

Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe

Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten

BertelsmannStiftung

Impressum

© Bertelsmann Stiftung
Oktobrt 2024

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autor
Dr. Matthias Gruhl

Lektorat
Paul Kaltefleiter

Design
Dietlind Ehlers

Bildnachweis (Titel)
© Kara – stock.adobe.com

Zitationshinweis
Gruhl, M. (2024). Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

DOI 10.11586/2024150

Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe

Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten

Abschlussfassung 19.07.2024

Inhalt

6 Einleitung

6 Zur Situation des Rettungsdienstes heute

7 Auswirkungen auf das Personal im Rettungsdienst

9 Exkurs: Der Vorschlag der Regierungskommission

10 Einrichtung eines Expertenpanels

11 Ausgangslage: Ausbildung und Tätigkeitsfelder ausgewählter Berufe im Rettungsdienst

11 Leitstellen-Mitarbeitende

11 Rettungshelferinnen und -helfer

12 Rettungssanitäterinnen und -sanitäter

12 Notfallsanitäterinnen und -sanitäter

12 Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst

15 Empfehlungen des Expertenpanels

15 Empfehlungen zur grundlegenden Struktur des Rettungsdienstes

15 Die Möglichkeiten des Rettungsdienstes effizient nutzen

15 Standardisierung und Digitalisierung als Grundvoraussetzungen

18 Ausbildung an Einsatzrealität anpassen und durchlässig gestalten

19 Empfehlungen zur Neujustierung der rettungsdienstlichen Berufe und ihrer Kompetenzen

19 Vorbemerkung

21 Veränderte Anforderungen an das Personal in den Leitstellen

24 Aufwertung der Ausbildung zur Rettungssanitäterin bzw. zum Rettungssanitäter

24 Einschätzung zum bisherigen und zusätzlichen Anforderungsprofil von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern

28 Notärztliche Funktionen

32 Zusammenfassung

35 Abkürzungen

Einleitung

Ziele dieser Expertise sind

- die Funktionsanalyse der bestehenden Qualifikations- und Kompetenzniveaus in rettungsdienstlichen Berufen,
- die Vorlage von Empfehlungen zur notwendigen Neujustierung der unterschiedlichen Berufsbilder sowie
- die darauf aufbauende Kooperation der Professionen im Rettungsdienst.

Dazu bedarf es einer Einordnung des Umfeldes, in dem die rettungsdienstlichen Berufe ihre Aufgabe zum Wohle der Patientinnen und Patienten ausüben.

Zur Situation des Rettungsdienstes heute

Die Notfallversorgung nimmt in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eine unverzichtbare Rolle ein. Sie leistet eine professionelle Einschätzung in medizinischen Gefährdungssituationen, die vor Ort mögliche Erstbehandlung sowie einen schnellen Zugang zur erforderlichen weiteren medizinischen Versorgung. Die Notfallversorgung wird in Deutschland durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Krankenhäuser und Rettungsdienste wahrgenommen. Das Gesamtsystem ist aufgrund dieser historischen Segregation, des unflexiblen Vergütungsrahmens und der uneinheitlichen Rettungsdienstgesetze der Länder komplex, weder ökonomisch noch personaleffizient organisiert und weist ein Nebeneinander unterschiedlicher rechtlicher, struktureller und vergütungstechnischer Voraussetzungen auf. Die drei Institutionen agieren nicht abgestimmt, es fehlt an einer Standardisierung der Abläufe, einer Qualitätssicherung und einer Anpassung des Finanzierungsrahmens zur Ermöglichung einer sektorenübergreifenden Vernetzung. Ein funktionierendes einheitliches Schnittstellenmanagement ist bisher nur sehr punktuell, eine bundesweit übergreifende und abgestimmte Digitalisierung gar nicht etabliert. Die Folge sind Informationsdefizite zwischen den beteiligten Diensten und eine Fehlsteuerung, meist in Richtung der höchsten und teuersten stationären Versorgungsstufe und z. T. auf Kosten der Versorgungsqualität. Eine geregelte und verlässliche Begleitung, Bahnung und Steuerung der Hilfe suchenden Patientinnen und Patienten erfolgt bei den an der Notfallversorgung teilnehmenden Leistungserbringern jeweils nach eigenen Regeln und Systematiken und zu selten institutionenübergreifend.

Diese unbefriedigenden Strukturen und Perspektiven sind seit Längerem Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte, ohne dass bislang durchgreifende Reformen erfolgt sind. Über drei Legislaturperioden werden in den Koalitionsverträgen auf Bundesebene[1] die Problemstellungen beschrieben und Reformen angekündigt. Spätestens mit der Vorlage des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018[2] sind die Defizite der Notfallversorgung beschrieben sowie Vorschläge für eine übergreifende Optimierung unterbreitet worden. Zwei Gesetzentwürfe der letzten Legislaturperiode schei-

1 (1) CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages, S. 80 f.; https://www.bundestag.de/resource/blob/194886/696f36f795961df200fb27fb6803d83e/koalitionsvertrag-data.pdf (abgerufen am 02.07.2024); (2) CDU, CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode, S. 100 f.; https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1&type=field_collection_item&id=15997 (abgerufen am 02.07.2024); (3) SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 85 f.; https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, S. 767; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

terten im Vorfeld der parlamentarischen Beratungen.[3] Dabei lag der Schwerpunkt der Reformüberlegungen vorrangig bei einer besseren Verzahnung der kassenärztlichen Notrufzentralen (bzw. Terminservicestellen) mit den Integrierten Leitstellen[4] sowie beim ambulant/stationären Übergang am oder im Krankenhaus (Stichwort INZ). Gleiches gilt für die Vierte Stellungnahme der Kommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung[5], für die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) präsentierten Eckpunkte einer Reform der Notfallversorgung sowie für das im Juli 2024 vom Bundeskabinett verabschiedete Gesetz zur Reform der Notfallversorgung[6].

