

Stellungnahme des Bundesverbandes für Bildung im Rettungswesen

zum Antrag der Fraktion der AFD „Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten“ - Bundestagsdrucksache 21/2228

Der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) nimmt zu den aufgeworfenen Sachfragen Stellung, soweit sie Steuerungsdefizite in der Notfallversorgung adressiert. Aus Sicht des BVBRW ist entscheidend, dass Reformansätze konsequent an Patientensicherheit, klarer Verantwortungszuordnung, standardisierten Prozessen sowie verbindlichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen ausgerichtet werden. Nur dann können Steuerung, neue Versorgungsmodelle und Entlastungseffekte tatsächlich im Versorgungssystem ankommen.

Der BVBRW teilt die Zielsetzung, Fehlallokationen zu reduzieren, Rettungsdienst und Notaufnahmen zu entlasten und Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter zu versorgen. Gerade im Bereich nichtdringlicher Hilfeersuchen entscheidet die Qualität der Ersteinschätzung, der Versorgungsnavigation und der rechtssicheren Kompetenzdefinition darüber, ob eine Reform zu besserer Versorgung führt – oder lediglich Komplexität verlagert. Deshalb betont der BVBRW: Steuerung ist in erster Linie eine Frage von Standards, Qualifikation und überprüfbarer Prozessqualität, nicht nur eine Frage der Telefonnummer oder der Organisationsform.

Die Stoßrichtung, rettungsdienstliche Versorgungsleistungen auch ohne Transport regelhaft zu ermöglichen und transportunabhängig zu vergüten, wird grundsätzlich unterstützt. Eine Entkopplung von Leistung und Transport kann Fehlanreize reduzieren und patientengerechte Lösungen „ambulant vor Ort“ stärken. Dies setzt jedoch zwingend voraus, dass Indikationskriterien, Dokumentationsanforderungen, Qualitätssicherung und Kompetenzen eindeutig geregelt sind. Wenn „Behandeln, Beraten, Verweisen“ regelhaft erwartet und vergütet werden soll, müssen Assessments, differenzialdiagnostisches Entscheiden im Rahmen definierter Algorithmen sowie standardisierte Ausschlusskriterien curricular abgebildet, geprüft und zertifiziert werden. Wo darüber hinaus erweiterte diagnostische oder (vorab) fallabschließende Maßnahmen intendiert sind, braucht es eine rechtssichere fachgebundene Heilkundebefugnis mit klarem Handlungsrahmen, Supervision und Qualitätsindikatoren. In diesem Kontext sollten gestufte Qualifikationswege bis hin zu akademischen Rollen von Gesund-

heitsfachkräften für erweiterte Aufgaben ausdrücklich mitgedacht werden – nicht als Selbstzweck, sondern als Sicherheits- und Qualitätsstrategie für komplexere Entscheidungsanforderungen im nichtdringlichen Bereich.

Den Ausbau qualifizierter Ersteinschätzung und Disposition – einschließlich digitaler Unterstützung und telemedizinischer Elemente – bewertet der BVBRW positiv, verbindet dies aber mit einer klaren Bedingung: Die Leitstelle wird damit zu einem hochverantwortlichen klinisch-kommunikativen Entscheidungsort. Bildungs- und qualitätspolitisch zwingend ist daher ein bundesweit standardisierter Qualifikations- und Rezertifizierungsrahmen für Leitstellenpersonal. Digitale Verfahren und Telemedizin können Entscheidungen unterstützen, ersetzen aber keine qualifikationsgebundene Verantwortung. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren muss verbindlicher Mindeststandard sein; Fortbildung, Supervision und belastbare Qualitätssicherung sind integraler Bestandteil.

Kritisch bewertet der BVBRW die Forderung, die 112 zur bundesweit alleinigen telefonischen Anlaufstelle zu machen. Die Steuerung der Notfallversorgung erfordert eine verlässliche, definierte Zusammenarbeit zwischen rettungsdienstlicher Gefahrenabwehr und ambulanter Akutversorgung. Eine organisatorische Monolösung birgt das Risiko, Komplexität in die Leitstellen zu verlagern, ohne die sektoralen Zuständigkeiten, Ressourcen und Verantwortlichkeiten hinreichend zu klären. Für eine wirksame Steuerung ist die regelhafte Schnittstelle zur ambulanten Akutversorgung – einschließlich strukturierter Übergaben, klarer Eskalationsregeln und Rückkopplungsmechanismen – entscheidend. Ein rein struktureller Zentralismus ersetzt diese Prozess- und Verantwortungsarchitektur nicht.

Ebenso kritisch sieht der BVBRW Vorschläge, die eine Disposition alternativer Transportmittel wie eines Taxis als Regeloption nahelegen, ohne einen verbindlichen Sicherheitsrahmen vorzusehen. Jede nichtrettungsdienstliche Transportvermittlung setzt eine belastbare Risikoselektion, Schutzkriterien für vulnerable Gruppen, klare Dokumentationspflichten, Nachverfolgbarkeit sowie definierte Zuständigkeiten für Re-Kontakt und Eskalation voraus. Dies wäre z.B. im Rahmen eines klinischen Entlassungsmanagements denkbar. Eine implizite oder pauschale Freistellung von Verantwortlichkeit ist mit qualitätsgesicherter Versorgung nicht vereinbar. Wenn solche Optionen überhaupt vorgesehen werden, dann nur als eng begrenzte Ausnahme innerhalb klarer Kriterien und unter nachweisbarer Qualitätssicherung. Über die Etablierung weiterer außerklinischer Versorgungsformen und Rollen über beispielsweise einer “Außerklinischen Fachexpertin” (DQR 6 Kompetenzniveau) als rettungsdienstlicher Akutversorger und zur fallabschließenden Bearbeitung niedrigprioritärer Hilfersuchen kann eine

entsprechende Transportindikation sichergestellt werden und damit eine Entlastung des regulären Rettungsdienstes erfolgen.

Schließlich weist der BVBRW pauschale Annahmen zu Einsparpotenzialen ohne Qualitätsverlust zurück, sofern diese nicht an überprüfbare Qualitätsindikatoren, Mindeststandards und Patientensicherheitsziele geknüpft werden. Vorhaltung, Personalqualifikation, Leitstellenqualität und Systemresilienz sind zentrale Qualitätsvoraussetzungen. Wer Entlastung und Effizienz fordert, muss Mindestqualifikationen, Prozessstandards und Ergebnisqualität verbindlich definieren und die dafür erforderliche Bildungsinfrastruktur strukturell absichern. Zusammenfassend empfiehlt der BVBRW, Reformmaßnahmen zur Notfallversorgung konsequent an verbindlichen Qualifikations- und Bildungsstandards auszurichten, die Schnittstellen zwischen Leitstellen, ambulanter Akutversorgung und Kliniken regelhaft zu definieren und neue Versorgungsformen nur unter klaren Sicherheits- und Qualitätsvorgaben auszurollen.