

Stellungnahme

Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung

vom 1. Juli 2026

Rettungsdienstliche Vor-Ort-Beurteilung und Weitersteuerung im Gesundheitsleitsystem verankern

Der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) begrüßt die mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808) angestrebte stärkere Vernetzung der Akut- und Notfallversorgung. Die Verbindung von 112 und 116117, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren, digitale Fallübergaben, telemedizinische Angebote sowie der Ausbau alternativer und aufsuchender Versorgungsformen sind wichtige Voraussetzungen für eine bedarfsgerechtere Patientensteuerung.

Positiv ist insbesondere, dass § 30 SGB V-E die medizinische Notfallrettung in Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport gliedert. Die Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal am Einsatzort wird damit als eigenständige Leistung beschrieben und vom Transport getrennt.

Aus Sicht des BVBRW muss dieser Ansatz jedoch konsequent in die zukünftige Versorgungssteuerung übersetzt und mit den dafür erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen verbunden werden.

Niedrigprioritär bedeutet nicht automatisch fernsteuerbar

Eine bessere Steuerung niedrigprioritärer 112-Hilfeersuchen ist notwendig und sinnvoll. Die internationale Evidenz zeigt jedoch, dass eine niedrige Dispositionspriorität nicht mit einer sicheren abschließenden Beurteilung aus der Distanz gleichgesetzt werden kann. Auch nach qualifizierter Sekundärtriage verbleiben Hilfeersuchen, bei denen eine persönliche rettungsdienstliche Beurteilung, Behandlung oder ein Transport erforderlich wird. Ein nach Untersuchung vor Ort möglicher Nichttransport bedeutet deshalb nicht, dass bereits die Rettungsmiteldisposition vermeidbar gewesen wäre.

Für die zukünftige Versorgungsstruktur sind daher drei Situationen zu unterscheiden:

1. Fälle, die nach strukturierter Ersteinschätzung sicher in alternative Versorgungspfade übernommen werden können.
2. niedrigprioritäre Fälle, die zunächst eine rettungsdienstliche Vor-Ort-Beurteilung benötigen, anschließend aber nicht zwingend transportiert werden müssen.
3. Fälle mit weitergehendem notfallmedizinischem Behandlungs- oder Transportbedarf.

Die Dichotomie „Wegsteuerung oder Notfalltransport“ greift damit zu kurz.

Rettungsdienstliche Vor-Ort-Beurteilung als regulären Versorgungspfad organisieren

Der im Gesetzentwurf vorgesehene aufsuchende Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten und ist ausdrücklich zu begrüßen. Er kann eine geeignete Zielstruktur sein, wenn ein Hilfeersuchen aus der Distanz hinreichend sicher eingeordnet und verbindlich übernommen werden kann.

Wo die vorhandenen Informationen dafür nicht ausreichen, muss hingegen die rettungsdienstliche Vor-Ort-Beurteilung als regulärer Bestandteil des Gesundheitsleitsystems vorgesehen sein. Diese Aufgabe wird bereits heute vielfach aus der Versorgungspraxis heraus wahrgenommen. Sie muss künftig systematisch organisiert, digital vernetzt und unabhängig von einem Transport leistungsrechtlich abgebildet werden.

Der Rettungsdienst muss nach der persönlichen Beurteilung nicht nur zwischen Transport und Nichttransport entscheiden können. Er muss Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation auch behandeln und verbindlich in ambulante, aufsuchende, pflegerische, psychosoziale oder andere geeignete Versorgungsstrukturen weitersteuern können.

Der Rettungsdienst ist damit nicht lediglich Transporteur oder Rückfallebene einer gescheiterten Leitstellensteuerung, sondern selbst klinischer Akteur der sektorenübergreifenden Patientensteuerung.

Diese Position entspricht der bereits im März 2026 gemeinsam von mehreren Fachgesellschaften und Verbänden formulierten Einschätzung, dass ein relevanter Anteil niedrigprioritärer Einsätze trotz verbesserter Leitstellensteuerung im Rettungsdienst verbleiben und dort qualifiziert sowie möglichst fallabschließend bearbeitet werden können muss.

