

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-024-01400-8>
 Angenommen: 24. September 2024

© The Author(s) 2024



Notfallreform konkret: Handlungsempfehlungen der „Fürther Gespräche“ zur zukunftsfähigen Professionalisierung im Rettungsdienst

Klaus Meyer¹ · Harald Dormann² · Florian Reifferscheid³ · Johannes Gottschalk⁴ ·
Dominik Hahnen⁵ · Marc Gistrichovsky⁶ · Thomas Prescher⁷

¹ Institut für notfallmedizinische Bildung INOB, Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V., Stein, Deutschland; ² Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland; ³ Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND e. V., Berlin, Deutschland; ⁴ BFS Notfallsanitäter, Regensburg, Deutschland; ⁵ Malteser Bildungszentrum Euregio, Aachen, Deutschland; ⁶ Integrierte Leitstelle Feuerwehr Stadt Nürnberg, Fachverband Leitstellen e. V., Nürnberg, Deutschland; ⁷ Fachbereich Gesundheit, Hochschule Münster, Münster, Deutschland

Zusammenfassung

Bei den „Fürther Gesprächen“, einem interdisziplinären Expertenforum aus Interessenverbänden, Fachgesellschaften, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Universitäten und Berufsschulen, ging es um die nachhaltige Professionalisierung des Rettungsdienstes. Im Mittelpunkt stand nicht die Frage, wer was macht, sondern wie der Rettungsdienst zur Verbesserung der Notfallversorgung beitragen kann. Im Mittelpunkt der Diskussionen standen die für eine Reform der Notfallversorgung notwendigen Qualitäts-, Ausbildungs- und Professionalisierungsstrukturen sowie die spezifischen Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen für ein gestuftes Notfallversorgungssystem. Das Forum analysierte aktuelle Entwicklungen und formulierte Empfehlungen für ein nachhaltiges, patientenzentriertes und effizientes Notfallversorgungssystem.

Zu den wichtigsten Themen gehörten: Präventive Rettungsmedizin und nicht dringende Hilfeanfragen: Integration von Versorgungsbedarf und -strukturen, „Ein Anruf für alle“: Leitstellen als Torwächter für komplexe Versorgungspfade, Gestuftes und flexibles Qualifikationssystem: Von der ehrenamtlichen Tätigkeit bis zur erweiterten Notfallversorgung, Gestuftes Notarztsystem: Komplexitätsbasierte Ressourcenzuweisung und Qualifikationen.

Schlüsselwörter

Notfallsanitäter · Notarzt · Leitstelle · Bildung · Rettung

Die Autoren K. Meyer und H. Dormann haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen.

Teilnehmer der Fürther Gespräche im Februar 2024

Die Liste der TeilnehmerInnen finden Sie unter:
<https://inob.org/fuerther-gespraech/>



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Beitrag des Rettungsdienstes für eine zukunftsfähige Notfallversorgung

Die Notfallversorgung in Deutschland sieht sich mit wachsenden Herausforderungen konfrontiert. Die „9. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission“ [1], ergänzt durch Diskussionen u. a. der

Arbeitsgemeinschaft Notärzte in NRW [2], des GKV-Spitzenverbands [3] oder der DG-Re [4], beleuchtet die Dringlichkeit der Themen Qualität, Bildung und Professionalisierung im Rettungsdienst. Die Nichtberücksichtigung des Rettungsdienstes im „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ im Jahr 2024 sowie die seit Jahren steigenden Ausgaben für den

<p>Kat. I Kritischer Hilfesuchender – schnelle Intervention</p> <p>Nicht aufschiebbare medikamentöse Therapie oder invasive Maßnahme</p> <p>Beispiel: Reanimation</p> <p>Voraussetzung: hohes medizinisches Wissen und hohe Handlungssicherheit</p>	<p>Kat. II Kritischer Hilfesuchender – schneller Transport</p> <p>Tracerdiagnosen</p> <p>Beispiel: akutes Koronarsyndrom</p> <p>Voraussetzung: hohes medizinisches Wissen und gute strukturelle Kenntnisse über Transportmittel und Zielkliniken</p>	
<p>Kat. III Dringlich zu versorgender Hilfesuchender</p> <p>Akute Ereignisse, die nicht in Kat. I oder II fallen und eine zeitnahe Versorgung benötigen</p> <p>Beispiel: Frakturen, hypertensive Entgleisungen</p> <p>Voraussetzung: moderates medizinisches Wissen und organisatorische Fähigkeiten</p>	<p>Kat. IV Unkritischer Hilfesuchender</p> <p>Ereignisse, die nicht in Kat. I bis III fallen und nicht durch eine strukturierte Notrufabfrage abschließend bewertet werden können</p> <p>Beispiel: unklare Erkrankungen</p> <p>Voraussetzung: hohes allgemeinmedizinisches Wissen, gute Untersuchungsfähigkeiten und Kenntnisse über psychosoziale Vorgehensweisen</p>	<p>Abb. 1 ◀ Kategorien der Hilfesuchenden in Notfallsituationen. (Aus [9])</p>

Rettungsdienst, die 2022 fast 10 % der Gesundheitsausgaben ausmachten [5], unterstreichen die Dringlichkeit einer effizienten Lösung und einer Weiterführung des Diskurses um die Reformbedarfe.