Die darin vorgesehenen Vorschläge für eine Überwindung der Schnittstellen zwischen KV- und Rettungsleitstellen bzw. KV-Notdienst und Notaufnahmen sind richtig. Zur Vermeidung von Fehlanreizen müssen aber die Ressourcen und Steuerungsmöglichkeiten des dritten beteiligten Leistungserbringers, des Rettungsdienstes, mit einbezogen werden. Nur eine alle drei Bereiche umfassende Reform führt zu einem Gesamtsystem mit einem klaren Nutzen für Effizienz und Versorgungsqualität. Eine solche umfassende Reform der Notfallversorgung ist wesentliche Voraussetzung für die parallel diskutierten Veränderungsbedarfe in der ambulanten, pflegerischen und besonders stationären Versorgung.

Auswirkungen auf das Personal im Rettungsdienst

Die fehlende Effizienz und Effektivität der Notfallversorgung haben gravierende Auswirkungen auf die personelle Situation im Rettungsdienst – und werden durch die demografisch bedingten Herausforderungen zunehmend verschärft. Im Gesundheitswesen wird die fortschreitende „dreifache Demografiefalle“[7] alle Versorgungsbereiche belasten: Insbesondere die Notfallversorgung wird durch eine zunehmende Zahl älterer, allein lebender Patientinnen und Patienten mit chronischen, sich akut verschlechternden Erkrankungen und durch das überproportionale altersbedingte Ausscheiden von hausärztlichen Leistungsträgerinnen und -trägern aus dem Berufsleben sowie aufgrund einer höheren Konkurrenz um Auszubildende für die Gesundheitsfachberufe belastet. Schon heute ist der Rettungsdienst aufgrund steigender Fallzahlen, eines erweiterten Fallspektrums und einer hohen Anzahl von Personen, die ihre Tätigkeit im Rettungsdienst wenige Jahre nach der abgeschlossenen Ausbildung wieder verlassen, Personalengpässen ausgesetzt.

Der Rettungsdienst hat sich in den vergangenen Jahren professionalisiert. Durch verbesserte diagnostische, therapeutische und technische Möglichkeiten konnte die lebensrettende prästationäre Notfallversorgung für schwerste Erkrankungen und Verletzungen ausgebaut werden. Der Gesetzgeber hat außerdem den rechtlichen Rahmen mit der Einfügung und Ergänzung eines neuen § 2a (temporäre heilkundliche Kompetenz für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter[8] sowie Berechtigung zur Gabe von starken schmerzstillenden Medikamenten[9]) im Notfallsanitätergesetz (NotSanG) entsprechend angepasst. Damit konnte die Rechtssicherheit für die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter hinsichtlich der Notfallversorgung bei Einsätzen mit hoher medizinischer Dringlichkeit und Versorgungskomplexität weiter verbessert werden.

3 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022): Neuordnung der Notfallversorgung – Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform, S. 6 f.; https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/neuordnung-notfallversorgung-all (abgerufen am 02.07.2024)

4 Integrierte Leitstellen sind zuständig für die nicht polizeiliche Gefahrenabwehr, die aus den drei Säulen Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz als Einheit besteht.

5 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023a): Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, 13.02.2023; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

6 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): Eckpunkte Reform der Notfallversorgung, 16.01.2024; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Notfallversorgung/Eckpunkte_Notfallreform_16.01.2024.pdf (abgerufen am 02.07.2024); vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Kabinettsfassung vom 17.07.2024); https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf (abgerufen am 29.07.2024)

7 Gruhl, M. (2023): Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar – Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen. Friedrich-Ebert-Stiftung, FES diskurs, S. 7; https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/20713.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

8 Artikel 12 MTA-Reform-Gesetz vom 24.02.2021 (BGBl. I S. 274)

9 Artikel 7c Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) vom 19.07.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197)

Aber auch das Spektrum der Anforderungen aus der Bevölkerung an den Rettungsdienst ändert sich, da die vorgelagerten ambulanten Strukturen z.T. nicht (mehr) die erwarteten oder gesetzlich geforderten Lösungen anbieten können. In der Notfallgrundversorgung, die nicht zwingend eine rasche stationäre Versorgung erfordert, steigen so die Patientenzahlen. Die patientensicheren medizinischen Handlungsmöglichkeiten des Rettungsdienstes für solche Fälle mit geringer Dringlichkeit und hoher Versorgungskomplexität sind bisher beschränkt. Fehlende systematische Schnittstellen zu einer verlässlichen wie verbindlichen Weiterversorgung, fehlende diagnostische und therapeutische Handlungsmöglichkeiten (Point-of-Care-Labordiagnostik, POCUS, intravenöse Antibiotikagabe, Ausgabe von Medikamenten etc.) und fehlende spezifische differenzialdiagnostische Fähig- und Fertigkeiten führen dazu, dass durch den Rettungsdienst viele Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus transportiert werden, die unter besseren Voraussetzungen auf andere Weise medizinisch besser und ressourceneffizienter versorgt werden könnten. Selbst dort, wo Leitstellen in Deutschland durch eine standardisierte Notrufabfrage bereits heute in der Lage sind, die Dringlichkeit und Versorgungskomplexität von medizinischen Hilfeersuchen qualitätsgesichert und verlässlich zu identifizieren, fehlt es bisher oft an verlässlichen Alternativen jenseits von Rettungstransportwagen und Notarzteinsatzfahrzeugen – etwa an einem Ärztlichen Bereitschaftsdienst, Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern, Notfallpflege oder notfallpsychiatrischen Teams, die für speziellere ambulante Notfallversorgungen rund die Uhr disponiert werden könnten. Jenseits von lokal begrenzten Pilot- oder Leuchtturmprojekten liegt dies vor allem an einer größtenteils fehlenden Vergütungssystematik im Sozialgesetzbuch (SGB) V für solch eine zielgerichtetere spezielle ambulante Notfallversorgung zur Vermeidung medizinisch nicht sinnvoller Einsätze von Rettungstransportwagen und Notarzteinsatzfahrzeugen sowie konsekutiv einer ebenso medizinisch nicht sinnvollen, gleichwohl teuren stationären Krankenhauseinweisung.

