Nürnberg, 31.08.2026

Gemeinsame Stellungnahme

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

und

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) begrüßen das Ziel der Bundesregierung, die Notfallversorgung in Deutschland grundlegend weiterzuentwickeln. Die bessere Vernetzung von vertragsärztlichem Notdienst, Notaufnahmen und Rettungsdienst, eine gezieltere Steuerung von Hilfesuchenden und die stärkere Verzahnung der bislang vielfach getrennten Versorgungsstrukturen sind aus unserer Sicht dringend erforderlich. Der Gesetzentwurf greift damit wesentliche strukturelle Defizite der heutigen Notfallversorgung auf.

Besonders begrüßen BDA und DGAI, dass die medizinische Notfallrettung als eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt wird. Die Differenzierung in Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport trägt der tatsächlichen Entwicklung des Rettungsdienstes von einer überwiegend transportorientierten Aufgabe hin zu einem eigenständigen medizinischen Versorgungsbereich Rechnung. Dabei ist es richtig, dass eine notfallmedizinische Versorgung auch ohne anschließenden Transport möglich sein soll.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurden zudem einige Punkte aufgegriffen, die BDA und DGAI in ihrer Stellungnahme angesprochen hatten. Dies gilt insbesondere für die stärkere Berücksichtigung von Qualitätssicherung, Digitalisierung und einer besseren Steuerung der vorhandenen Versorgungskapazitäten. Der Entwurf sieht nun unter anderem eine digitale Notfalldokumentation und ein Versorgungskapazitätennachweissystem vor. Dieses soll die für die Weiterbehandlung relevanten Kapazitäten in Echtzeit abbilden; Krankenhäuser müssen ihre Kapazitäten übermitteln, die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung das System nutzen und eine landkreis- und landesgrenzübergreifende Vernetzung ermöglichen.

Diese Weiterentwicklung begrüßen wir ausdrücklich. Gerade in zeitkritischen Situationen ist es entscheidend, dass Leitstellen und Einsatzkräfte, welches Krankenhaus grundsätzlich für eine bestimmte Behandlung geeignet ist, sondern welche Kapazitäten tatsächlich zur Verfügung stehen. Perspektivisch sollte daraus ein bundesweit vernetztes System entstehen, das auch in außergewöhnlichen Belastungs- und Krisensituationen eine überregionale Steuerung von Patientinnen und Patienten ermöglicht.

BDA und DGAI vereinen mehr als 30.000 Ärztinnen und Ärzte für Anästhesiologie sowie Mitarbeitende der Gesundheitsfachberufe, die deutschlandweit jährlich mehr als zehn Millionen Patientinnen und Patienten aller Altersklassen in den fünf medizinischen Bereichen der Anästhesiologie betreuen: Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin. Gemeinsam stehen sie im täglichen Einsatz für die bestmögliche Patientenversorgung und Patientensicherheit. 365 Tage im Jahr und 24 Stunden rund um die Uhr.

Hierdurch würden die Voraussetzungen geschaffen, um in besonderen Mangellagen strategische Patientenverlegungen auch über regionale und Landesgrenzen hinweg koordinieren zu können.

Notfallmedizinische Expertise verbindlich einbeziehen

Aus Sicht von BDA und DGAI bleibt allerdings eine zentrale Frage offen: Wer definiert künftig die medizinischen Standards für die Notfallrettung?

Mit § 133b SGB V wird hierfür ein Fachgremium medizinische Notfallrettung geschaffen. Dass wissenschaftliche Fachgesellschaften und Fachverbände darin nicht nur beratend tätig werden, sondern stimmberechtigt beteiligt werden sollen, ist gegenüber dem Referentenentwurf eine wesentliche Verbesserung. Auch die Bundesregierung hebt in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates ausdrücklich hervor, dass die Stimmberechtigung der Fachgesellschaften wichtig sei, um die Qualität der Beschlüsse auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sichern. Fachgesellschaften sollen die notwendige evidenzbasierte Kernkompetenz sowie medizinische Leitlinien, Forschungserkenntnisse und Innovationen unmittelbar in die Entscheidungsfindung einbringen.