Die „Fürther Gespräche“, ein interdisziplinäres Expertenforum aus Interessenverbänden, Fachgesellschaften, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Hochschulen und Berufsfachschulen fokussierte im Februar 2024 zum zweiten Mal den Dialog auf die zukunftsfähige Professionalisierung des Rettungsdienstes. „Statt über das ‚wer-macht-was‘ zu streiten, sollten wir uns lieber fragen, welchen Beitrag der Rettungsdienst leisten kann, um die Notfallversorgung besser zu machen“ [6]. Zentrale Fragen hierbei waren: Welche Strukturmomente im Themenfeld Qualität, Bildung und Professionalisierung bestimmen gegenwärtig den Diskurs einer notwendigen Notfallreform und welche konkreten Bedarfe der Kompetenzentwicklung und Qualifizierung ergeben sich für ein gestuftes System der Notfallversorgung? Die „Fürther Gespräche“ analysieren die gegenwärtige Entwicklung und leiten daraus Handlungsempfehlungen ab, die eine nachhaltige, patientenzentrierte und effiziente Notfallversorgung ermöglichen. Zusammenfassend werden die folgenden Themenschwerpunkte dargestellt. Die ausführliche Textversion ist unter <https://inob.org/fuerther-gespraech/> frei verfügbar.

- Vorbeugender Rettungsdienst und nichtdringliche Hilfesuchen: Ver-

- sorgungsanlässe und -strukturen bedarfsorientiert vernetzen
- „One call fits all“: Leitstelle als Gatekeeper für komplexe Versorgungsstrukturen
- Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem Rettungsdienst: Vom Ehrenamt zur erweiterten fallabschließenden Notfallversorgung
- Gestuftes Notarztsystem: Komplexitätsabhängige Ressourcenzuordnung und Qualifikation

Vorbeugender Rettungsdienst und nichtdringliche Hilfesuchen: Versorgungsanlässe und -strukturen bedarfsorientiert vernetzen

Der Stellenwert eines vorbeugenden Rettungsdienstes im Sinne der Prävention wurde bereits in den „Fürther Gesprächen“ 2023 thematisiert [7]. Chronologisch betrachtet resultierten daraus vier Einsatzspektren: „präventiv vor digital vor ambulant vor stationär“. In 2024 konnten folgende vier Kategorien einer gestuften Notfallversorgung spezifiziert werden (▣ **Abb. 1**).

Welche Qualifikationen für welche Kategorien nötig sind, um sowohl das genannte Einsatzspektrum inklusive der Kategorie IV – unkritischer Hilfesuchender, als auch präventive Ansätze des Rettungsdienstes umsetzen zu können, wurde erarbeitet [9].

Empfehlung 1: Das System antwortet konsultativ, vermittelnd oder reaktiv aufsuchend

Das Gesundheitssystem soll frühzeitig die Lenkung der Hilfesuchenden in geeignete Versorgungsstrukturen durch Beratungsangebote und telemedizinische Serviceleistungen sicherstellen. Dabei steht ein ressourcenschonendes Verhalten in Bezug auf die Beanspruchung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen im Vordergrund. Neben der Konsultation und Vermittlung verfolgt die reaktive Komponente das Ziel der fallabschließenden Behandlung, des Verbleibs zu Hause oder die Weiterversorgung in geeigneten Einrichtungen.

Empfehlung 2: Das System muss selbst agierend tätig werden können

Das Gesundheitssystem soll nicht nur reagieren, sondern auch präventiv auf potenzielle Hilfesuchende mit z. B. sozialpsychiatrischen Fragestellungen zugehen, um eine weitere Eskalation und damit potenzielle Notrufe zu vermeiden. Dies erfordert ein agierendes und koordiniertes System, das ein durch integrierte Leitstellen unterstütztes Vorgehen ermöglicht [8].

Empfehlung 3: Damit das System angemessen reaktiv antworten kann, ist eine entsprechende Qualifikation notwendig

Die aktuell verfügbaren Qualifikationen erfüllen die Anforderungen an den Patiententransport und nur zum Teil die der fallabschließenden oder medizinischen Versorgung. Aufgrund zusätzlicher Serviceangebote sowie der Vernetzung einzelner Dienstleister im Sozial- und Gesundheitswesen müssen zukünftige Qualifikationen den komplexen Ansprüchen angepasst werden [9].

Für die Entscheidung, ob Hilfeersuchen- de zu Hause belassen oder auch vor Ort fallabschließend behandelt werden können oder wie der richtige Ansprechpartner in einem vernetzten Sozial- und Gesundheitswesen identifiziert und termi- niert werden kann, erfordert neben struk- turellen Kenntnissen vor allem medizini- sche und organisatorische Kompetenzen. Hierfür sind die bisherigen Qualifikatio- nen der aufsuchenden Systeme medizini- scher Hilfsberufe noch nicht ausreichend auf die komplexe Aufgabe der umfang- reichen Anamnese- und Befunderhebung, die zu einer validen Entscheidungsfindung führen, ausgerichtet. Vertiefte Kenntnisse der Medizin im Allgemeinen sowie die Ein- schätzung prognostischer Entwicklungen von Zustands- und Krankheitsbildern wer- den für diese Aufgaben notwendig sein. Zu den erforderlichen Systemkenntnissen kommen psychosoziale und spezielle kom- munikative Fähigkeiten hinzu, um die An- fragen der Hilfeersuchenden gekonnt und patientensicher zu bedienen [9]. Bei Be- trachtung der vorherigen Erfordernisse an eine Qualifikation erscheint die Einord- nung derselben in ein Level des DQR 6 [10] erforderlich und somit eine akademi- sche Qualifikation sinnvoll.