Fehlende flächendeckende qualitätsgesicherte und standardisierte Ersteinschätzungen in den Leitstellen und fehlende Alternativen zur fallabschließenden Notfallbehandlung am Notfallort führen zu fehlenden medizinisch passgenauen Steuerungsmöglichkeiten und somit regelhaft zu einer ineffizienten Beschränkung des Leistungsspektrums des Rettungsdienstes auf die notfallmedizinische Versorgung vor und während eines somit alternativlosen Transportes in eine stationäre Weiterversorgung. Dies müsste so nicht die Regel bleiben: Fachkräfte des Rettungsdienstes sind nicht nur für viele Menschen das letzte Sicherungsnetz in unserem Gesundheits- und Hilfeleistungssystem, sondern meist die Ersten, die sich im persönlichen Kontakt ein fachliches Bild von der Schwere, Dringlichkeit und Komplexität der akuten Erkrankung oder Verletzung sowie von der Situation der Hilfe suchenden Personen und ihres Umfeldes machen können. Rettungsfachkräfte sind deshalb prädestiniert, die Übergabe der Versorgung an andere passgenaue Hilfsangebote im Gesundheits- oder Pflegebereich bzw. eine abschließende medizinische Behandlung – soweit möglich – selbstständig vorzunehmen. Die Weiterleitung in eine Versorgungseinrichtung jenseits eines Krankenhauses oder eine zumindest überbrückende medizinische Hilfeleistung am Notfallort ist für die Patientinnen und Patienten oft die weniger belastende und medizinisch sinnvollere Behandlungsvariante, die gleichzeitig ressourcenschonend wirkt und zu einer Optimierung der Versorgungskette beiträgt. Der Rettungsdienst sollte deshalb gesetzlich und vergütungstechnisch als Partner mit erweiterter Handlungsbreite als Teil einer speziellen ambulanten Notfallversorgung ertüchtigt werden.

Für ein auf diese Weise erweitertes Leistungsspektrum müssen die Struktur des Rettungsdienstes angepasst und die im Rettungsdienst tätigen Fachkräfte weiter qualifiziert werden. Es gilt also, die bisherige Rollenverteilung und Zuständigkeiten der unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen im Rettungsdienst zu analysieren und ggf. neu zu justieren, um sie besser auf die aktuellen und zukünftigen Tätigkeitsfelder vorzubereiten. Dabei sind die im September 2023 veröffentlichten Überlegungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in deren Neunter Stellungnahme[10] mit einzubeziehen. Die Kommission sprach sich explizit für eine veränderte Schwerpunktsetzung zwischen den Berufen im Rettungswesen und für einen ergänzten Qualifikationsmix aus.

10 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023b): Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung, 07.09.2023; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

Exkurs: Der Vorschlag der Regierungskommission

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung schlägt in ihrer Neunten Stellungnahme vor, die Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern auszuweiten und dies mit einer entsprechenden Qualifizierung zu verbinden. Sie greift den 2019 diskutierten Gesetzentwurf der damaligen Koalitionsfraktionen auf, in dem eine einzelfallbezogene Generaldelegation eingefordert wird, die durch eine flächendeckend einzuführende „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ (ÄLRD) erteilt werden soll. Der damalige Gesetzentwurf wurde aufgrund der Beliebigkeit der Entscheidungsfindung und der starken Einzelfallorientierung fallen gelassen.

Die Regierungskommission schlägt weiterhin vor, eine Teilakademisierung der Notfallsanitäter-Ausbildung zu ermöglichen und in einer zweistufigen Form sowohl eine grundständige als auch additive Bachelor-Ausbildung sowie eine darauf aufbauende Master-Ausbildung in Deutschland einzuführen. Die Bachelor-Ausbildung soll eine fachgebundene Heilkundebefugnis umfassen und in Substitution auch bei komplexen notfallmedizinischen Aufgaben und Tätigkeiten eine eigenständige Handlung ermöglichen – bei Bedarf mit ärztlicher/telemedizinischer Beratung.

Auf Master-Niveau sollen auch komplexe medizinische Maßnahmen eigenständig erfolgen dürfen sowie Führungs-, Ausbildungs- und Qualitätssicherungsaufgaben wahrgenommen werden.

Die Kommission orientiert sich bei ihren Vorschlägen an angelsächsischen und skandinavischen Vorbildern.

Durch diese Qualifizierung der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter kann nach Ansicht der Kommission auch der notärztliche Einsatz reduziert eingesetzt werden, nach vorgegebenen einheitlichen Standards präklinisch nur in besonders komplexen Fällen und überwiegend per Rettungs- bzw. Rettungs-Transport-Hubschrauber (Luftrettung) oder telemedizinisch unterstützend.

Ferner spricht sich die Regierungskommission für eine Aufwertung der Rettungssanitäter-Ausbildung (neu: einjährige Ausbildung) aus. Offenbleibt in der Stellungnahme der Regierungskommission, ob sie als Heilberuf bundeseinheitlich konzipiert oder als Hilfsberuf in die Verantwortung der Länder übertragen werden soll.

