Mitgestaltungsrechte zu erhalten.

**6. Zu Artikel 1, Nummer 11 (§ 123a Absatz 1): Einrichtung von Integrierten Notfallzentren**

Als Planungsparameter sind bei der Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren ebenfalls die medizinisch vertretbaren Prähospitalzeiten einschlägiger Diagnosen zu beachten. Dies sollte unter Berücksichtigung sowohl von Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern als auch zukünftiger Versorgungsstufen von Krankenhäusern erfolgen. Rettungsdienstplanung, Krankenhausplanung und die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren müssen im Sinne einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung eng aufeinander abgestimmt sein.

**7. Zu Artikel 1, Nummer 11a (§ 133): Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten**

In § 133 werden die vergütungsrechtlichen Rechtsbeziehungen geregelt. Absatz 2 sieht vor, dass sich Preisvereinbarungen an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten haben. In Absatz 3 Nummer 3 wird bestimmt, dass durch die Krankenkassen für den Fall einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung Festbeträge festzusetzen sind. Näheres soll eine Richtlinie des Spitzenverbandes der Krankenkassen bestimmen. Aus Sicht eines Leistungserbringers müssen im Rettungsdienst v. a. 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. Auf die Vergütungsansprüche von Leistungserbringern darf es sich nicht nachteilig auswirken, wenn von Dritten die Voraussetzungen für das Zustandekommen auskömmlicher Entgeltvereinbarungen ohne Verschulden der Leistungserbringer nicht eingehalten werden. Einseitige Festsetzungsrechte von Entgelten darf es aus unserer Sicht nicht geben, weder auf Seiten der Krankenkassen noch auf Seiten von Landesbehörden, von nach Landesrecht bestimmten Trägern oder von mit der Wahrnehmung von Aufgaben des Rettungsdienstes beauftragten Leistungserbringern oder Unternehmen. Statt eines einseitigen Festbetragsmodells im Wege des Feststellungsverfahrens sollte ein Konflikt-schlichtungsmechanismus in Absatz 3 in Form einer Schiedsstelle für den Fall aufgenommen werden, dass keine Vergütungsvereinbarung zustande kommt.

Absatz 3 Nummer 2 legt fest, dass bei der Entgeltbemessung über die Sicherstellung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten hinausgehende Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung unberücksichtigt bleiben müssen. Eine Positivdefinition, welche Betriebs- und Investitionskosten bei der Entgeltbemessung zu berücksichtigen sind, fehlt hingegen. Diese ist zu ergänzen.

Absatz 3 Nummer 3 sieht weiterhin vor, dass sich die Festsetzung von Festbeträgen auch daran ausrichten soll, ob die Leistungserbringung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Unabhängig der dargelegten Argumente gegen ein Festbetragsmodell, werden rettungsdienstliche Leistungen von mehr als nur medizinischen Erkenntnissen bestimmt. So sind auch technische Entwicklungen, z. B. bei der Fahrzeugtechnik, der Medizintechnik und der Informations- und Kommunikations-Technologie, relevante Einflussfaktoren. Generell sollte § 133 neben den Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung beim Zustandekommen von Entgelten den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik heranziehen.

#### **8. Zu Artikel 1, Nummer 12 (§ 133a Absatz 1): Gesundheitsleitsystem**

Aufgabe des Gesundheitsleitsystems sollte nicht nur die Vermittlung der erforderlichen medizinischen Versorgung sein, sondern auch eine fallabschließende Hilfeleistung, die ausdrücklich, z. B. als weitere Aufgabe der Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c, hinzuzufügen ist. Denn neben der Vermittlung einer medizinischen Versorgung benötigen viele Hilfesuchenden lediglich Auskünfte und Beratung. Nach unserem Verständnis von einer „dynamischen Rettungskette“ wird von einem Gesundheitsleitsystem eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Akteure,

mit dem Ziel einer patientenorientierten Falllösung, gesteuert. Reaktions- und Interventionszeiten müssen sich am Melde- und Zustandsbild der Hilfesuchenden ausrichten.

Ob tatsächlich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu einhundert Prozent Gesundheitsleitsysteme existieren und deutschlandweit 70 Prozent aller Hilfeersuchen fallabschließend telefonisch und telemedizinisch beraten werden können, darf angezweifelt werden, da heute weder die Verfügbarkeit einer erforderlichen digitalen und 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 halten wir die zeitliche Prognose wegen den anzunehmenden langdauernden Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen, den erfahrungsgemäß langwierigen Ausschreibungsverfahren von digitalen standardisierten Notrufabfrage-Systemen und der allgemein bekannten Dauer von IT-Projekten dieser Art für zu ambitioniert.