Empfehlung 4: Um vorbeugenden Rettungsdienst und niedrigpriori- täre Hilfeersuchen zielführend bedienen zu können, ist die Finanzierung dieser Systeme obligat

Eine gesicherte Finanzierung durch Veran- kerung als eigenes Leistungssegment im SGB V ist zwingend erforderlich, um nicht

nur reaktiv, sondern vor allem präventiv und fallabschließend agieren zu können.

„One call fits all“: Leitstelle als Gatekeeper für komplexe Versorgungsstrukturen

Das Gesundheitssystem zeigt durch die parallele Nutzung der Notrufnummern 116117 und 112 sowie durch unzu- reichend koordinierte Ressourcen und Vorhaltung von Doppelstrukturen eine ineffiziente Versorgungsrealität. Die inte- grierten Leitstellen, die die Notrufe unter der in Europa einheitlichen Notrufnum- mer 112 entgegennehmen, spielen die Schlüsselrolle in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr. Neben der Koordination der Notfallversorgung sollten diese zur Gesundheitsleitstelle erweitert werden, um auch die medizinische Steuerung zu verantworten. Die Funktion einer Gesund- heitsleitstelle kann dabei auch über eine enge digitale Vernetzung zwischen den integrierten Leitstellen und den 116117- Zentralen realisiert werden. Diese Integra- tion bzw. Vernetzung ist entscheidend, um auf die akuten und weniger akuten medizinischen Bedürfnisse der Bevölke- rung effizient reagieren zu können. Die Vision ist es, dass ein Anruf („one call fits all“) ausreicht, um auf den Hilfesuchenden unabhängig von seiner Akuität effizient reagieren zu können.

Die direkte Allokation der Hilfesuchen- den an den entsprechenden Service im Versorgungssektor, idealerweise medien- bruchfrei, stellt die Herausforderung der Zukunft dar. Die integrierten Leitstellen in enger Verzahnung mit den KV-Termin- Servicezentralen stellen hierbei die wich- tigsten Säulen dar, um in einer älter wer- denden Gesellschaft und einem komple- xen Gesundheitssystem Orientierung im Hilfeersuchen direkt und zeitnah zu er- möglichen.

Empfehlung 1: Digitale Selbsteinschätzungsverfahren vor telefonischer Kontaktaufnahme mit der 116117 bzw. dem Arztkontakt im Low-code-Bereich

Der außerhalb der Praxisöffnungszeiten bisher gesetzlich verankerte telefonische Erstkontakt mit der 116117 sollte er-

gänzend mit einem vorgeschalteten und evidenzbasierten Selbsteinschätzungs- verfahren erweitert werden. Durch ein digitales evidenzbasiertes Selbsteinschät- zungsverfahren könnte ein Teil der Low- code-Anfragen bereits im Vorfeld klassi- fiziert und dadurch die Ressourcen der integrierten Leitstellen effizienter genutzt werden.

Das Selbsteinschätzungsverfahren soll- te digital verfügbar, bundesweit standar- disiert und mittels evidenzbasierter Kri- terien qualitätsgesichert sein. Beispielhaft kann die Plattform www.116117.de be- nannt werden. Für die akuten Notfälle der integrierten Leitstellen ist die bereits vor- handene bundeseinheitliche „Nora Notruf- App“ weiterzuentwickeln. Beide Einschät- zungsverfahren sollten so vernetzt sein, dass ein „Upgrade“ und „Downgrade“ di- rekt ermöglicht wird. In jedem Fall wird eine fallabschließende Beratung oder ein fallabschließender Service vermittelt.

Empfehlung 2: Synchronisierte Abfragesystematiken der 112/116117

Die beiden Abfragealgorithmen 112 und 116117 sollten synchronisiert werden. Un- abhängig vom gewählten Eingangskanal erfolgt die Ersteinschätzung nach den gleichen qualitativen Standards. Tracer- diagnosen werden schneller erkannt, die Prozessqualität optimiert und Fehlallo- kationen reduziert.

Alle Fallübergaben an den jeweils ande- ren Versorgungssektor müssen anhand ei- nes Qualitätsmanagementsystems konti- nuierlich begleitet werden. Dieses umfasst die Auswertung der durchgeführten Ge- spräche, empfohlenen Maßnahmen und insbesondere die Nachbereitung von Fehl- allokationen. Kritische Fälle und Wieder- holungsanrufe sollten systematisch analy- siert und z. B. mittels eines „critical incident reporting system“ (CIRS) erfasst werden.

Empfehlung 3: Transparente Erfas- sung und Zurverfügungstellung von Gesundheitsdaten für die 112 und die 116117 erhöht die Prozessqualität

Die Verfügbarkeit einer digitalen Pati- entenakte u. a. mit Notfalldatensatz als

Basisinformationsinstrument ist für einen effizienten Ressourceneinsatz und eine patientenorientierte Einsatzsteuerung essenziell. Entscheidende Zusatzinformationen wie Medikamentenpläne, diagnostische Befunde und stattgehabte Arztkontakte sollten nach Einwilligung des Patienten für das Notfallmanagement einsehbar sein. Informationsdefizite bei den Einsatzkräften vor Ort, insbesondere bei Alleinstehenden, können damit reduziert werden. Für die unter der Empfehlung 2 formulierte Forderung nach Koordination und Transparenz der beiden Versorgungssektoren ist eine dauerhafte Verknüpfung über eine gemeinsame Fall-ID wichtig. Kommunikationshürden werden durch eine sektorenübergreifende digitale Vernetzung der Gesundheitsdienstleister auch im Notfallmanagement überwunden.