ABBILDUNG 1: **Modell der Regierungskommission für verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsstufen und damit verbundene Kompetenzen im nichtärztlichen Rettungsdienst**

NEU: Master Advanced Care Paramedic (Aufbau-Studium auf BA Paramedic)	**NEU: Bachelor Paramedic** (grundständiges Studium bzw. Aufbaustudium Notfallsanitäterin/-sanitäter)	**Notfallsanitäterin/-sanitäter** mit 3-jähriger Ausbildung	**Rettungssanitäterin/-sanitäter** mit 3-monatiger Ausbildung **NEU: 1-jährige Ausbildung**
↓	↓	↓	↓
Führt auch komplexe medizinische Maßnahmen eigenständig durch. Übernimmt Führungs-, Ausbildungs- und Qualitätssicherungsaufgaben.	Fachgebundene Heilkundebefugnis. Führt in Substitution auch komplexe notfallmedizinische Aufgaben/Tätigkeiten eigenständig und bei Bedarf mit ärztlicher (telemedizinischer) Beratung durch.	Führt in Vorab- bzw. Generaldelegation komplexe notfallmedizinische Aufgaben/Tätigkeiten durch, bei Bedarf mit ärztlicher (telemedizinischer) Beratung sowie enger ärztlicher Supervision.	Führ notfallmedizinische Standard-Aufgaben aus. Komplexe Tätigkeiten nur im Ausnahmefall (ärztliche Einzelfalldelegation).

Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Einrichtung eines Expertenpanels

Es besteht demnach die Notwendigkeit für zusätzlichen Kompetenzerwerb und eine Ausdifferenzierung der rettungsdienstlichen „Antwortmöglichkeiten“ auf vielfältige Einsatzsituationen, damit der Rettungsdienst die neue Rolle umfassend wahrnehmen kann. Um für eine solche Neujustierung der rettungsdienstlichen Berufe eine fachliche Grundlage zu entwickeln, hat die Bertelsmann Stiftung sowohl in der Notfallrettung erfahrene als auch wissenschaftlich ausgewiesene Expertinnen und Experten eingeladen, um einen Vorschlag für ein neues berufsfachliches Zielbild der Rettungsdienstberufe zu entwickeln.

Mitglieder des Panels waren:[11]

- Bartels, Maren – Fachverband Leitstellen e. V.
- Gnirke, Dr. André – Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) gGmbH
- Gonschorek, Stefanie – Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften (DGRe)
- Grönheim, Hanna – Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften (DGRe)
- König, Marco – bis Juni 2024 1. Vorsitzender Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)[12]
- Krafft, Prof. Dr. Thomas – Universität Maastricht
- Lamping, Greta – Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften (DGRe)
- Leenderts, Frank – Großleitstelle Oldenburger Land
- Malysch, Dr. Tom – Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Board „Präklinische Notfallmedizin“
- Marung, Prof. Dr. Hartwig – Medical School Hamburg (MSH)
- Pitz, Prof. Dr. Andreas – Hochschule Mannheim
- Plappert, Dr. Thomas – Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Board „Präklinische Notfallmedizin“
- Reifferscheid, Dr. Florian – Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND e. V.
- Stanley, Michael – Johanniter Unfall-Hilfe e. V.
- Strobel, Dr. Johannes – Feuerwehr Hamburg

Die fachliche Leitung hatte Dr. Janosch Dahmen (Universität Witten/Herdecke), die Moderation und Verschriftlichung übernahm Dr. Matthias Gruhl (Staatsrat a. D.).

Die Inhalte der Expertise stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung einzelner Mitglieder des Panels dar. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt.

11 Das Panel tauschte sich in mehreren ganztägigen Workshops und Arbeitsgruppensitzungen sowie digitalen Abstimmungsrunden zwischen März und Juni 2024 aus.

12 Der Vorstand des DBRD teilte nach dem Ausscheiden von Marco König mit, dass er das Positionspapier unverändert mitträgt.

Ausgangslage: Ausbildung und Tätigkeitsfelder ausgewählter Berufe im Rettungsdienst

Leitstellenmitarbeiter

Einen wesentlichen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Rettungskette haben die Calltaker sowie Disponentinnen und Dispatcher in den Leitstellen, die unter der Rufnummer 112 u. a. die Anrufe der Hilfesuchenden annehmen, Beratungen und Behandlungen von Erkrankten einleiten und ggf. ein Rettungsmittel disponieren.[13] Eine bundeseinheitliche, verbindliche Ausbildungsvorgabe liegt für die Tätigkeit in den Leitstellen nicht vor. In Leitstellen werden, insbesondere was die Aufgaben der Disposition betrifft, meist Personen mit langjähriger Erfahrung und oftmals einer Ausbildung mindestens zur Rettungssanitäterin bzw. zum Rettungssanitäter beschäftigt. Es gibt bundesweite Bestrebungen, eine einheitliche Ausbildungsvorgabe zu entwickeln und entsprechende Berufsbilder – z. B. Calltakerin/Calltaker sowie Disponentin/Disponent bzw. Dispatcherin/Dispatcher – zu schaffen. Die zunehmende Einführung von standardisierten Notrufabfragen in den Leitstellen und der Fachkräftemangel bedingen darüber hinaus Veränderungen des Anforderungsprofils und Ausbildungsbedarfs hin zu einer stärker standardisierten und arbeitsteiligen Arbeitsweise. Zukünftig können weitere Aufgaben der kommunalen Gefahrenabwehr – wie die Erstellung eines 360°-Lagebilds – hinzukommen, die eine weitere Spezialisierung erfordern.

Rettungshelferinnen und -helfer

Die Qualifizierung zur Rettungshelferin bzw. zum Rettungshelfer ist nicht bundeseinheitlich geregelt. Teilweise wird nicht von einer Ausbildung, sondern nur von einem Fachlehrgang gesprochen. Die Qualifizierungsdauer variiert je nach Voraussetzung im jeweiligen Land zwischen vier und 18 Wochen und umfasst meist 320 Stunden – aufgeteilt in einen Lehrgang sowie zwei Praxisteile im Krankenhaus und in der Rettungswache. In den Ländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz ist die Ausbildung verkürzt.

