



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin DGRN zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (Stand 01.07.2026)

04.09.2026

Die Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin versteht sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft zur Förderung der Qualität der rettungsdienstlichen Notfallversorgung durch Aus- Fort und Weiterbildung, durch Mitwirkung bei der Entwicklung von Leitlinien zur medizinisch hochwertigen Notfallversorgung in der Präklinik ebenso wie zum Qualitätsmanagement der präklinischen Notfallmedizin auf dem Boden medizinisch-wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse.

Als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft begrüßen wir ausdrücklich den vorgelegten Entwurf zur Reform der Notfallversorgung, der in vielen Teilen seit Jahrzehnten überfällige Entwicklungen nunmehr aufgreift. Wenngleich die ganz überwiegende Mehrzahl der vorgesehenen Regelungen grundsätzlich positiv und für eine zukunftsgerichtete Notfallversorgung zielführend sind, so bedarf es dennoch an einzelnen, konkreten Sachverhalten einer darüber hinausgehenden Konkretisierung bereits im Gesetzestext. Die nachfolgenden Stellungnahmen betreffen auf dem Boden der Zielsetzung unserer Fachgesellschaft den Bereich der medizinischen Notfallrettung durch den Rettungsdienst einschließlich dessen Steuerung.

Nachfolgend empfehlen wir Konkretisierungen und Präzisierungen wie folgt:

§ 30 Medizinische Notfallrettung

Die verpflichtende Vorgabe einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage stellt grundsätzlich einen zentralen Qualitätsfaktor für eine sachgerechte Steuerung der rettungsdienstlichen Antwort auf medizinische Hilfeersuchen dar, ist jedoch im vorliegenden Entwurf unzureichend definiert. Zentrale Anforderung an alle medizinischen Prozesselemente, zu denen auch die initiale Bearbeitung von Hilfeersuchen unstrittig zählt, ist die Berücksichtigung medizinischer, wissenschaftlich begründeter Evidenz in der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen. Bereits die Entgegennahme und Bearbeitung von medizinischen Notrufen stellt eine medizinisch qualifizierte Leistung dar und unterliegt somit den allgemeinen Regeln medizinisch-wissenschaftlicher Qualitätsanforderungen. Hier ist zwingend zu ergänzen, dass die zu verwendenden Systeme zur Notrufabfrage nicht nur standardisiert, sondern auch medizinisch in ihrer Wirksamkeit belegt sein müssen. Die ihm Gesetzentwurf gewählte Formulierung lässt einen überaus großen Deutungsspielraum zu, da weder die notwendigen Abstufungen für eine differenzierte Antwort auf Hilfeersuchen vorgegeben sind noch eine Notwendigkeit für eine medizinische Qualitätssicherung gefordert ist. Wir schlagen daher vor, diese Anforderungen wie folgt abzuändern:

§ 30 Abs 3 Satz 2:

Abweichend von Satz 1 ist die Vermittlung der erforderlichen Hilfe ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] nur noch vom Notfallmanagement umfasst, wenn sie auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten und auf medizinisch-wissenschaftlicher Evidenz basierten Notrufabfrage erfolgt.

§ 30 Abs 4:

Wir begrüßen ausdrücklich die Feststellung, dass im Regelfall die erforderliche Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal und nur im Einzelfall durch Notärzte erfolgt. Dies ist aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht zu beanstanden. Die berufliche Qualifikation des nichtärztlichen Fachpersonals ist durch das Notfallsanitättergesetz hinreichend definiert, allerdings ist der Begriff des Notarztes dahingegen weder auf gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitlich definiert noch auf dem in der Medizin allgemein üblichen Niveau einer Facharzt-Qualifikation abgesichert. Eine Tätigkeit als Notarzt ist in der Mehrzahl der Bundesländer bereits nach nur 2-jähriger ärztlicher Weiterbildungszeit, also lange vor Erreichen eines Facharztstatus, mit einer nur vergleichsweise geringen Zusatzqualifikation gestattet. Dies stellt einen eklatanten Widerspruch zum Qualitätsanspruch beim nichtärztlichen Fachpersonal dar, weshalb wir analog jeder sonstigen eigenständigen und verantwortlichen ärztlichen Tätigkeit hier eine Qualifikation nach Facharztstandard für zwingend erforderlich halten. Aktuell erfolgt im Gegensatz zum vorliegenden Gesetzentwurf bundeslandabhängig bei 15% bis zu über 40% aller Notfalleinsätze die Einbindung eines Notarztes. Dies ist aus unserer Sicht weder medizinisch noch organisatorisch erforderlich. Eine Einbindung eines Notarztes nur im begründeten Einzelfall, wie der vorliegende Gesetzentwurf es vorschlägt, würde eine erhebliche Reduktion der Notarzteeinsätze zur Folge haben und wäre damit wiederum mit einer Qualifikations-Anhebung der dann noch

erforderlichen Notärzte auf Facharztstandard in Einklang zu bringen. Wir schlagen daher eine Änderung vor wie folgt:

§ 30 Abs 4:

Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports sowie, sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich, eine zusätzliche Versorgung durch Fachärzte als Notärzte, die auch telemedizinisch erbracht werden kann.

§ 133a Gesundheitsleitsystem

Die medizinisch sachgerechte Allokation eines Hilfeersuchens in die geeignete Struktur des Gesundheitssystems stellt die aktuell größte Herausforderung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland dar. Aus diesem Grunde befürworten wir ausdrücklich die Einführung eines Gesundheitleitsystems, dass nach unserer Auffassung flächendeckend und jederzeit verfügbar sein muss. Aus diesem Grunde sind in § 133a die Leistungserbringung des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle zu verpflichten, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitleitsystems zu schließen. Die aktuelle Vorlage sieht hier einen freiwilligen Antrag zur Kooperation vor, sodass eine solche zentrale Einrichtung zukünftig der Beliebigkeit überlassen würde. Dies ist so keinesfalls zielführend.

§ 133b Fachgremium medizinische Notfallrettung

Wir begrüßen ausdrücklich die Einrichtung eines solchen Fachgremiums, um die Leistungen der medizinischen Notfallrettung dauerhaft und zukunftssicher zu gestalten.

Allerdings erlauben wir uns in Hinweis, dass ein medizinisches Fachgremium zwingend mit einer ausreichenden Anzahl medizinisch qualifizierter Ärzte zu besetzen ist. Der aktuelle Vorschlag sieht bei 16 Landesvertretern lediglich 2 medizinische Experten aus medizinischen Fachgesellschaften vor. Daraus folgt, dass bei Entscheidungen mit einfacher Mehrheit medizinischer Sachverstand bei einem originär medizinischen Sachthema in keinsten Weise angemessen repräsentiert ist. Wenn medizinische Fachgesellschaften nicht ein

angemessenes Stimm- oder Vetorecht in einem solchen Gremium bekommen, kann der Gesetzgeber keine medizinisch sachgerechten Entwicklungen und Entscheidungen erwarten.



Prof. Dr. med. Clemens Kill

1. Vorsitzender

Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin e.V. (DGRN)

Maria-Goeppert-Str. 3

23562 Lübeck

Tel. +49 451 30505869

Fax +49 451 30505861

clemens.kill@dgrn.de

www.dgrn.de

Amtsgericht Lübeck VR 4448 HL, Vertretungsberechtigter Vorstand:

1. Vorsitzender Prof. Dr. Clemens Kill, 2. Vorsitzender PD Dr. Peter Benöhr