Empfehlung 4: Gemeinsamen Einsatz von Ressourcen im Low-code-Bereich ermöglichen

Die 112-Leitstellen sollten neben den traditionellen Rettungsdiensten auch auf Gemeindenotfallsanitäter, telemedizinische Dienste, Akut-Pflege- und Palliativteams sowie sozial-psychiatrische Dienste zurückgreifen können. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass viele Anrufe, die bei der Notrufnummer 112 eingehen, nicht unbedingt eine akute medizinische Intervention erfordern, sondern als Low-code-Fälle effektiver durch weniger ressourcenintensive Dienste behandelt werden können. Durch die Erweiterung der verfügbaren Ressourcen können die Leitstellen flexibler auf die Bedürfnisse der Anrufer reagieren und die medizinischen Einrichtungen entlasten.

Empfehlung 5: Die integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz sind auch zukünftig ein fester Bestandteil der kommunalen Gefahrenabwehr

Die integrierten Leitstellen müssen ihre primäre Rolle in der Gefahrenabwehr beibehalten, können jedoch effektiv erweitert werden, um zusätzliche Aufgaben im Gesundheitsbereich zu übernehmen. Die Aufgabenstellung umfasst zunächst

die Hauptaufgaben der „Steuerung der operativen nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ und das „Betreiben eines interdisziplinären Informationsraumes“ [11]. Damit wird sichergestellt, dass die Leitstellen sowohl in Notfallsituationen als auch bei der allgemeinen Gesundheitsversorgung effektiv agieren können. Bei einem Notfall sind immer zeitkritische lebensbedrohliche Situationen aus den Segmenten Rettungsdienst/Feuerwehr zuerst zu prüfen und mit Rettungsmitteln zu beschicken bzw. deren Vorliegen auszuschließen. Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen oder Verletzungen können dann durch die Verzahnung mit der 116117 und den unter der Empfehlung 4 genannten Gesundheitsdienstleistungen zur ambulanten Versorgung disponiert werden [12].

Alle Funktionen in den integrierten Leitstellen müssen personell so hinreichend bemessen und hinterlegt werden, dass es auch in Hochlastphasen und Krisensituationen nicht zu personell bedingten Einschränkungen in der Aufgabenerfüllung der Leitstellen kommt. Leitstellen bilden im Großschadens- und Katastrophenfall die Schnittstelle zur den Einsatzstäben und Katastrophenschutzbehörden ab. Sie unterstützen im Ressourcenmanagement und der Lagebewertung der Gefahrenabwehr. Diese Kompetenz ist auch im Rahmen der Reform der Notfallversorgung weiterhin bei den integrierten Leitstellen zu verorten.

Empfehlung 6: In den integrierten Leitstellen müssen differenzierte, aufgabenorientierte Rollen geschaffen werden

Um die komplexen Aufgaben einer Gesundheitsleitstelle professionell zu bewältigen, ist es notwendig, die Rollen innerhalb der Leitstellen klar zu definieren und zu qualifizieren. Dies umfasst nicht nur die Standardaufgaben der Notrufannahme und Einsatzkoordination, sondern auch spezialisierte Rollen, die sich mit der differenzierten Bewertung medizinischer oder sicherheitsrelevanter Lagen befassen. Eine solche Strukturierung fördert die Professionalisierung der Leitstellenmitarbeiter und verbessert die Qualität und Schnelligkeit der Notfallreaktion in den Bereichen

- Notrufannahme (Junior-Calltaker, Senior-Calltaker),
- Einsatzbegleitung (Junior-Dispatcher, Senior-Dispatcher),
- Schichtleitung (Shiftleader),
- Dispatcher Führungs- und Lagezentrum,
- Lagedienst (Head of Mission Control).

Die Zusatzbezeichnung „Junior/Senior“ stellt die Erfahrungsstufe und damit die Komplexität der dahinterliegenden Aufgabenstellungen im Ablaufprozess dar.

Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem Rettungsdienst: Vom First Responder zur erweiterten fallabschließenden Notfallversorgung

Um eine Strukturveränderung des deutschen Rettungsdienstsystems durch die Schaffung komplementärer Versorgungsstrukturen [1] umzusetzen, ist es notwendig, ein Qualifikationssystem im Rettungsdienst zu entwickeln, welches dem deutschen Berufsbildungssystem, den benötigten Qualifikationsniveaus im Gesundheits- und Gefahrenabwehrsystem sowie dem Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen [13] gleichermaßen gerecht wird. Dieses muss eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit gewährleisten, um den Mitarbeitenden des Berufsfelds Rettungsdienst eine langfristige berufliche Perspektive durch die Möglichkeiten anerkannter Weiterbildungen und der Anrechenbarkeit bereits absolvierter Qualifikationen zu ermöglichen [14].

