

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH | 51101 Köln

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 2
Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
11055 Berlin

Malteser Hilfsdienst ge-
meinnützige GmbH

25. Juni 2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG)

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir gerne wahrnehmen. Wir sind ein Verband mit einem Schwerpunkt im Rettungsdienst. Daher werden wir unsere Stellungnahme zum vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) im Wesentlichen auf die Schnittstellen zum Rettungsdienst konzentrieren.

Als katholische Hilfsorganisation mit 55.000 Ehrenamtlichen und 40.000 Mitarbeitenden sowie als großer Leistungserbringer im Rettungsdienst mit mehr als 300 Rettungswachen sehen wir Malteser Reformbedarf in der Akut- und Notfallmedizin in Deutschland. Seit Bestehen sind die Malteser in Deutschland im Rettungsdienst mitgestaltend aktiv.

In den vergangenen Jahren hat sich das einstige Erfolgsmodell zu einem notleidenden System gewandelt. Der Rettungsdienst in Deutschland steht vor großen Herausforderungen.

Grundsätzlich teilen wir die im Referentenentwurf beschriebene Ausgangslage. Wir stellen seit vielen Monaten eine weitgehende Einigkeit unter den meisten Akteuren hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Situation fest. Ein Erkenntnisproblem besteht nicht. Gleichzeitig werden die Probleme kontinuierlich größer. Nicht aufeinander abgestimmte Reformvorhaben im Gesundheits- und Rettungswesen drohen die Probleme zu verschärfen.

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

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. Diesbezüglich sind erschwerend Verwaltungszuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen getrennt. Trotz ähnlicher Prozesse bei der Versorgung, gibt es erhebliche Unterschiede in der Organisation des Rettungsdienstes, z. B. beim Qualitätsmanagement, bei Fahrzeugkonzepten und bei digitalen Lösungen. Fehlende Standardisierung und Digitalisierung, beispielsweise bei der Dokumentation, verzehren unnötige Ressourcen.

Folge der Fehlsteuerung ist u. a., dass für sogenannte Low code- bzw. Low acuity-Einsätze hochwertige Einsatzmittel, wie mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern besetzte Rettungswagen, entsendet werden müssen. Oft bleibt nur der Transport in die Notaufnahme. Denn nutzbringende Hilfsangebote außerhalb von Krankenhäusern, wie Notfallpflege oder Angebote zur akuten psychosozialen Begleitung, existieren 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 nimmt zu.

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

Das gegenwärtige System kommt sichtbar an seine Grenzen. Mancherorts ist die Belastungsgrenze überschritten. Sowohl Arbeitsbedingungen als auch Versorgungsqualität entwickeln sich nachteilig.

Motivation der Malteser sich für Veränderungen in der Akut- und Notfallversorgung einzusetzen, sind Not und Hilflosigkeit von Menschen, denen wir tagtäglich im Rettungsdienst begegnen. Die Art und Weise der Hilfeleistung muss sich am konkreten Hilfeersuchen orientieren. Wir kennen verschiedenste Beweggründe der Hilfesuche – auch solche, die weder Gesundheit und Leben unmittelbar bedrohen noch den Transport in eine medizinische Einrichtung erfordern. Wir lehnen es ab, dass solche Fälle als „Bagatelle“ oder „systemfremd“ bezeichnet werden. Dies wird der Not der Hilfesuchenden nicht gerecht. Wer sich in einer persönlichen Notlage hilfesuchend an das System von Akut- und Notfallversorgung wendet, sollte zuverlässig durch eine intelligente Steuerung in adäquater Zeit geeignete und angemessene Hilfe erhalten. Der tatsächliche Nutzen für die Hilfesuchenden muss im Fokus des Handelns stehen. Zuständigkeits- und Verwaltungsgrenzen dürfen sowohl effektive als auch effiziente Akut- und Notfallhilfe nicht verhindern. Daher bedarf es einer, mit der Krankenhausplanung und der Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren abgeglichen, Rettungsdienstbedarfsplanung auf Länderebene.