Die Einsatzgebiete sind landesspezifisch unterschiedlich. Hauptsächlich erfolgt ein Einsatz im Sanitätsdienst oder als Fahrerin/Fahrer bzw. als Begleitung eines Krankentransportes. Je nach landesrechtlicher Ausgestaltung ist auch ein Einsatz auf einem Rettungsfahrzeug möglich. Teilweise erfolgt die Ausbildung auch nur fokussiert für Einsatzmöglichkeiten im Katastrophenschutz. Die Ausbildung wird im Wesentlichen von den Hilfsorganisationen angeboten.

13 Eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen beruflichen Aufgaben und Rollen findet sich in: AGBF Bund im Deutschen Städtetag (Hrsg.) (2023): Rollenbeschreibung und Fähigkeiten Leitstellenmitarbeiter:in der Zukunft, 02.10.2023; https://de.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=trp&hsimp=yhs-001&type=Y23_F163_212979_081723&p=AGBF+Bund+%E2%80%9ERollenbeschreibung+und+F%C3%A4higkeiten+von+Leitstellenmitarbeiter%3Ainnen+in+der+Zukunft (abgerufen am 02.07.2024)

Rettungssanitäterinnen und -sanitäter

Grundlage für die Ausbildung von Rettungssanitäterinnen und -sanitätern ist der Beschluss des Bund-Länder-Ausschusses „Rettungswesen“ vom 20. September 1977 über die „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“ (520-Stunden-Programm). Der Ausschuss ergänzte diesen in den Jahren 2008 und 2019 um eine Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung dieser Berufsgruppe. In der Mehrzahl der Länder wurde diese Empfehlung im Landesrecht angepasst. In vier Ländern wurde keine Regelung bzw. Verordnung hinsichtlich dieser Ausbildung und Prüfung erlassen. Hier orientieren sich die Ausbildungsträger (Hilfsorganisationen und freie Träger) ebenfalls an den Empfehlungen des Ausschusses „Rettungswesen“ der Länder.[14]

Die Ausbildungsdauer ist auf mindestens 520 Stunden ausgelegt und dauert in Vollzeit drei bis vier Monate, in Teilzeit bis zu zwölf Monate. Die Aufteilung zwischen praktischer Ausbildung im Klinikum und in der Rettungswache sowie einem Lehrgang mit Abschlussprüfung unterscheidet sich in den Ländern.

Rettungssanitäterinnen und -sanitäter werden primär im Krankentransport medizinisch verantwortlich oder als Fahrende eines Rettungstransportwagens eingesetzt. Dort assistieren sie Notfallsanitäterinnen und -sanitätern im Einsatz. Sie werden bei der Notfallversorgung nur unterstützend tätig und führen Weisungen der Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitäter oder Notärztinnen/Notärzte aus. Zusätzlich ist die Rettungssanitäter-Ausbildung bisher regelhaft Mindestvoraussetzung für eine Tätigkeit in einer Integrierten Leitstelle oder im feuerwehrtechnischen Dienst in Berufsfeuerwehren. In der Mehrzahl der Länder ist eine feuerwehrspezifische Qualifikation Teil der Dispatcher-/Disponenten-Ausbildung.

Notfallsanitäterinnen und -sanitäter

Der Beruf der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters ist der einzige Rettungsdienstfachberuf, der bundeseinheitlich geregelt ist. Gemäß dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) aus dem Jahr 2013 (letzte Änderung 2023) umfasst die Ausbildung 4.600 Stunden bei einer Dauer von durchschnittlich drei Jahren. Sie gliedert sich in drei Ausbildungsblöcke (Unterricht, Krankenhaus und Rettungswache).

Die Ausbildung ist darauf ausgerichtet, in schweren medizinischen oder traumatischen Notfällen die Notfallversorgung und Stabilisierung von Patientinnen und Patienten zu beherrschen und diese bei Bedarf durch medizinische Interventionen zu ermöglichen sowie die Notärztinnen und Notärzte zu unterstützen. In den meisten Bundesländern werden Notfallsanitäterinnen und -sanitäter regelhaft als medizinisch verantwortliche Fachkräfte auf Rettungstransportwagen und als Fahrende auf Notarzteinsatzfahrzeugen eingesetzt.

Neben der selbstverantwortlichen Tätigkeit nach § 2a NotSanG sind die Befugnisse in der Versorgung abhängig von den Weisungen der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst. Dies führt in der Praxis dazu, dass den Notfallsanitäterinnen und -sanitätern selbst in den Ländern unterschiedliche Kompetenzen durch regionale Vorschriften oder Genehmigungen der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst zugestanden werden.

Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst

Für die ärztliche Teilnahme am Rettungsdienst bestehen in den Ländern unterschiedliche Anforderungen an Fort- und Weiterbildungen. Der Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin[15] ist in den meisten Ländern Voraussetzung für die ärztliche Teilnahme am Rettungsdienst. Dazu sind mindestens nachzuweisen:

14 Vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag (2022): Ausbildung und Berufsausübung von Rettungssanitätern – Vergleich landesrechtlicher Bestimmungen. WD 9 - 3000 - 049/22, 20.09.2022.; https://www.bundestag.de/resource/blob/912896/e896cc1c5c4599645ff6b1cbb4fd3deb/WD-9-049-22-pdf-data.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

15 Zum Beispiel Ärztekammer Niedersachsen (2020): Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen, 02.04.2020; https://www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/weiterbildung/weiterbildungsordnung/wbo_2020/WBO_01_05_2020.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

- eine zweijährige Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt in der unmittelbaren Patientenversorgung, davon sechs Monate Weiterbildung in Intensivmedizin, Anästhesiologie oder in der Notaufnahme
- ein 80-Stunden-Kurs Weiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung
- 50 Einsätze im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber unter Anleitung einer bzw. eines verantwortlichen Notärztin bzw. Notarztes[16]