Empfehlung 1: Entwicklung einer einjährigen Zwischenqualifizierung „Transportsanitäter“ für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung

Die aktuellen rettungsdienstlichen Qualifikationen in Deutschland sind heterogen und verhindern eine klare Identifikation und Zuordnung [1]. Die Einstiegsqualifikation Rettungssanitäter (Rettsan) ist in Deutschland sowohl im Krankentransport/ Rettungsdienst als auch im Bevölkerungsschutz etabliert und muss mit Blick auf dessen Leistungsfähigkeit auch erhalten bleiben. Für die verantwortliche Tätigkeit im Krankentransport sowie für die unterstütz-

zende Tätigkeit im Rettungsdienst ist sie nicht mehr ausreichend. Um diese Lücke zu schließen, muss eine Zwischenqualifikation zwischen RettSan und Notfallsanitäter (NotSan) geschaffen werden [13]. Der Fokus dieser Zwischenqualifizierung liegt auf dem Entwickeln von spezifischen Fertigkeiten und Kompetenzen zum Erkennen und zur Erstversorgung kritischer Patientenzustände, um Einsätze mit geringerer Komplexität selbstständig abzuwickeln oder bei Bedarf weitere notwendige Rettungsmittel an die Einsatzstelle nachzufordern. Eine auf die RettSan-Qualifikation aufbauende, modulare Form erscheint dabei sinnvoll. Transportsanitäter (analog CH) kann die entsprechende Berufsbezeichnung sein – wichtiger als die Terminologie an sich ist die Verankerung der Ausbildung auf Bundesebene als einjährige Berufsausbildung.

Die Berufsausbildung Transportsanitäter muss folglich in der Verantwortung der staatlich anerkannten Berufsfachschulen liegen. Der Umfang sollte mindestens 1560 h betragen, mit dem Ziel einer Anrechnung für das erste Ausbildungsjahr der Notfallsanitäterausbildung.

Empfehlung 2: Anpassung des Berufszulassungsgesetzes Notfallsanitäter (NotSan) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Die Ausbildung und der Einsatz von Notfallsanitätern sind bundesweit gut etabliert, adäquat an das berufliche Bildungssystem adaptiert und sollen im Kern bestehen bleiben. Dringend erforderlich ist eine fortwährende zeitgemäße Anpassung des Berufszulassungsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an die berufliche Wirklichkeit [15]. Wohlwissend, dass die Ausbildung und der Tätigkeitsbereich der Notfallsanitäter bundesweit heterogen umgesetzt sind, kann und soll die Qualifikation den Kern des rettungsdienstlichen Qualifikationssystems darstellen.

Empfehlung 3: Berufliche Entwicklungsperspektiven durch Fachweiterbildungen und Akademisierung für veränderte Versorgungsbedarfe

Um qualifizierte Notfallsanitäter entsprechend den Versorgungsbedarfen und den zunehmenden medizinischen sowie technischen Herausforderungen zu spezialisieren, ist die Einführung von Fachweiterbildungen, äquivalent zu anderen Gesundheitsberufen mit bis zu 2000 h, erforderlich [16]. Diese könnten sich auf Bereiche wie Intensivtransport, Luftrettung oder die Versorgung pädiatrischer Patienten sowie auf Anforderungen weiterer spezieller Patientengruppen konzentrieren [16]. Dadurch entsteht die Möglichkeit, „spezialisierte“ Notfallsanitäter mit erweiterten Kompetenzen und Fertigkeiten oder komplementären Versorgungsstrukturen zusätzlich zu qualifizieren.

Die Akademisierung von Lehrkräften an Berufsfachschulen sichert bisher qualifizierte Fachkräfte für die theoretische Berufsausbildung, während Praxisanleiter mit 300 h Weiterbildung die praktische Ausbildung auf Rettungswachen übernehmen. Eine weitergehende didaktische Aufbereitung der praktischen Ausbildung auf den Rettungswachen ist jedoch notwendig, um Sozial- und Personalkompetenzen sowie die Persönlichkeitsentwicklung von Schülern effektiver zu fördern. Die Einrichtung von Berufspädagogen auf Rettungswachen, die ebenfalls mit einer zweijährigen Fachweiterbildung oder auf akademischem Wege qualifiziert werden, würde die Ausbildungsqualität steigern und die Berufsverweildauer positiv beeinflussen.

Die teilweise Akademisierung des Rettungsdienstberufsfelds ist essenziell, um notwendige Kompetenzen zu entwickeln und die Versorgungsstrukturen zu erweitern. Diese Akademisierung kann entweder als primärqualifizierende Maßnahme oder als ergänzende Professionalisierung innerhalb einer gestuften Notfallversorgung erfolgen. Hochschulische Bildungsgänge auf Bachelor- und Masterniveau tragen zur Professionalisierung bei, indem sie eine wissenschaftliche Betrachtung des Felds ermöglichen, die fachlichen Voraussetzungen für eine fallabschließende Notfallversorgung vermitteln, eine zeitgemä-

ße Berufspädagogik vermitteln und Führungskräfte qualifizieren. Solche Qualifikationsstufen sind auch für erweiterte Versorgungsstrukturen erforderlich, ohne dabei die notärztliche Versorgung entgegen der Befürchtung z. B. berufsständischer Vertretungen [17] zu ersetzen. Vielmehr sollen sie durch erweiterte Kompetenzen, wie Assessment und Patientenbeurteilung, um insbesondere bei Low-code-Einsätzen fallabschließend agieren zu können, zur Entlastung des Gesamtsystems beitragen. Die Befähigung zu erweiterter Heilkunde sollte an einen akademischen Abschluss gebunden sein.