Eine dauerhafte Entlastung für Notaufnahmen und Rettungsdienst, wie es der vorliegende Referentenentwurf bezweckt, wird sich nach unserer Überzeugung erst ergeben, wenn auch eine Reform des Rettungsdienstes gelungen ist, wie sie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit der neunten Stellungnahme und Empfehlung „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ vom 7. September 2023 mit überwiegend wertvollen Denkanstößen beschrieben hat. Diese guten Ansätze sollten zügig aufgegriffen werden, um auch das notleidende System Rettungsdienst im erforderlichen Rahmen zu reformieren. Zu befürchten ist, dass bei Ausbleiben der notwendigen Reformen für den Rettungsdienst das Werben um Fachkräfte aus dem nichtärztlichen Dienst (z. B. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter) mit Blick auf die neuen Tätigkeitsbereiche beim aufsuchenden nichtärztlichen Dienst (§ 75 Abs. 1b) und in der zentralen Ersteinschätzungsstelle innerhalb des Integrierten Notfallzentrums (§ 123) zunimmt, was eine weitere Personalverknappung vorantreiben würde. Im Sinne einer vernetzten, zielgerichteten, effizienten und qualitativ hochwertigen Akut- und Notfallversorgung müssen Mehrkosten verursachende Doppelstrukturen unbedingt vermieden werden. Umso bedeutender ist, dass die Reform der Notfallversorgung und die Reform des Rettungsdienstes zusammen angegangen werden. Dem vorliegenden Referentenentwurf mangelt es an dieser Perspektive für den Rettungsdienst.

Der Referentenentwurf enthält aus unserer Sicht gute Ansätze zur Verbesserung der Patientensteuerung in die richtige Versorgungsstruktur. Wir unterstützen die mit dem Entwurf verbundenen Ziele einer besseren und stabileren Vernetzung und Abstimmung der Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes zugunsten einer bundesweit einheitlichen und gleichwertigen Akut- und Notfallversorgung, einer Entlastung der Bürgerinnen und Bürger bei der Suche nach Hilfe in medizinischen Akut- und Notfällen sowie einer wirtschaftlichen Notfallversorgung. Dazu sind nach unserer Ansicht die Einrichtung einer Akutleitstelle in Vernetzung mit Rettungsleitstellen zu Gesundheitsleitsystemen, der Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Aufbau Integrierter Notfallzentren mit zentralen Ersteinschätzungsstellen grundsätzlich geeignete Maßnahmen.

Klärungs- und Nachbesserungsbedarf sehen wir aus unserer Perspektive vor allem bei nachfolgenden Sachverhalten:

1. Generell:

Wenn im Referentenentwurf Bezug zum „Rettungsdienst“ genommen wird, bleibt viel Auslegungsspielraum, welche Akteure im Rettungsdienst adressiert sind, z. B. „Leistungserbringer (Durchführende) im Rettungsdienst“ oder „Träger des Rettungsdienstes“. Im Sinne einer gesetzlichen Klarheit und zur Vermeidung späterer Rechtsstreitigkeiten sollten Begriffe verwendet werden, die die Akteure eindeutig benennen, wie es z. B. im Kontext zur Errichtung von Gesundheitsleitsystemen (§ 133a Abs. 2) mit dem Begriff „Träger von Rettungsleitstellen“ gelungen ist.

Weiterhin sollte klargestellt werden, ob die geplante gesetzliche Regelung, mit der Begrifflichkeit „Rettungsdienst“, auf die funktionale Einheit von Notfallrettung und Krankentransport abstellt oder sich ausschließlich auf die Notfallrettung bezieht.