Absatz 4 stellt klar, dass Krankentransporte und Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen in einem Gesundheitsleitsystem sowohl von Akutleitstellen als auch von Rettungsleitstellen vermittelt werden können. Wie unter Nummer 3 dargelegt (s. o.), halten wir es für praxisfern, dass sowohl Rettungsleitstellen als auch Akutleitstellen Krankentransporte disponieren können sollen, selbst wenn sie in einem Gesundheitsleitsystem kooperieren. Der gleichzeitige Zugriff auf dieselbe Ressource ist gerade bei vorgeplanten Termin- und Serienfahrten kritisch und kann zu Unzufriedenheit und Verärgerung sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei den Einrichtungen führen. Die im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst disponierten Krankentransporte sollten federführend von einer Rettungsleitstelle disponiert werden. Viele private Unternehmen mit entsprechenden Konzessionen haben Verträge mit Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen und agieren eigenständig aus eigenen Dispositionszentralen heraus. Soweit unter „vermitteln“ ein verlässliches Übertragen von Transportersuchen verstanden wird, bestehen keine Bedenken. Wie unter Nummer 4 (s. o.) erläutert, sind Doppelstrukturen zwischen dem aufsuchenden Dienst der Vertragsärzte durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal und Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung sowie komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen zu vermeiden. Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. die Vernetzung von Akutleitstelle und Rettungsleitstelle in einem Gesundheitsleitsystem stellen geeignete Formen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit dar, um verfügbare Ressourcen effektiv und effizient

zu allozieren und Entlastungen herbeizuführen. Ausdrücklich wird betont, dass Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung nicht den aufsuchenden Dienst der Vertragsärzte ersetzen dürfen.

#### 9. Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133b): Qualitätsausschuss Notfallrettung

Der Einrichtung eines Qualitätsausschusses wird explizit zugestimmt. Da der Ausschuss ebenfalls Empfehlungen zum Krankentransport erarbeiten soll, ist die derzeitige Bezeichnung des Ausschusses irreführend. Daher wird vorgeschlagen, den Ausschuss in „*Qualitätsausschuss Rettungsdienst*“ oder „*Bundesausschuss Rettungsdienst*“ umzubenennen.

Zusammensetzung und Entscheidungsfindung nach Absatz 2 halten wir für nicht angemessen und unausgewogen. Eine Orientierung an den Landesausschüssen für den Rettungsdienst wird empfohlen. So sollte den relevanten Leistungserbringern im Rettungsdienst, mindestens jedoch den anerkannten Hilfsorganisationen jeweils ein eigener Sitz mit Stimmrecht zugestanden werden. Eine bloße Beteiligung im Rahmen der Anhörung von Spitzenverbänden oder als Sachverständige wird der zweifelsfrei bestehenden Bedeutung der Hilfsorganisationen für den Rettungsdienst nicht gerecht. Sie sind nicht nur Mitbegründer des organisierten Rettungsdienstes in Deutschland und jahrzehntelanger zuverlässiger Leistungserbringer, sondern auch maßgeblicher Wegbereiter für Innovationen. Außerdem haben die Hilfsorganisationen den Auftrag, die Bevölkerung in Erster Hilfe auszubilden. Da der Qualitätsausschuss Empfehlungen zur Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen Situationen abgeben soll, ist es nur folgerichtig, die Hilfsorganisationen jeweils mit einem eigenen Sitz im Qualitätsausschuss zu berücksichtigen.

#### 10. Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133c): Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

Der beabsichtigte Zweck der Regelung von § 133c einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patientinnen und Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung wird nachdrücklich geteilt. Uns ist wichtig, grundsätzlich zu betonen, dass die Leistungen auch geeignet sein müssen, mithin einen erwiesenen Nutzen haben.

Die bundesweit einzigartige Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst in Baden-Württemberg (SQR-BW) setzt unseres Erachtens heute schon beispielgebende Maßstäbe.

Die in Absatz 1 aufgenommene Umschreibung der grundsätzlichen Ausgestaltung des Katalogs sollte sich nicht nur auf die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beziehen, sondern auf den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik. Wie unter Nummer 7 erläutert (s. o.), werden rettungsdienstliche Leistungen von mehr als nur medizinischen Erkenntnissen bestimmt. So sind auch technische Entwicklungen, z. B. bei der Fahrzeugtechnik, der Medizintechnik und der Informations- und Kommunikations-Technologie, relevante Einflussfaktoren auf die Qualität. Außerdem sollte die Erhebung der Ergebnisqualität für definierte Endpunkte ergänzt werden. Neben Zeitpunkt der Umsetzung und der regelmäßigen Evaluation der einzelnen Qualitätsparameter sollte unter Nummer 5 Erwähnung finden, dass die Erhebung mit evaluierten Methoden erfolgt. Zu ergänzen ist aus unserer Sicht unter Nummer 6, dass vom Qualitätsausschuss Empfehlungen zur Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung beschlossen werden können.