Diese Zielsetzung unterstützen BDA und DGAI ausdrücklich. Sie muss sich jedoch auch in der tatsächlichen Zusammensetzung des Fachgremiums widerspiegeln. Die Anästhesiologie ist eine der tragenden Disziplinen der präklinischen Notfallmedizin in Deutschland. Rund 60 Prozent der im Notarztdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte sind Anästhesistinnen und Anästhesisten. Die Fachgebiete Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerz und Palliativmedizin sind zudem in besonderer Weise miteinander verbunden und decken die wesentliche Bereiche der Notfallmedizin ab. Die anästhesiologische Expertise sollte deshalb bei der Besetzung der Vertreterinnen und Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Fachgremium nach § 133b angemessen berücksichtigt werden.

Mit dem bei der DGAI geführten Deutschen Reanimationsregister verfügt die Anästhesiologie zudem über eine seit zwei Jahrzehnten etablierte Struktur zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung in der präklinischen und innerklinischen Notfallversorgung. Die hier vorhandene Expertise und die bereits bestehenden Datenstrukturen sollten für die künftige Qualitätssicherung der medizinischen Notfallrettung genutzt werden.

Bestehende Register für die Qualitätssicherung nutzen

BDA und DGAI begrüßen, dass das Fachgremium Empfehlungen für bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren sowie für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung entwickeln soll. Der Gesetzentwurf sieht hierfür Struktur- und einsatzbezogene Leistungsdaten sowie Angaben zur Qualifikation des eingesetzten Personals vor; als mögliche Grundlage wird in der Gesetzesbegründung unter anderem der minimale Notfalldatensatz MIND genannt.

Aus unserer Sicht sollte dabei ausdrücklich auf bereits vorhandene und bewährte Registerstrukturen zurückgegriffen werden. Mit dem Deutschen Reanimationsregister und weiteren etablierten Registern stehen Strukturen zur Verfügung, die seit Jahren Daten zur Ergebnisqualität erheben und für Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung nutzbar machen. Es wäre weder fachlich noch wirtschaftlich sinnvoll, parallel dazu neue Strukturen aufzubauen, ohne vorhandene Register systematisch einzubeziehen.

BDA und DGAI schlagen deshalb vor, in den gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung ausdrücklich vorzusehen, dass bestehende medizinische Register bei der Festlegung der Datensätze und Qualitätsindikatoren sowie bei deren Auswertung angemessen einzubeziehen sind. Dies kann zugleich dazu beitragen, Mehrfachdokumentationen und zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu vermeiden. Auch die Gesetzesbegründung stellt ausdrücklich fest, dass zur Vermeidung von Mehrfacherfassungen eine einheitliche Datengrundlage angestrebt werden sollte.

Ärztliche Expertise in den Strukturen der Notfallversorgung stärken

Weiterhin sehen BDA und DGAI die Notwendigkeit, ärztliche Expertise in den regionalen Entscheidungsstrukturen der Notfallversorgung verbindlicher zu verankern. Nach § 90 Absatz 4a SGB V sind bei Entscheidungen über die Standorte Integrierter Notfallzentren Vertreter anzuhören, die von der für die medizinische Notfallrettung zuständigen obersten Landesbehörde benannt werden. Ein Anhörungsrecht allein wird der Bedeutung der medizinischen Notfallrettung für die Planung integrierter Notfallstrukturen aus unserer Sicht nicht vollständig gerecht.

Insbesondere die ärztlichen Leitungen der Rettungsdienste verfügen über umfassende Kenntnisse der regionalen Rettungsdienststrukturen, der tatsächlichen Versorgungskapazitäten und der Schnittstellen zwischen präklinischer und klinischer Versorgung. Diese Expertise sollte bei Entscheidungen, die unmittelbar die Patientenströme und die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst, Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren betreffen, verbindlich einbezogen werden.

