

Stellungnahme

Stellungnahme des DBRD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

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

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e.V. begrüßt die Bemühungen von Bundesregierung und Opposition, die Notfallversorgung in Deutschland zu reformieren. Die Einschätzung, dass viele Hilfeersuchen der Bürgerinnen und Bürger von nicht geeigneten Systemkomponenten beantwortet werden, teilen wir ausdrücklich.

Die zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führt dazu, dass immer mehr Rettungswagen und Notarzteinsetzungsfahrzeuge disponiert werden, ohne dass die Zahl tatsächlich schwerer Notfälle in gleichem Maße angestiegen ist. Dies verursacht eine erhebliche Mehrbelastung der Rettungsdienste und birgt zugleich das Risiko einer Abnahme der Versorgungsqualität infolge geringerer Einsatzerfahrung der einzelnen Teams bei vitalbedrohlichen Lagen.

Insbesondere telemedizinische Strukturen im ambulanten Bereich können dazu beitragen, einen relevanten Anteil von Hilfeersuchen fallabschließend zu versorgen und dadurch Rettungsdienst und Krankenhäuser wirksam zu entlasten.

Für die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Integrierten Notfallzentren beziehungsweise Notaufnahmen sind verbindliche zeitliche Vorgaben bis zum Beginn der Patientenübergabe erforderlich. Ziel muss die Reduktion teils erheblicher Warte- und Bindungszeiten vor Notaufnahmen sein. Diese Fristen können risikoadjustiert und nach Dringlichkeit gestaffelt ausgestaltet werden, dürfen jedoch 30 Minuten nicht überschreiten. Die Möglichkeit, Notfalltransporte nicht ausschließlich in Krankenhäuser, sondern auch in andere geeignete Versorgungseinrichtungen durchzuführen, ist sachgerecht und überfällig. Voraussetzung ist, dass Transporte ausschließlich auf Grundlage einer medizinischen Indikation erfolgen.

Die Telenotfallmedizin hat aus Sicht des DBRD eine nachgeordnete Bedeutung. Die Kompetenzen der Notfallsanitäter ergeben sich aus §§ 2a und 4 NotSanG sowie aus den bundeseinheitlich konsentierten Maßnahmen des Pyramidenprozesses. Ziel muss es sein, dass teleärztliche Rücksprachen nur gelegentlich erforderlich sind. Derzeit ist jedoch neben einer erheblichen Ausweitung der Zahl der Telenotärzte zugleich eine Zunahme der Notarzteinsetzungsfahrzeuge und der Notarzteinsetze zu beobachten. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zu den gesetzgeberischen Zielsetzungen des Notfallsanitätergesetzes von 2014, insbesondere zur Stärkung der eigenverantwortlichen Handlungskompetenz der Notfallsanitäter.

Demgegenüber ist im ambulanten Sektor durch den strukturierten Einsatz telemedizinischer Verfahren eine substanzielle Ressourcenschonung zu erwarten.

§ 30 Medizinische Notfallrettung

Wir empfehlen die medizinische Notfallrettung genauer zu definieren. Insbesondere bedarf es deutlicherer Grenzen, welche Leistungen medizinische Notfallrettung sind, und welche Leistungen Teil des Katastrophenschutzes sind, etwa bei Großschadenslagen oder Großveranstaltungen.

In Absatz 4 kann „durch ärztliches und nichtärztliches Personal“ gestrichen werden, ohne an Sinn zu verlieren.

§ 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

Wir begrüßen ausdrücklich, dass Leitstellen bereits im Rahmen der strukturierten Notrufabfrage die Notwendigkeit eines Taxis, einer Krankenfahrt oder eines qualifizierten Krankentransports feststellen und entsprechend disponieren können. Dies führt zu einer spürbaren Entlastung der Notfallrettung.

Damit diese Effekte flächendeckend wirksam werden, ist eine Sicherstellung des qualifizierten Krankentransports rund um die Uhr an sieben Tagen pro Woche erforderlich. Sind Krankentransportfahrzeuge nur tagsüber verfügbar, wird der nächtliche Bedarf regelmäßig durch Rettungswagen kompensiert. Dies führt zu einer systematischen Fehlallokation notfallrettungsgebundener Ressourcen.