2. Generell:

Um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfeersuchenden zu unterbinden, sollte die gesamte Falldokumentation (u. a. Vermittlungsergebnisse von Akutleitstellen und Gesundheitsleitsystemen, Ergebnisse der Ersteinschätzung des Integrierten Notfallzentrums, Befunde und Maßnahmen von telemedizinischen Konsultationen, aufsuchenden und aufgesuchten akutmedizinischen Diensten) interoperabel allen an der Versorgung Beteiligten in Echtzeit zur Verfügung stehen. Die entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungen für eine datenschutzrechtlich gerechtfertigte Verarbeitung

von Daten sollten entsprechend erteilt werden. Die Initiative der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur „Digitalen Rettungskette“ unterstützen wir dabei dem Grundsatz nach.

3. Zu Nummer 2, Buchstabe b (§ 75 Abs. 1b):

Die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal bei der Einrichtung eines aufsuchenden Dienstes, wie ihn der Referentenentwurf zur Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der notdienstlichen Akutversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ärztlicher Delegation ins Ermessen stellt, wird von uns zwar prinzipiell unterstützt, betrachten wir jedoch eher als Aufgabe des Rettungsdienstes (sog. „Akutmedizin im Rettungsdienst“). 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. Die Spezialisierte Ambulante Notfall-Versorgung (SANV) umfasst, nach erfolgtem Nachweis des jeweiligen Nutzens, aus unserer Sicht weitere, sektorenübergreifende, interdisziplinäre Leistungen, wie z. B. Gemeinde-Notfallsanitäter, Notfallpflege und psychosoziale Dienste, die in den Rettungsdienst zu integrieren sind und von einem Gesundheitsleitsystem (einer Rettungsleitstelle) gesteuert werden sollten. Dennoch zeigen wir uns offen für Regelungen zu Kooperationen mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Denn gemeinsames Ziel sollte es sein, nach kurzfristiger medizinischer Abklärung und Ausschluss lebensbedrohlicher Zustände oder schwerer Gesundheitsstörungen bei Patientinnen und Patienten mit beschriebener akuter Verschlechterung oder krisenhafter Zuspitzung gesundheitlicher Probleme (Dringlichkeit), eine adäquate kausale oder symptomatische Therapie zu initiieren, die Patientin oder den Patienten in die geeignete Struktur der stationären oder ambulanten medizinischen oder pflegerischen Versorgung zu überführen oder den Fall abzuschließen (Versorgungsbedarf). Eine weitere Personalverknappung im Rettungsdienst könnte infolge zusätzlicher aufsuchender Dienste, trotz sicherlich zu verzeichnender Abgänge in diese Dienste, beherrschbar werden. Denn durch die zu erwartende verbesserte Allokation von Hilfersuchen im Bereich der Notfallrettung, könnten sich nicht nur die Erreichungsquoten der Hilfsfristen verbessern, sondern auch die Berufszufriedenheit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erheblich erhöhen.

4. Begründung, allgemeiner Teil, Gesetzesfolgen, Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand:

Die Abgabequoten an die Kassenärztlichen Vereinigungen von 1.000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr (Steigerung auf 14.500 Fälle, mithin 99.000 Einsätze pro eine Million Einwohner pro Jahr) bzw. 14,5 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes, mithin 1,2 Millionen Fälle pro Jahr, bei denen die Möglichkeit bestehen soll, dass Rettungsleitstellen diese an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigung zukünftig abgeben werden können (834 Millionen Euro) sowie weitere geschätzte Minderausgaben in Höhe von 240 Millionen Euro vermiedener stationärer Behandlungen im Krankenhaus, die sich aus dem Verzicht auf den Transport des Rettungsdienstes ergeben, scheinen für uns aus der Luft gegriffen und werden angezweifelt. Uns sind keine publizierten gesundheitsökonomischen Rechnungen bekannt, die diese Annahmen stützen.