Absatz 2 umfasst einen nicht abschließenden Katalog von Qualitätskriterien für das Notfallmanagement. Da mit der Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen die Anforderungen an die dort tätigen Personen steigen, ist es konsequent, dass, wie unter Nummer 1 aufgeführt, vom Qualitätsausschuss Aussagen zur Qualifikation des Personals getroffen werden sollen. Hinsichtlich der Leitungskräfte ist neben der medizinischen (ärztlichen) Leitung auch die „*technische Leitung*“ der Leitstelle eine Schlüsselfunktion. Denn neben medizinischen Kriterien sind v. a. Eigenschaften der Informatik, der Informations- und Kommunikations-Technologie sowie der Organisation und Administration relevant. Daher ist, neben der medizinischen (ärztlichen) Leitung, die technische Leitung der Leitstellen zu ergänzen.

Um therapiefreie Intervalle bei lebensbedrohlichen Zuständen zu überbrücken und somit, z. B. bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand, die Chancen auf Überleben zu erhöhen, muss die Bevölkerung flächendeckend und medienbruchfrei mittels organisierter und vernetzter Ersthelfenden-Systeme aktiv in die Hilfeleistungskette eingebunden werden. Dies geschieht mit Hilfe Smartphone-basierter Ersthelfer-Alarmierung (SbEA), wie es die Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (BAGEH) in Zusammenarbeit mit dem Mobile Retter e. V. gefordert hat. Die Erwähnung unter Nummer 4 wird daher ausdrücklich begrüßt.

Unter Nummer 5 sind nicht nur die Hilfsfrist als Maßstab für differenzierte Empfehlungen zur Indikation und Disposition von Einsatzmitteln heranzuziehen, sondern auch aus ex ante Sicht der Hilfeersuchen die jeweils medizinisch gebotenen Prähospitalzeiten (vgl. Absatz 3 Nummer 2).

Zu Nummer 9 wird empfohlen, den Empfehlungen zur Anbindung und Koordination von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen hinzuzufügen.

Absatz 3 befasst sich mit einem nicht abschließenden Katalog von Empfehlungen zur medizinischen Notfallrettung. Das Personal muss auf die veränderten Anforderungen bei der Versorgung von Hilfesuchenden gezielt vorbereitet werden. Grundlage sind systematische und kontinuierliche Berufsfeldanalysen. Wichtige Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen u. a. aus dem medizinischen Qualitätsmanagement abgeleitet und umgesetzt werden. Regelmäßige Fortbildungen, klinische Praktika und Simulationstrainings dienen der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die fachlichen Anforderungen, um als Notärztin oder als Notarzt tätig zu werden, müssen erhöht und spezifiziert werden. Das Beherrschen aller notfallmedizinischen Techniken, klinische Erfahrung in der Notfallmedizin sowie jährliche Fortbildungen in Theorie und Praxis der Notfallmedizin müssen für im Rettungsdienst tätige Notärztinnen und Notärzte sichergestellt sein. Daher ist es aus unserer Sicht konsequent, dass der Qualitätsausschuss Aussagen über die Qualifikation der Einsatzkräfte treffen soll, wie unter Nummer 1 aufgeführt.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen entsprechend ihrer Kompetenzen angemessene Entscheidungs- und Handlungsspielräume auf der Basis aktueller Leitlinien erhalten, um eine gleichwertige Versorgungsqualität zu erzielen. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen die Heilkunde rechtssicher ausüben können. Befugnisse für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen bundesweit gelten. Wir unterstützen die diesbezüglich vorgesehenen Empfehlungen, wie sie unter Nummer 3 beschrieben werden, entschlossen.

Wie bereits zu Absatz 2 Nummer 1 für die Leitstelle dargelegt, ist hinsichtlich der Leitungskräfte neben der medizinischen (ärztlichen) Leitung auch die „rettungsdienstliche Leitung“ eine Schlüsselfunktion für den Rettungsdienst. Denn neben medizinischen Leitungsaufgaben sind v. a. Aufgaben mit Bezug zur Fahrzeugtechnik, zur Medizintechnik, zur Informatik, zur Informations- und Kommunikations-Technologie sowie zur Organisation und Administration relevant. Führungskräfte mit Personalverantwortung im Rettungsdienst müssen in Weiterbildungen spezifisch qualifiziert werden, um den vielfältig wachsenden Anforderungen an Planung und Steuerung sowie in der Führung und Bindung von Personal zu

begegnen. Daher ist neben der medizinischen (ärztlichen) Leitung, die rettungsdienstliche Leitung unter Nummer 4 zwingend zu ergänzen.