Werden Notfallsanitäter oder Pflegefachpersonen im Rahmen spezieller ambulanter Notfallversorgungsstrukturen oder im aufsuchenden Dienst des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes eingesetzt, ist es zwingend erforderlich, diesen Berufsgruppen die eigenständige Veranlassung von Taxi- und Krankenfahrten sowie von qualifizierten Krankentransporten zu ermöglichen. Dies muss ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse und ohne ärztliche Anwesenheit vor Ort rechtssicher ausgestaltet werden.

§ 75 Abs. 1b (neu)

Der Sicherstellungsauftrag des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist im Gesetzentwurf grundsätzlich sachgerecht beschrieben. Die vorgesehenen Erfüllungszeiten und Quoten sind geeignet, eine spürbare Entlastung des Rettungsdienstes zu bewirken. Diese verbindlichen Vorgaben müssen zwingend erhalten bleiben. Um Fehlanreize durch unterschiedliche schnelle Bearbeitung der Hilfeersuchen unter 112 und 116117 zu vermeiden ist es notwendig die Reaktionszeit der Leitstellen an einander anzupassen.

Der aufsuchende Dienst kann in geeigneten Konstellationen auch durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder durch Pflegefachpersonen erbracht werden. Voraussetzung für eine tatsächliche Systementlastung ist, dass diese Berufsgruppen regelhaft eigenverantwortlich und fallabschließend tätig werden können. Telemedizinische Delegationsmodelle sollten auf klar definierte Einzelfragen beschränkt bleiben. Dies erfordert eine Anpassung und Erweiterung der

heilkundlichen Befugnisse des eingesetzten Personals. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht den Einsatz von Personal nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V vor. Diese Norm erfasst nicht ausschließlich Heilberufe, sondern ermöglicht unter Umständen auch den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten. Die konkreten Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungseinrichtungen sollen den Vertragspartnern vor Ort überlassen werden und sind gesetzlich nicht weiter konkretisiert.

Die Ersteinschätzung beinhaltet jedoch die Bewertung des Gesundheitszustandes sowie der Versorgungsdringlichkeit und stellt damit ein zentrales Lenkungsinstrument im Versorgungssystem dar. Wird dieser Berufsgruppe in Integrierten Notfallzentren eine substanzielle Entscheidungsbefugnis eingeräumt, ist es folgerichtig, durch eine Anpassung des Notfallsanitätätersgesetzes auch Notfallsanitätären eine klar definierte heilkundliche Befugnis zur fallabschließenden Versorgung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit einzuräumen.

Notfallsanitäter werden bereits heute regelmäßig mit Hilfeersuchen geringer Dringlichkeit konfrontiert. Eine strukturierte, eigenverantwortliche Bearbeitung unter Einbeziehung heilkundlicher Maßnahmen ist jedoch derzeit durch die Begrenzungen des NotSanG sowie durch die Vorgaben des Heilpraktikergesetzes rechtlich eingeschränkt. Hier besteht ein legislativer Anpassungsbedarf, sofern eine echte sektorenübergreifende Entlastung erreicht werden soll.

§ 75 Abs. 1e (neu)

Die Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist wichtig und richtig. Sie muss nach unserem Dafürhalten jährlich erfolgen und darüber berichtet werden.

Aufnahme des Rettungsdienstes als eigener Leistungsbereich des SGB V

Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V eröffnet die Möglichkeit, einzelne Teilleistungen der rettungsdienstlichen Versorgung differenziert zu erfassen, vergleichbar zu machen und die Einhaltung verbindlicher Versorgungsstandards systematisch zu überprüfen. Neben dem reinen Transport von Notfallpatienten können bei Erfüllung definierter Qualitätsmaßstäbe auch weitere Versorgungsleistungen sachgerecht vergütet werden.

Entscheidend ist, dass zugrunde gelegte Standards nicht auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner basieren, sondern den anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden. Maßgeblich sind insoweit nationale und internationale Leitlinien sowie evidenzbasierte Empfehlungen.