Ein Entwurf für ein gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem ist in **Abb. 2** grafisch dargestellt.

Gestuftes Notarztsystem: Komplexitätsabhängige Ressourcenzuordnung

Die präklinische Notfallmedizin ist ein Querschnittsfach mit allen möglichen individualmedizinischen und sozialen Herausforderungen bis hin zur Palliativversorgung einerseits, aber auch dem Management eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten und komplexen Aufgaben im Einsatzszenario. Der Notarztsatz stellt immer eine maximale Herausforderung dar, da die zu bewältigende Anforderung aus Patientensicht sowohl meist lebensbedrohlich als auch zeitkritisch ist. Damit situationsgerecht die indizierten Maßnahmen auf dem gebotenen medizinischen Niveau vorgenommen werden können, benötigt der Notarzt eine fundierte Weiterbildung. Die erst 2018 novellierte Musterweiterbildungsordnung wird dieser Anforderung nicht gerecht.

Empfehlung 1: Etablierung „spezialisierte“ Notärzte, um der zunehmenden Komplexität und der Forderung nach klinischer Erfahrung und Expertise im Notarztdienst gerecht zu werden

Die gestiegenen Kompetenzen des Rettungsfachpersonals erfordern einen Notarztsatz erst bei komplexeren Anforderungen. Damit einhergehend steigen die Anforderungen an die notärztlichen Kompetenzen. Die aktuelle Weiterbildung kann