Die Zusatzweiterbildung wird nach einer Prüfung durch die Landesärztekammern erteilt. In zwei Ländern ist die Teilnahme am Notarztdienst weiterhin auch bei ausschließlichem Besitz der Fachkunde Rettungsdienst möglich.[17]

In einzelnen Bundesländern bzw. Gebietskörperschaften bestehen zusätzliche Qualifikationsvoraussetzungen und -vorgaben. So müssen Notärztinnen und Notärzte

ABBILDUNG 2: **Aufbau der Qualifikation für Notärztinnen und Notärzte im Land Berlin**

Anforderungen Berliner Ärztekammer

- Facharzt oder mind. 24 Monate Weiterbildung in einem Fach der stationären Patientenversorgung mit notfallmedizinischen Bezug, davon:
  - 6 Monate Intensivmedizin
  - 6 Monate Anästhesie oder Notaufnahme
- 2 Wochen Kinderanästhesie oder Pädiatrie
- 2 Wochen Geburtshilfe
- 2 Wochen Anästhesie
- 2 Wochen Notaufnahme
- 80 h Kurs Notfallmedizin
- 100 Primäreinsätze in der Notfallrettung

Kursformate gem. Anforderungen Berliner Feuerwehr

- Notfallsonografie
- DIVI Intensivtransport
- Präklinische Traumaversorgung
- Erweiterte Reanimationsmaßnahmen
- Kindernotfälle

↓

Einführungslehrgang (JEMS-P-Woche)

- Einweisung Digitalfunk
- Einweisung digitale Einsatzdokumentation (RIKS)
- Großschadenskurs I
- Grundkurs Notarzt Berlin
- Technische Patientenrettung in Berlin
- MPG-Einweisung

↓

Einarbeitungszeit auf NEF-Stützpunkt (3–6 Monate)

↓

Prüfung ZB Notfallmedizin

Quelle: Breuer et al. (2023), siehe Fußnote 19, S. 607

BertelsmannStiftung

16 Die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnungen unterscheiden sich z. T. zwischen den Landesärztekammern.

17 Reifferscheid, F., Harding, U., Dörges, F., Knacke, P., und Wirtz, S. (2010): Einführung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin – Haben wir bundeseinheitliche Voraussetzungen? In: Anästhesiologie & Intensivmedizin 51, S. 82–89; https://www.ak-notfallmedizin.dgai.de/downloads-links/informationen/81-einfuehrung-der-zusatzbezeichnung-notfallmedizin/file.htm (abgerufen am 22.08.2024)

im Land Berlin neben dem Erwerb der Zusatzbezeichnung an einem Notarzteinführungskurs sowie dem Großschadenskurs I der Berliner Feuerwehr teilgenommen haben und die Gewähr für eine fachgerechte Wahrnehmung des Notarztdienstes bieten.[18, 19]

Obwohl seit mehr als 15 Jahren gefordert, wurde bisher weder durch die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer noch durch eine Landesärztekammer eine Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Notfallmedizin beschlossen. Die Regierungskommission hat eine entsprechende Facharztweiterbildung zuletzt erneut empfohlen. Inzwischen ist ein entsprechendes Vorhaben, ggf. eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Notfallmedizin auch als gesetzliche Vorgabe zu regeln, auch in den Koalitionsvertrag der Bremer Bürgerschaft aufgenommen worden.[20] Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages hatten 2023 zudem in einem Gutachten die gesetzgeberischen Handlungsspielräume der Länder zur Regelung einer Gebietsbezeichnung für Notfallmedizin herausgearbeitet.[21]

18 Vgl. Verordnung über den Notarztdienst (Notarztdienstverordnung – NADV) vom 06.12.2010 (GVBl. 2011 S. 3)

19 Vgl. Breuer, F., Dahmen, J., Malysch, T., und Poloczek, S. (2023): Strukturqualität im Berliner Notarztdienst: Funktionen, Qualifikationen und Kompetenzhalt. In: Notfall Rettungsmed 26, S. 602–610; https://doi.org/10.1007/s10049-022-01020-0 (abgerufen am 02.07.2024)

20 SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE (2023): Veränderung gestalten: sicher, sozial, ökologisch, zukunftsfest – Koalitionsvertrag für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft, S. 113; https://gruene-bremen.de/wp-content/uploads/sites/158/2023/07/Koalitionsvertrag-2023_final.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

21 Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag (2023): Zur aktuellen Diskussion über die Einführung eines Facharzttitels für Notfallmedizin. Ausarbeitung, 09.05.2023; https://www.bundestag.de/resource/blob/952820/5d6dd1da3563629fdc6018f1ca45223d/WD-9-024-23-pdf.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