Der eigenverantwortliche Handlungsrahmen von Notfallsanitätären muss in diesem Kontext nicht nur rechtlich abgesichert, sondern auch verbindlich eingefordert werden. Nach gegenwärtiger Einschätzung liegt das quantitativ bedeutsamere Versorgungs- und Qualitätsdefizit weniger in der fehlerhaften Anwendung medizinischer Maßnahmen, sondern vielmehr im Unterlassen medizinisch gebotener Interventionen.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns für die Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen aus, die Notfallsanitätären heilkundliche Befugnisse auch außerhalb akuter

Lebensgefahr oder der Gefahr wesentlicher Folgeschäden eröffnen. Entsprechende Anpassungen des Notfallsanitättergesetzes sind aus unserer Sicht erforderlich, um eine leitliniengerechte und fallabschließende Versorgung rechtssicher zu ermöglichen.

§ 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten

In Paragraf 133, Absatz 3, Satz 2 wird präzisiert welche Kosten bei der Entgeltbemessung berechnet werden dürfen. Dabei bleibt aus unserer Sicht unklar, wo die medizinische Notfallrettung endet, und wo darüber „hinausgehende öffentliche Aufgabe“ beginnt. Ist etwa die Vorhaltung von spezialisierten Fahrzeugen (z. B. GW-San) für medizinische Großschadenslagen Teil der medizinischen Notfallrettung oder eine darüber hinausgehende öffentliche Aufgabe.

§ 133b, Qualitätsausschuss Notfallrettung

Das vorgesehene Gremium soll umfassende Vorgaben zur Umsetzung im Rettungsdienst entwickeln, Qualitätsparameter definieren und deren Einhaltung bewerten. Der Einfluss dieses Gremiums auf die rettungsdienstliche Versorgung und damit auf die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist erheblich.

Zur Erarbeitung, Evaluation und fortlaufenden Aktualisierung der Vorgaben nach § 133c SGB V sind substanzielle personelle Ressourcen erforderlich. Die Finanzierung dieser Stellenanteile ist bislang nicht geklärt. Es besteht die Gefahr, dass die Aufgaben nicht sachgerecht erfüllt werden können, sofern die Mitglieder diese zusätzlich zu bestehenden Kernaufgaben wahrnehmen müssen. Zudem fehlen bislang gesetzliche Rahmenvorgaben zur Zusammensetzung und Rolle der weiteren sieben Vertreter. Zwar soll sich der Qualitätsausschuss Notfallrettung eine eigene Geschäftsordnung geben, gleichwohl erscheint es sachgerecht, zentrale Verfahrensgrundsätze bereits gesetzlich festzuschreiben. Hierzu zählt insbesondere der Ausschluss von Stimmenthaltungen, um Pattsituationen zu vermeiden. Darüber hinaus sollte das Abstimmungsverhalten der Mitglieder nach Ablauf einer definierten Frist, beispielsweise drei Monate nach Beschlussfassung, transparent und öffentlich nachvollziehbar gemacht werden.

Die im Pyramidenprozess 3.0 durch den DBRD und den Bundesverband der Ärztlichen Leitung Rettungsdienste erarbeiteten und breit konsentierten Standards dürfen durch die Vorgaben des Qualitätsausschusses nicht unterschritten werden. Eine bundesrechtliche Regulierung darf keinesfalls zu einer Absenkung bestehender Qualitätsniveaus in Rettungsdienstbereichen führen, die bereits heute überdurchschnittliche Standards erfüllen.

Ebenso ist sicherzustellen, dass die Finanzierung der neuen Strukturen nicht zu einer Schwächung der rettungsdienstlichen Vorhaltung, der Ausstattung von Rettungsmitteln und Rettungswachen oder der bestehenden Strukturen der öffentlichen Daseinsvorsorge führt.

§ 133c, Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

Rettungsdienstbereiche mit hoher Versorgungsverantwortung erfordern eine multiprofessionelle Leitungsstruktur. Die Aufgaben umfassen medizinische Steuerung, med. Qualitätsmanagement,

Personalführung, Rechtskonformität und strategische Entwicklung. Wo diese Aufgaben nicht arbeitsteilig organisiert sind, entstehen strukturelle Überlastungen mit unmittelbaren Auswirkungen auf den operativen Dienst. Monoprofessionelle oder personalisierte Leitungsmodelle sind daher systemisch inadäquat. Aus diesem Grund halten wir die Schaffung von Gremien aus Notfallsanitätern, Schulen und auch fachberatenden Ärzten als Team „Medizinische Versorgung“ für notwendig. Die Reduktion auf Telenotärzte greift zu kurz. Telemedizin eröffnet ein variables Konsilsystem, das je nach Indikation neben notärztlicher auch weitere fachliche Expertise einbinden kann. Aus diesen Gründen empfehlen wir folgende konkrete Änderungen:

Absatz 2, Nr. 1:

„Ärztliche Leitung“ mit „Team Medizinische Versorgung“ ersetzen. Wir empfehlen „Einsatz eines Telenotarztes“ durch „Einsatz von Telemedizin“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 1:

Wir empfehlen „Einsatz eines Telenotarztes“ durch „Einsatz von Telemedizin“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 4:

Wir empfehlen „ärztliche Leitung des Rettungsdienstes“ durch „Team Medizinische Versorgung des Rettungsdienstes“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 8:

Wir empfehlen „erforderlich“ durch „nachweislich erforderlich“ zu ersetzen. Dadurch wird den Beschließenden die Nachweispflicht der Erfordernis auferlegt, verhindert wird dort ein unreflektierter Aufbau weiterer kostenintensiver Strukturen.

Um die Beteiligung der relevanten Institutionen in jedem Fall sicherzustellen, empfehlen wir im

Absatz 5:

Nach Satz 3 empfehlen wir folgenden Halbsatz aufzunehmen: „die Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f sowie die geeigneten Fachgesellschaften, die maßgeblichen Berufsverbände und die maßgeblichen Leistungserbringer im Rettungsdienst oder deren Verbände sind anzuhören.“ Sollte der Qualitätsausschuss zu keiner Entscheidung kommen, und das BMG Empfehlungen erlassen, wird so die Beratung durch die relevanten Institutionen sichergestellt.

§ 133d, Digitale Notfalldokumentation

Die Pflicht zur Dokumentation sollte gesetzlich für jede versorgende Einheit ausdrücklich normiert werden. Die vereinzelt praktizierte Vorgehensweise, bei interdisziplinärer Zusammenarbeit lediglich ein gemeinsames Protokoll zu erstellen, ist zu beenden. Maßgeblich ist die ex ante Bewertung und Entscheidungsfindung des jeweils handelnden Heilberufs. Um diese eigenständige fachliche Einschätzung nachvollziehbar abzubilden und rechtssicher zu erfassen, ist eine getrennte, berufsbezogene Dokumentation erforderlich.

Darüber hinaus fehlen konkrete gesetzliche Vorgaben zur technischen und organisatorischen Umsetzung des Zugriffs des Rettungsdienstes auf die elektronische Patientenakte. Insbesondere sind Fragen der mobilen Verfügbarkeit sowie der Integration in bestehende Dokumentationssysteme bislang nicht hinreichend geregelt.

Der DBRD steht als ordentliches Mitglied des Fachbeirats des eGBR für weitergehende Abstimmungen zur Verfügung, um einen praxistauglichen und möglichst niedrighschwelligen Zugriff des Rettungsdienstes auf die Notfalldaten der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen. Wir empfehlen folgenden Satz am Ende von § 133d aufzunehmen: „Im Fall Nummer 1 obliegt den dort genannten Leistungserbringern die Schaffung und Finanzierung der erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen einschließlich der notwendigen Komponenten zur Authentifizierung nach § 340 für die in ihrem Namen tätigen Zugriffsberechtigten nach § 352.“ Die Norm begründet so eine institutionelle Kostentragungspflicht der Leistungserbringer für die zur Nutzung der ePA erforderliche technische Infrastruktur und Authentifizierung. Eine persönliche Kostentragung durch einzelne Notfallsanitäter ist dann ausgeschlossen.

Im Hinblick auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen besteht seit Langem kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Umsetzungsdefizit. Die Empfehlungen der Regierungskommission sowie die Stellungnahmen verschiedener Spitzenverbände, darunter des DBRD und des Bündnisses Pro Rettungsdienst, belegen diese Einschätzung. Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst hofft, dass nun die strukturellen Voraussetzungen für einen Rettungsdienst geschaffen werden, der den aktuellen und zukünftigen Anforderungen gerecht wird. Dies erfordert neben der Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen eine konsequente Einforderung der Leistungserfüllung in allen Versorgungssektoren.

Für den Vorstand,

Lübeck, 23.02.2026

Frank Flake
1. Vorsitzender

Kontakt:

Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de