5. Zu Nummer 6 und 7 (§§ 90, 90a):

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 Nummer 12 (§ 123a), Absatz 1:

Als Planungsparameter sind bei der Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren ebenfalls die medizinisch vertretbaren Prähospitalzeiten einschlägiger Diagnosen, sowohl unter Berücksichtigung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern als auch zukünftiger Versorgungsstufen von Krankenhäusern, zu beachten. 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 Nummer 13 (§ 133a), Absatz 1:

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, hinzuzufügen ist. Denn neben der Vermittlung einer medizinischen Versorgung benötigen viele Hilfesuchenden lediglich Auskünfte und Beratung. Nach unserem Verständnis einer „dynamischen Rettungskette“ wird von einem Gesundheitsleitsystem eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, mit dem Ziel einer patientenorientierten Falllösung, gesteuert. An jedem Punkt, ab der

Entgegennahme des Hilfeersuchens, gibt es Ressourcen und Kompetenzen, die eine fallabschließende Hilfeleistung ermöglichen. Die Hilfeleistung kann mobil, stationär, ambulant und telemedizinisch erfolgen. Sie richtet sich ausschließlich nach dem Bedarf der Hilfesuchenden. Die Einrichtungen zur Diagnostik und Behandlung von Störungen, die Leben oder Gesundheit bedrohen, sowie zur Pflege müssen 24/7 zur Verfügung stehen. Sie müssen in angemessener Zeit und Qualität tatsächlich verfügbar sein.

8. Zu Nummer 13 (§ 133a), Absatz 2; Begründung, allgemeiner Teil, Gesetzesfolgen, Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand:

Ob tatsächlich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu einhundert Prozent Gesundheitsleitsysteme existieren und 70 Prozent aller Hilfeersuchen fallabschließend telefonisch und telemedizinisch beraten werden können, 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 die Länder in ihren Rettungsdienstgesetzen in dieser Zeit entsprechende Vorgaben erlassen werden, zumal eine Verpflichtung von Rettungsleitstellen zur Kooperation nicht vorgesehen ist. Zudem halten wir die zeitliche Prognose wegen der anzunehmenden langdauernden Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen, der erfahrungsgemäß langwierigen Ausschreibungsverfahren von digitalen standardisierten Notrufabfrage-Systemen und der allgemein bekannten Dauer von IT-Projekten dieser Art für zu ambitioniert.

9. Qualitätsmanagement:

Die im Referententurf enthaltenen Berichtspflichten decken bei Weitem nicht den Wissens- und Evaluationsbedarf zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Nach unserer Überzeugung 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 bundesweit einzigartige Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst in Baden-Württemberg (SQR-BW) setzt unseres Erachtens heute schon beispielgebende Maßstäbe dafür. Benötigt werden auch Daten, die in Registern abrufbar sind, evaluierte Methoden zur Messung sowie gezielte Maßnahmen zur Verbesserung.

Weitere zentrale Forderungen, die aus Sicht der Malteser im Sinne eines zukunftssicheren und leistungsstarken Netzwerks von optimal abgestimmten Hilfeleistungen der außerklinischen Akut- und Notfallversorgung unverzichtbar sind, sind:

1. Die „Gesundheitswerker der Zukunft“ müssen auf die veränderten Anforderungen bei der Versorgung von Hilfesuchenden gezielter 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.

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.

Um in diesem Sinne Berufsbilder und Handelnde weiterzuentwickeln, sehen wir v. a. diese Maßnahmen:

- a. Mit der Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen steigen die Anforderungen an die dort tätigen Personen. Diese sind zu beschreiben und die entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen sind zu veranlassen.
- b. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen entsprechend ihrer Kompetenzen angemessene Entscheidungs- und Handlungsspielräume erhalten. Regelmäßige Fortbildungen und klinische Praktika dienen der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen die Heilkunde rechtssicher ausüben können. Befugnisse für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen bundesweit gelten.
- c. 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. Dies ergänzt klassische berufsqualifizierende Abschlüsse.