Empfehlungen des Expertenpanels

Empfehlungen zur grundlegenden Struktur des Rettungsdienstes

Die Möglichkeiten des Rettungsdienstes effizient nutzen

Die Zahl der rettungsdienstlichen Kontaktaufnahmen zu den Integrierten Leitstellen steigt seit Jahren kontinuierlich. Die Patientinnen und Patienten erwarten schnelle Hilfe, jedoch nicht beschränkt auf einen Transport ins Krankenhaus. Wie ausgeführt, ist der Kontakt zur Leitstelle und die virtuelle bzw. persönliche Kommunikation zu Patientinnen und Patienten am Einsatzort die erste Gelegenheit, ein professionelles Bild von der Situation der Erkrankten, aber auch von deren Umfeld zu erhalten und den Handlungsbedarf einzuschätzen. Es ist auch aufgrund eines sparsamen Umgangs mit knappen personellen und finanziellen Ressourcen geboten, eine Krankenhauseinweisung nur vorzunehmen, soweit sie medizinisch angezeigt ist. Die fachgerechte, fallabschließende Versorgung am Notfallort, die Vermittlung einer ambulanten Behandlung an eine Haus- oder Notfallpraxis oder die Hilfeleistung durch eine spezialisierte ambulante Notfallversorgung (Notfallpflege, notfallpsychiatrische Interventionsteams, SAPV) sind mit Blick auf eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Versorgung in geeigneten Fällen vorzuziehen. Eine beschränkte Möglichkeit zur Dispensierung für den Rettungsdienst über die Abgabe definierter mitgeführter Medikamente (so heute schon im Rahmen der Gemeindenotfallsanitäter-Modelle) oder eine telefonische bzw. telemedizinische Freigabe durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV ermöglichen einen höheren Anteil fallabschließender Behandlungen. Bei Zweifeln an der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung kann das rettungsdienstliche Fachpersonal vor Ort durch telemedizinische Unterstützung seine Diagnostik und Therapie ärztlich absichern oder den Patientinnen und Patienten eine direkte telemedizinische ärztliche Konsultation anbieten.

Im Falle der Überleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung ist Verbindlichkeit für die patientensichere Weiterbehandlung zwingend. Dazu bedarf es eines festgelegten und einzuhaltenden Verfahrens, um die weitere Behandlung oder Pflege sicher gewährleisten zu können. Das Jahresgutachten 2018 des Sachverständigenrates schlug eine solche Einbeziehung anderer pflegerischer und ärztlicher Angebote als Handlungsoptionen für den Rettungsdienst erstmals vor. Im Gutachten der Bertelsmann Stiftung[22] ist zusätzlich die eigene Behandlungskompetenz des Rettungsdienstes aufgenommen worden. In der Neunten Stellungnahme der Regierungskommission wird die Überweisungs-/Verweisungsfunktion ebenfalls aufgegriffen und auf weitere Dienste ausgeweitet.

Standardisierung und Digitalisierung als Grundvoraussetzungen

Der Rettungsdienst weist eine Vielzahl schlecht oder nicht abgestimmter Schnittstellen zu anderen an der Notfallversorgung Beteiligten auf: zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung, zur Krankenhausversorgung, zu Krisendiensten, teilweise auch zu räumlich benachbarten Rettungsdiensten in anderer Trägerschaft

22 Siehe Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022), siehe Fußnote 3, und Krafft, T., Neuerer, M., Böbel, S., und Reuter-Oppermann, M. (2022): Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Maastricht University Care and Public Health Research Institute (CAPHRI) (Hrsg.). Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Björn Steiger Stiftung. Gütersloh/Winnenden; https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/notfallversorgung-rettungsdienst-in-deutschland (abgerufen am 02.07.2024)

oder zu Einrichtungen der Gefahrenabwehr wie Polizei, Feuerwehr oder Katastrophenschutz. Die Schnittstellenproblematik wirkt sich nachteilig auf die interprofessionelle Zusammenarbeit aus, führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung und beansprucht unnötig die knappen personellen Ressourcen.

Je besser die Abstimmung zwischen diesen institutionellen Schnittstellen geregelt ist, umso weniger Informationsdefizite, Fehlsteuerungen, Zeitverluste, Kosten und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind zu erwarten.

Die einzelnen Rettungsdienste zeichnen sich gemeinsam mit den anderen genannten Leistungserbringern durch eine intrinsische Motivation aus, Menschen in Notsituationen bestmöglich zu helfen. Auf dieser Grundlage sollte es möglich sein, Organisationseigenheiten, historische Entwicklungen und regionale bzw. länderspezifische Egoismen willentlich zu überwinden.

Ziel muss deshalb durch die Einigung auf verbindliche *Standard Operating Procedures (SOPs*[23]*)* eine möglichst bundes-, aber mindestens landeseinheitliche Abstimmung und Festlegung von Prozessen und Schnittstellen sein. Eine solche Einheitlichkeit von Struktur- und Prozessqualität existiert im deutschen Rettungswesen, anders als in vielen anderen europäischen Staaten, nicht, sieht man von wenigen bundeseinheitlich geregelten Tatbeständen ab (bspw. bundeseinheitliche Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz oder einheitlich definierte ärztliche Weiterbildungsvorgaben).

Jede und jeder im Rettungsdienst Beschäftigte kennt die Unzulänglichkeiten und Folgen solcher fehlender verbindlicher Standards. So ist es unverständlich, warum z. B.

- die Notarztindikationskataloge der einzelnen Bundesländer und Institutionen[24] sich trotz gleicher wissenschaftlicher Grundlagen deutlich unterscheiden,
- den Rettungsdienstfachkräften von den jeweiligen regionalen Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst auf Grundlage derselben gesetzlichen Grundlagen unterschiedliche Befugnisse zugestanden werden,
- Ärztliche Leitungen Rettungsdienst (ÄLRD) nicht überall eingeführt und zudem mit unterschiedlichen Kompetenzen zur Regelung und Organisation des Rettungsdienstes ausgestattet sind,
- keine bundeseinheitliche Software für die standardisierte Notrufabfrage bzw. keine Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Systemen in benachbarten Rettungsleitstellen existieren, sodass bspw. digital dokumentierte Informationen nicht barrierefrei abgerufen oder Einsatzmittel nicht über Bereichsgrenzen hinweg alarmiert werden können,
- keine Rahmenbedingungen über die notwendigen Datengrundlagen für die institutionsübergreifende Informationsübermittlung über eingeleitete Maßnahmen vorliegen,
- digitale Innovationen im Rettungsdienst immer noch *Stand-alone*-Charakter haben oder
- zwischen den Notrufzentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Rettungsleitstellen nur in einzelnen Ländern ein strukturiertes Übergabeverfahren mit digitaler Dokumentation aller bisher erhobenen Informationen und eingeleiteten Maßnahmen möglich ist.