Einheitliche Qualifikationsstandards auch für den ärztlichen Bereich

Zu begrüßen ist ferner, dass das Fachgremium nach § 133b Empfehlungen zum zeitlichen Umfang und zur Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen entwickeln soll. Aus Sicht von BDA und DGAI sollte dieser Ansatz jedoch nicht auf das Rettungsfachpersonal beschränkt bleiben.

Eine qualitativ hochwertige präklinische Notfallversorgung beruht auf dem abgestimmten Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen. Bundesweit vergleichbare Anforderungen an regelmäßige Fortbildung sollten deshalb grundsätzlich für alle an der medizinischen Notfallrettung beteiligten Berufsgruppen gelten inkl. der Notärztinnen und Notärzte sind zu berücksichtigen und in den § 133b Abs. 4 Nr. 9 mit aufzunehmen.

Medizinische Qualität muss Maßstab der Patientensteuerung sein

BDA und DGAI unterstützen das Ziel einer standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzung. Eine bessere Patientensteuerung kann Rettungsdienst und Notaufnahmen entlasten und dazu beitragen, Patientinnen und Patienten schneller der für sie geeigneten Versorgung zuzuführen. Der Gesetzentwurf sieht dabei zu Recht vor, dass einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die entsprechende Richtlinie Stellung nehmen können und ihre Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen sind. Die DGAI und der BDA sind seit Jahren intensiv an der Ausarbeitung wissenschaftlicher Leitlinien und Empfehlungen zu notfallmedizinisch relevanten Krankheitsbildern, sowie an einschlägigen Forschungsprojekten (Bsp. eSNA, CAROL) beteiligt oder federführend.

Entscheidend ist jedoch, dass standardisierte und softwarebasierte Verfahren ärztliche Entscheidungen unterstützen und nicht ersetzen. Dies gilt insbesondere bei komplexen, zeitkritischen oder nicht eindeutig einzuordnenden Krankheitsbildern. Die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben müssen deshalb sicherstellen, dass jederzeit eine ärztliche Bewertung möglich ist und medizinische Qualität und Patientensicherheit Vorrang vor einer ausschließlich auf Effizienz ausgerichteten Patientensteuerung haben.

Fazit

BDA und DGAI unterstützen die grundlegende Zielrichtung der Notfallreform. Insbesondere die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als eigenständige GKV-Leistung, die stärkere Vernetzung der Versorgungsbereiche, die digitale Notfalldokumentation, der Aufbau vernetzter Kapazitätennachweise sowie die stärkere Orientierung an Qualität und einheitlichen Standards sind wichtige Schritte. Die Kabinettsfassung hat gegenüber dem Referentenentwurf an mehreren Stellen Verbesserungen erfahren und damit auch Anliegen von BDA und DGAI aufgegriffen.

Im parlamentarischen Verfahren sollte jedoch nachgeschärft werden. Entscheidend sind aus Sicht von BDA und DGAI insbesondere die angemessene und dauerhafte Einbindung anästhesiologischer und notfallmedizinischer Expertise in das Fachgremium nach § 133b, die verbindliche Einbindung der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst, die Nutzung bestehender Qualitätsregister einschließlich des Deutschen Reanimationsregisters, Fortbildungsstandards auch für die ärztliche Notfallversorgung sowie eine klare Regelung für strategische Patientenverlegungen in besonderen Mangellagen.

Eine Reform der Notfallversorgung kann dauerhaft nur erfolgreich sein, wenn neue Steuerungs- und Vergütungsstrukturen mit der vorhandenen medizinischen Expertise zusammengeführt werden. BDA und DGAI stehen bereit, ihre wissenschaftliche und fachliche Erfahrung in die weitere Ausgestaltung der Reform und insbesondere in die Entwicklung bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards einzubringen.

Kontaktdaten:
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) /
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
dgai@dgai-ev.de / bda@bda-ev.de
0911 93378-0
www.dgai.de / www.bda.de