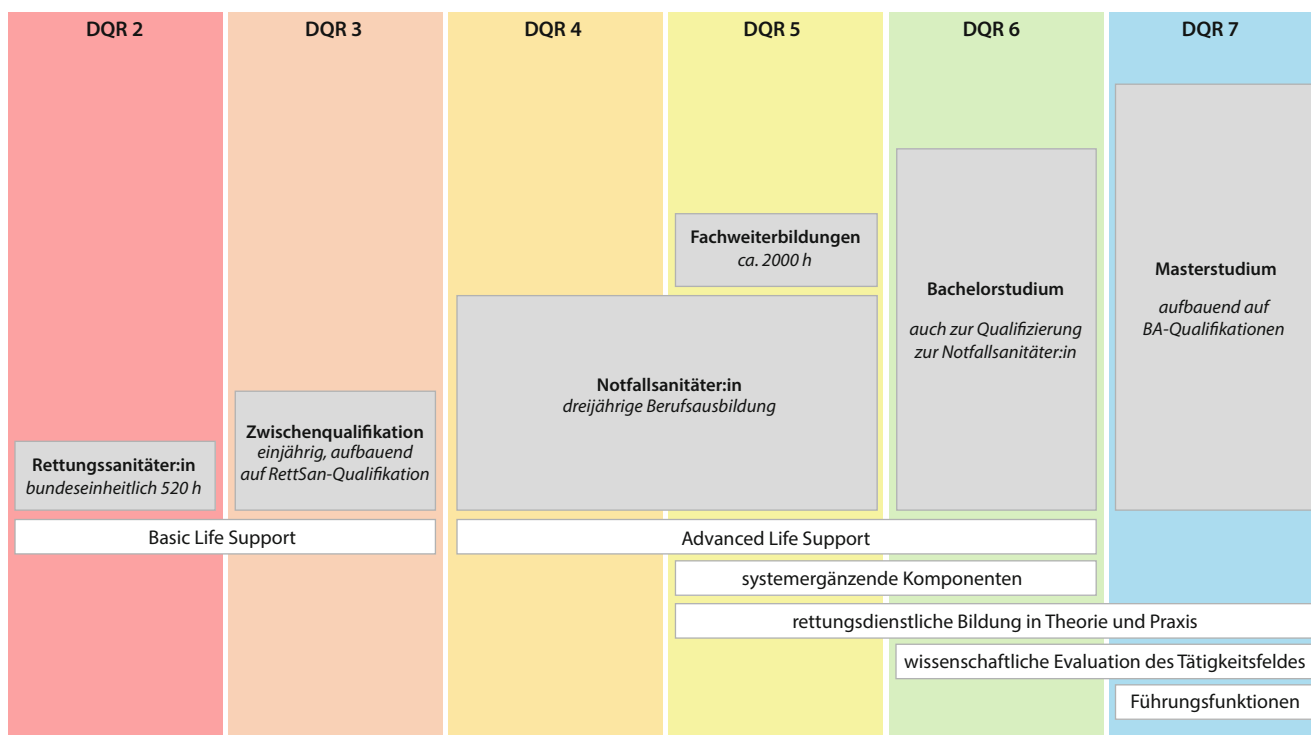


Abb. 2 ▲ Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD

dabei den Anforderungen nicht immer gerecht werden, weshalb die Etablierung eines „spezialisierten“ Notarztes empfohlen wird. Die Weiterbildungsdauer sollte den Anforderungen angepasst und Inhalte wie intensivmedizinische Kompetenzen, aber auch die Simulation als Teil des Weiterbildungsinhalts obligate Bestandteile werden. Da der „spezialisierte“ Notarzt, zum Einsatz in Luftrettung oder Telemedizin, nicht allein in den Kliniken ausgebildet werden kann, benötigt er fundierte präklinische Erfahrungen, die nur durch eine Tätigkeit im Rettungsdienst erworben werden können. Gleichsam erscheint es weder sinnvoll noch möglich, dass jeder Notarzt alle Maßnahmen, bis hin zu hochspezialisierten Maßnahmen, suffizient erlernen und aufgrund ihrer Seltenheit im Einsatzdienst ausreichend oft anwenden kann, um einen soliden Kompetenzerhalt zu sichern. Bei der Versorgung hochkomplexer Patienten sollte der „spezialisierte“ Notarzt im Bedarfsfall auch an der Einsatzstelle als zusätzliche ärztliche Ressource neben Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeug eingesetzt werden. Genauso wie es in den Schockräumen der Notaufnahmen selbstverständlich ist, dass mehrere Fachärzte von einem Teamleiter mit Kompetenzen

in der klinischen Akut- und Notfallmedizin koordiniert werden.

Empfehlung 2: Die Einsatzkomplexität bestimmt das notärztliche Kompetenzlevel

Die Etablierung eines spezialisierten Notarztes erfordert, dass die Einsatzkomplexität das erforderliche Kompetenzlevel zu ihrer Bewältigung bestimmt. Notfallbilder, bei denen der Notarzt aufgrund seiner klinischen Expertise oder erweiterter ärztlicher Maßnahmen an der Einsatzstelle benötigt wird, sollten auch in Zukunft von Notärzten adressiert werden. Die Kompetenz des Notarztes beginnt dort, wo erfahrene Notfallsanitäter durch algorithmusbasierte Anweisungen an ihre Grenzen stoßen. Die Maßnahmen nach § 2a des Notfallsanitätergesetzes sind dabei immer nur zur Überbrückung bis zur weiteren ärztlichen Hilfe einzustufen. Handelt es sich bei den erforderlichen Interventionen um hochinvasive oder deutlich erweiterte Versorgungsoptionen bspw. durch Hämotherapie, dann sollte ein spezialisierter Notarzt in Ergänzung des übrigen Teams hinzugefügt werden. Dabei ist es die verantwortungsvolle Aufgabe der integrierten Leit-

stellen, durch differenzierte Abfragesysteme zu diskriminieren, ob das jeweilige Meldebild die parallele Alarmierung mehrerer Kompetenzlevel erfordert.

Empfehlung 3: Die Ausbildung von Notärzten muss praxisnah und kompetenzorientiert reformiert werden, um den Anforderungen außerklinischer Notfallmedizin gerecht zu werden

Ähnlich wie in Köln oder Berlin [18] sollten Qualifizierung und Einsatz von Notärzten einerseits den Möglichkeiten zu einer validen Ausbildung und andererseits einem zielgerichteten Einsatz entsprechend dem benötigten Kompetenzlevel angepasst werden. Da die prähospitalen Notfallmedizin sich in vielen Aspekten von den innerklinischen Bedingungen unterscheidet und Notärzte früh ärztlich auf sich allein gestellt sind, muss die Ausbildung angepasst werden. Über die bereits oben geschilderte Aktualisierung der Weiterbildung sollten die Lernenden intensiv im System eingesetzt und dort engmaschig begleitet werden. Neben Anleitung erfordert die Ausbildung des Notarztes regelmäßige Einsatz- bzw.

Fallbesprechungen und strukturiertes Feedback. Hier erscheinen die zitierten Modelle ebenso wie in der Grundidee auch das eines weiterbildungsermächtigten Notarztes aus Niedersachsen vielversprechend. Gerade in großstädtischen Systemen kann hier eine vorübergehende Integration der Lernenden in das Rettungsdienstsystem hilfreich sein, um die Ausbildungsintensität zu steigern. Nach Abschluss der Notarztausbildung sollten Notärzte zusätzlich curriculare Kurse zu Erwachsenenreanimation, Kindernotfall- und Schwerverletztenversorgung sowie zum Intensivtransport absolvieren und diese Qualifikation durch regelmäßige Auffrischung aktuell halten. Da es jedoch unmöglich erscheint, alle Notärzte in besonders seltenen und komplexen Maßnahmen zu schulen, ist zu diskutieren, ggf. auch in Unterstützung eines bereits vor Ort befindlichen ersteintreffenden Notarztes ab einem bestimmten Kompetenzlevel einen spezialisierten Notarzt hinzuzuziehen. Diese werden in manchen Ballungsgebieten bereits als Senior HEMS Physician [18] und teilweise mit besonderen Einsatzmitteln vorgehalten. Auch diejenigen, die als Telenotfallmediziner eingesetzt werden sollen, benötigen einen umfassenden Erfahrungsschatz aus dem Notarzttdienst, da sie in komplexen Situationen beratend, als Lehrer oder im Intensivtransport zur Unterstützung des Rettungsfachpersonals tätig werden.

Mittels eines gestuften Notarztsystems könnte es angesichts der gestiegenen Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit des Rettungsfachpersonals gelingen, die Zahl der Notarztstandorte und deren Positionierung so zu verändern, dass eine reduzierte Vorhaltung ein anhaltend höheres Kompetenzniveau erlaubt. Außerhalb von Ballungsräumen sollten die Aufgaben des Senior EMS Physician vor allem durch die in der Luftrettung eingesetzten Notärzte übernommen und die Luftrettung entsprechend weiterqualifiziert und ausgebaut werden.