Die Empfehlungen nach Absatz 5 für die Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung sollten derart gestaltet werden, dass die übermittelten Daten, zu Zwecken der Qualitätssicherung, mindestens auf Ebene eines Rettungsdienstbereiches, besser, soweit datenschutz- und arbeitsrechtlich zulässig, auf Ebene einer Rettungswache, zugeordnet werden können.

Die vorgesehene Frist nach Absatz 7 von derzeit einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Erstellung der Empfehlungen durch den Qualitätsausschuss halten wir angesichts der im Detail zu erarbeitenden Empfehlungen für deutlich zu ambitioniert.

#### 11. Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133d): Digitale Notfalldokumentation

Zur erfolgreichen medizinischen Behandlung und um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfeersuchenden zu unterbinden, ist es konsequent richtig, wie in § 133c Absatz 6 und § 133d angelegt, dass die gesamte Falldokumentation der Notfallversorgung interoperabel allen an der Versorgung beteiligten Akteuren in Echtzeit zur Verfügung steht. Wir regen an, die Dokumentationspflicht auch auf Krankentransporte nach § 60 ausdehnen. Es versteht sich für uns von selbst, dass neben medizinischen Daten auch spezifische rettungstechnische Daten bei der digitalen Notfalldokumentation nach Empfehlungen der Fachgesellschaften Berücksichtigung finden müssen.

#### 12. Zu Artikel 1, Nummer 12a (§ 133e): Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

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

Die bundesweite Statistik 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.

### IV. Weiterer Ergänzungsbedarf

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

### 1. Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst

In Analogie zur Gesundheits- und Krankenpflege müssen auch im Rettungsdienst Karrierewege entstehen, die dauerhafte berufliche Perspektiven eröffnen. Dazu gehören sowohl fachliche Entwicklungsmöglichkeiten als auch u. a. 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.

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

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

### 3. Zeitarbeit im Rettungsdienst

Zeitarbeit im Rettungsdienst muss reguliert werden. Die derzeitige Entwicklung von Zeitarbeit im Rettungsdienst verfehlt die damit verfolgten politischen Ziele. Wir beobachten einen Trend wie in den Pflegeberufen. Die Aktivität von Zeitarbeitsfirmen wächst im Rettungsdienst. Zeitarbeit droht Regelbeschäftigung zu substituieren. Folgen regelmäßig wechselnder Leiharbeitskräfte sind sowohl hoher Einarbeitungsaufwand als Qualitätseinbußen. Es ergeben sich Konflikte zwischen Stammebelegschaft und Leiharbeitskräften. Außerdem stellt Arbeitnehmerüberlassung durch Zeitarbeitsfirmen eine erhebliche finanzielle Belastung für den Rettungsdienst und die Beitragszahler dar. Wir fordern daher eine Regulierung der Zeitarbeit im Rettungsdienst durch z. B. geeignete Eignungskriterien in Auswahlverfahren.

### 4. 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 Rolle integraler Bestandteil der staatlichen Gefahrenabwehr. Der Rettungsdienst muss aufwuchsfähig sein, um größere Schadenslagen und Katastrophenfälle bewältigen zu können, wie zuletzt die Bewältigung der sich in Deutschland ereigneten Naturkatastrophen eindrucksvoll demonstriert hat. Rettungsdienst und Katastrophenschutz sind zwei Seiten derselben Medaille. 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.

#### 5. 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 u. a. 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 vermitteln wir Malteser bereits heute wichtige Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdhilfe. Eine weitere Stärkung dieser Gesundheitskompetenzen wird aus unserer Sicht v. a. erreicht durch

1. Angebote, die jungen Menschen z. B. im Rahmen der schulischen Ausbildung 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, z. B. mit dem „Gesellschaftsdienst im Bevölkerungsschutz“, wie wir ihn vorgeschlagen haben und
3. differenzierte 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).

#### V. Fazit

Die Malteser begrüßen den Ansatz der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung. Der Gesetzentwurf enthält unterstützenswerte Ansätze. Die Berücksichtigung des Änderungsantrags der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP ist unerlässlich, da anderenfalls das Reformvorhaben der Notfallversorgung aufgrund der gegenseitigen Abhängigkeiten in der arbeitsteiligen Gesamtstruktur insgesamt erfolglos bleiben wird. Wenngleich Verbesserungs- und Änderungsbedarfe im Detail bestehen, darf dies nicht zu weiteren ungerechtfertigten Verzögerungen dringend notwendiger



Reformschritte führen, da bereits heute alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Strukturen unter sich rapide verschlechternden Verhältnissen leiden.