- d. Alle Ärztinnen und Ärzte, die Akut- und Notfall-Patientinnen und -Patienten behandeln (z. B. in einer Zentralen Notaufnahme oder im Kassenärztlichen Notdienst), müssen dafür eine spezifische Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen in Theorie und Praxis vorweisen.
 - e. 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.
2. Zeitarbeit muss im Rettungsdienst 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 sind sowohl Qualitätseinbußen als auch hoher Einarbeitungsaufwand durch regelmäßig wechselnde Leiharbeitskräfte. Es ergeben sich Konflikte zwischen Stammbesetzung 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. Einführung einer Lohnobergrenze, die sich an den Tarifen der Rettungsdienstorganisationen orientiert oder durch z. B. geeignete Eignungskriterien in Auswahlverfahren.
3. Flankiert werden muss das System der Akut- und Notfallversorgung durch einen langfristigen Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung. Auf diese Weise werden 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 erreichen wir v. a. durch:
- a. Angebote, die jungen Menschen z. B. im Rahmen der schulischen Ausbildung mehr Selbst- und Fremdhilfefähigkeiten vermitteln, beispielsweise in der Erste-Hilfe-Ausbildung (mit Selbstschutzinhalten),
 - b. 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,

- c. 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).
4. Auf Qualitätsaspekte und Ausfallsicherheit ausgerichtete Auswahlverfahren müssen im Rettungsdienst langfristige Beauftragungen zulassen, die auskömmliche Entgelte ermöglichen und langfristige Investitionen rechtfertigen.
5. Das Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz muss erhalten bleiben. Der Rettungsdienst ist sowohl integraler Bestandteil der staatlichen Gefahrenabwehr als auch wegen seiner Bedeutung für die Akutversorgung ein Pfeiler des Gesundheitssystems. 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.

Die starke Fragmentierung der medizinischen Versorgungssektoren und Verwaltungszuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen sind insbesondere bei der Akut- und Notfallversorgung mittragende Ursachen der Probleme, die Doppelstrukturen, Fehlsteuerung der Hilfesuchenden, Überlastung des Systems, Belastungen des Personals und Ineffizienzen begünstigen sowie einer gut funktionierenden, leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Akut- und Notfallversorgung im Wege stehen. Solange diese Fragmentierung bei Planung, Versorgung und Qualitätssicherung nicht überwunden werden, werden Reformbemühungen in einzelnen Bereichen nicht vollständig wirksam werden können, wird sich eine verbesserte Steuerung von Patientinnen und Patienten und damit eine gezieltere Nutzung von Notfalleinrichtungen nicht ergeben, wird sich die im Referentenentwurf angenommene Senkung der Inanspruchnahme und konsekutiv verbesserte Verfügbarkeit des Rettungsdienstes nicht einstellen

sowie werden die prognostizierten finanziellen Entlastungen mit effektiverer Allokation freiwerdender Finanzmittel ausbleiben. Die Versorgungssituation der Bevölkerung bei Akut- und Notfällen wird sich nicht verbessern. Auch die Einsparpotenziale durch zu erwartende Reduzierungen stationärer Krankenhausaufnahmen nach Einsätzen des Rettungsdienstes werden sich kaum realisieren lassen, wenn die im SGB V angelegte Transportpflicht des Rettungsdienstes unangetastet bleibt.

Wir Malteser sind bereit, unseren Beitrag zur Reformierung der Akut- und Notfallversorgung, einschließlich des Rettungsdienstes, zu leisten und daran aktiv mitwirken. Wir sind nicht nur zuverlässiger Leistungserbringer, sondern auch Wegbereiter für Innovationen im Rettungsdienst. So haben wir etwa den Gemeindenotfallsanitäter-Dienst in Deutschland, der als eine komplementäre Versorgungsmöglichkeit in den Empfehlungen der Regierungskommission ausdrücklich Erwähnung findet, mitentwickelt. Daher begrüßen wir den Ansatz der Bundesregierung, die Akut- und Notfallversorgung neu zu ordnen, ausdrücklich. Für die weitere Diskussion und für eine Mitarbeit stehen wir gerne zur Verfügung.