Emergency reform concrete: recommendations for action from an interdisciplinary expert forum on sustainable professionalization of emergency medical services

The "Fürther Gespräche," an interdisciplinary expert forum comprising interest groups, professional societies, aid organizations, fire services, universities, and vocational schools, focused on sustainable professionalization of emergency medical services (EMS). Instead of debating "who does what," the key question was how EMS can contribute to improving emergency care. Key discussions centered on quality, education, and professionalization structures needed for emergency care reform and the specific competency and qualification requirements for a tiered emergency care system. The forum analyzed current developments and formulated recommendations for a sustainable, patient-centered, and efficient emergency care system.

Key topics included: Preventive EMS and non-urgent help requests: integrating care needs and structures, "One call fits all": dispatch centers as gatekeepers for complex care pathways, Tiered and flexible EMS qualification system: from volunteer roles to advanced emergency care, and Tiered emergency physician system: complexity-based resource allocation and qualifications.

Keywords

Paramedic · Emergency physician · Education · Rescue

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Harald Dormann

Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth
Jakob-Henle-Straße 1, 90766 Fürth,
Deutschland
harald.dormann@klinikum-fuerth.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Meyer, H. Dormann, F. Reiferscheid, J. Gottschalk, D. Hahnen, M. Gistrichovský und T. Prescher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Regierungskommission (2023) Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung, Erreichbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenkassenkommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf, Stand: 12. Dez. 2023.
2. AGNNW (2023) AGNNW-Stellungnahme zu den Empfehlungen der Regierungskommission „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2212-0848.pdf>. Zugegriffen: 23. Nov. 2023
3. GKV (2023) Reform des Rettungsdienstes Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20231115_Positionspapier_Rettungsdienst_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 13. Nov. 2023
4. DGRe (2023) Kommentar zur „Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung.“. <https://www.dgre.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen/kommentar-zur-9-stellungnahme-und-empfehlung-der-regierungskommission-fur-eine-moderne-und-bedarfsgerechte-krankenhausesversorgung-reform-der-notfall-und-akutversorgung-rettungsdienst-und-finanzier/>. Zugegriffen: 12. Dez. 2023
5. (2024) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache

- 20/9651 – Maßnahmen der Bundesregierung zur Reform der Rettungsdienstfinanzierung. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/099/2009959.pdf>. Zugegriffen: 12. Jan. 2024
6. Bohn A, Kerner T, Reifferscheid F (2023) Editorial Keine Angst vor Veränderung. Notarzt 39(06):293–293. <https://doi.org/10.1055/a-2187-0013>
 7. Meyer K, Dormann H, Prescher T (2023) Fürther Gespräche: Expertenforum für den Rettungsdienst mit Forderungen an Politik und Gesellschaft. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9>
 8. Breuer F, Beckers SK, Dahmen J et al (2023) Vorbeugender Rettungsdienst – präventive Ansätze und Förderung von Gesundheitskompetenz an den Schnittstellen zur Notfallrettung. Anaesthesiologie 72:358–368. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01272-6>
 9. Gottschalk J, Jerrentrup A, Plöger B et al (2024) Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll? Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1>
 10. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013) Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR). https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Zugegriffen: 24. März 2024
 11. AGBF (2023) Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter der Berufsfeuerwehren zur Rollenbeschreibung und Fähigkeiten Leitstellenmitarbeiter:in der Zukunft. Leitstelle und Ausbildung. <https://www.agbf.de/downloads-ak-ausbildung/category/25-ak-ausbildung-oeffentlich-empfehlungen?download=400:2023-11-lst-mitarbeitende-zukunft>. Zugegriffen: 11. Febr. 2024
 12. Fachverband Leitstellen e.V. (2022zu) Positionspapier 2022 zu den zukünftigen Schwerpunkten der Verbandsarbeit. <https://www.fvlst.de/wp-content/uploads/2022/01/FVLST-Positionspapier-2022.pdf>. Zugegriffen: 14. Okt. 2024
 13. Habicht S, Hahnen D (2023) Strategien gegen den Personalmangel im Rettungsdienst. Notfall Rettungsmed
 14. Hoffmann T, Macke M (2020) Berufstreu von angehenden Notfallsanitäter*innen: Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib. Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst, Aachen. <https://d-nb.info/1222198037/34>. Zugegriffen: 12. März 2022
 15. Hahnen D, Karutz H (2023) Charakteristika der Berufsrealität im Rettungsdienst: Didaktische Überlegungen für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Lehren Lern Im Gesundheitswes 10/2023:22–29
 16. Sommer A, Rehbock C, Seeger I et al (2022) Zwei Jahre Pilotphase Gemeindefallsanitäter in der Region Oldenburg (Niedersachsen). Notfall Rettungsmed
 17. Bündnis Pro Rettung (2024) Akademisierung im Rettungsdienst. <https://pro-rettungsdienst.org/2024/akademisierung-im-rettungsdienst/>. Zugegriffen: 1. Mai 2024
 18. Breuer F, Dahmen J, Malysch T et al (2023) Strukturqualität im Berliner Notarztendienst: Funktionen, Qualifikationen und Kompetenzerhalt. Notfall Rettungsmed 26:602–610. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01020-0>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.