Parlamentarische Reformvorschläge zeigen weitergehende Lösungsansätze

Mehrere im parlamentarischen Verfahren vorgelegte Vorschläge greifen diese Versorgungslücke weitergehend auf.

Die Anträge von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen mit der speziellen ambulanten Notfallversorgung einen zusätzlichen Leistungsbereich für gesundheitsfachliche außerklinische Versorgungsangebote vor. Zudem sollen Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Trägern beziehungsweise Leistungserbringern des Rettungsdienstes ausdrücklich ermöglicht werden.

Von besonderer Bedeutung ist aus Sicht des BVBRW der vorgeschlagene neue § 15b SGB V. Er soll entsprechend qualifizierten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eine eigenverantwortliche Heilkundenausübung in definierten Akut- und Notfallsituationen ermöglichen. Der Erwerb der hierfür erforderlichen Kompetenzen wird ausdrücklich mit beruflicher beziehungsweise hochschulischer Ausbildung oder staatlich anerkannter, bundesweit einheitlicher Weiterbildung und regelmäßiger Kompetenzüberprüfung verknüpft.

Auch der Antrag der Fraktion DIE LINKE fordert bundesweit einheitliche heilkundliche Kompetenzen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, ausdrücklich auch für Situationen, in denen keine unmittelbare Lebensgefahr oder das Risiko wesentlicher Folgeschäden vorliegt. Zugleich werden einheitliche Standards für Aus-, Fort- und Weiterbildung gefordert.

Der BVBRW unterstützt diese Zielrichtung. Eine nachhaltige Neuordnung der außerklinischen Akutversorgung erfordert jedoch eine kohärente Weiterentwicklung von Leistungsrecht, Berufsrecht und Qualifikation. Erweiterte heilkundliche Befugnisse im SGB V sollten deshalb mit dem Notfallsanitätergesetz sowie mit bundeseinheitlichen, wissenschaftlich fundierten Bildungs-, Kompetenzfeststellungs- und Kompetenzerhaltungsstandards abgestimmt werden.

Forderungen des BVBRW

Der BVBRW fordert daher,

1. die rettungsdienstliche Vor-Ort-Beurteilung und Weitersteuerung als regulären Versorgungspfad im Gesundheitsleitsystem zu verankern.
2. Beurteilung, Behandlung vor Ort, Nichttransport und qualifizierte Weitervermittlung unabhängig von einem Transport leistungsrechtlich und finanziell abzubilden.
3. den Rettungsdienst vollständig in die digitale Versorgungskette einzubinden, sodass auch vom Einsatzort verbindliche Übergaben in ambulante, aufsuchende und andere geeignete Versorgungsstrukturen möglich sind.
4. die in den parlamentarischen Reformvorschlägen aufgegriffene Erweiterung eigenverantwortlicher heilkundlicher Kompetenzen entsprechend qualifizierter Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter weiterzuverfolgen und dabei SGB V, Notfallsanitätergesetz und Qualifikationsanforderungen kohärent aufeinander abzustimmen.
5. bundeseinheitliche, wissenschaftlich fundierte Bildungs-, Kompetenzfeststellungs- und Kompetenzerhaltungsstandards für diese erweiterten Aufgaben zu entwickeln und dabei die Expertise der rettungsdienstlichen Berufsbildung und Hochschulen strukturell einzubeziehen.

Fazit

Der Erfolg eines Gesundheitsleitsystems darf nicht primär an möglichst vielen vermiedenen Rettungsmitteldispositionen gemessen werden. Maßstab muss die bedarfsgerechte und sichere Versorgung sein.

Ziel der Reform sollte nicht die maximale Wegsteuerung niedrigprioritärer 112-Hilfeersuchen sein, sondern die Steuerung jedes Falles auf die niedrigste ausreichend sichere Versorgungsebene. Wo diese Entscheidung erst nach persönlicher Beurteilung getroffen werden kann, muss der Rettungsdienst vor Ort beurteilen, bedarfsgerecht behandeln und anschließend weitersteuern können.

Diese Funktion besteht bereits heute aus praktischer Notwendigkeit. Die Reform muss sie nun strukturell verankern, leistungsrechtlich abbilden, mit geeigneten heilkundlichen Kompetenzen hinterlegen, qualifizieren und digital vernetzen.