Hinzu kommt, dass die organisatorischen Schnittstellen zwischen eingeführten Notrufabfragesystemen der KV und der Rettungsleitstellen aufgrund unterschiedlicher fachlicher Vorgaben selbst bei vorhandenen technischen Schnittstellen oftmals nicht optimal funktionieren können. Wenn z. B. die Eingriffsschwelle für eine hypertone Krise von Systemen unterschiedlich gesetzt wird, kann dies nicht durch eine funktionierende technische Schnittstelle zur Weiterleitung von Hilfeersuchen gelöst werden.

Fehlende Abstimmung zeigt sich auch auf der europäischen Ebene. Da das europäische Ausbildungsniveau für die Notfallsanitäterin bzw. den Notfallsanitäter gemäß dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) auf einem höheren (akademischen) Niveau liegt als in Deutschland, ist die Berufsausübung von deutschem

23 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022), siehe Fußnote 3, und Krafft et al. (2022), siehe Fußnote 22

24 Zum Beispiel: (1) Notarztindikationskatalog 2024 des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e. V. (DBRD) als Handlungsempfehlung für Disponenten in Rettungsleitstellen; https://www.dbrd.de/images/NAIK/DBRD_NAIK24_Web.pdf (abgerufen am 02.07.2024); (2) Notarzt-Indikationskatalog des Freistaates Bayern; https://www.stmi.bayern.de/assets/stmi/sus/rettungswesen/id3_26e_fachthema_notarztindikationskatalog_20130222.pdf (abgerufen am 02.07.2024); (3) Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats (2023): Empfehlungen für einen Indikationskatalog für den Notarzteinsatz – Handreichung für Disponenten in Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen (NAIK). Beschluss vom 16.11.2023; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/2023-11-23_Bek_BAEK_NAIK.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

Rettungsdienstfachpersonal in anderen europäischen Staaten nur mit einer Nachqualifizierung möglich. In den deutschen Grenzregionen erschwert diese fehlende Übereinstimmung des EQR grenzüberschreitende Rettungseinsätze.

Die Liste der fehlenden Absprachen und Festlegungen von SOPs und Schnittstellen ist beliebig zu verlängern und lässt sich kaum mit regionalen Unterschiedlichkeiten oder medizinischen Notwendigkeiten begründen. Fehlende Standardisierung verlängert im Notfall die konkrete Hilfestellung, ist Außenstehenden nicht erklärlich und für die Versorgung der Patientinnen und Patienten schädlich. Die geltende Rechtslage stellt allerdings eine große Hürde für allgemein verbindliche SOPs dar.

Um eine höhere Einheitlichkeit (Präferenz: Bundeseinheitlichkeit) in der Standardisierung im Sinne von SOPs zu erreichen, bedarf es eines institutionalisierten Abstimmungsformats zwischen allen am Rettungswesen beteiligten Akteuren. Dieses gibt es in Deutschland bisher nicht, was auch auf die notwendige Vereinheitlichung von beruflichen Aufgaben und Strukturen zutrifft.

Der Bundesminister für Gesundheit hatte in seinem gescheiterten Gesetzentwurf zur Notfallreform aus dem Jahr 2020 vorgeschlagen, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dieser Aufgabe zu betreuen und im Verfahren die Innenministerkonferenz ohne Stimmrecht zu beteiligen.[25] Der Vorschlag wurde vorrangig durch die Innenministerkonferenz wegen der fehlenden gleichberechtigten Entscheidungsmöglichkeit zu den anderen Bänken im G-BA abgelehnt.

Pitz schlug neben dem G-BA einen „Notfallbehandlungsausschuss vor, an dem auch aufgrund der Schnittstellen mit dem aktuell landesrechtlich organisierten Rettungsdienst Vertreter der Bundesländer beteiligt sein könnten“[26]. Die Bertelsmann Stiftung empfahl in ihrem Positionspapier zur Notfallreform von 2022[27], die Bundesministerien für Gesundheit und Inneres gesetzlich zu ermächtigen, ein Fachexperten-Gremium ad personam auf Vorschlag der relevanten Organisationen zu benennen. Dieses sollte analog zu dem Verfahren nach § 53 Arzneimittelgesetz (AMG)[28] beauftragt werden, auf fachlich-wissenschaftlicher Grundlage eine Standardisierung für vorgegebene Fragestellungen zu erarbeiten. Eine ähnliche normkonkretisierende Funktion wurde vom Bundesgesetzgeber gemäß § 20 Abs. 2 Satz 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) der Ständigen Impfkommission (STIKO) übertragen, die sich ebenfalls ausschließlich auf fachliche Expertise stützt.

Das Expertenpanel spricht sich in Anlehnung an den Vorschlag der Bertelsmann Stiftung für ein institutionalisiertes Abstimmungsformat aus, das repräsentative Vertreterinnen und Vertreter der am Rettungswesen beteiligten Akteure gleichberechtigt umfasst. Das Abstimmungsformat sollte auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse einheitliche Strukturen und Prozesse für die Notfallversorgung erarbeiten, deren Etablierung qualitätsgesichert erfolgt und ggf. mit finanziellen Anreizen (Pay for Performance) verbunden wird.

Krankheitsspezifische Leitlinien sollen von den medizinischen – soweit fachlich geboten – gemeinsam mit den gesundheitsberuflichen Fachgesellschaften definiert werden.

Ausbildung an Einsatzrealität anpassen und durchlässig gestalten

Wie alle Bereiche des Gesundheits- und Pflegewesens befindet sich das Rettungswesen in einer angespannten Personalsituation. Ursachen liegen neben den schon

25 Siehe Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023a), siehe Fußnote 5

26 Pitz, A. (2023): Die Reform der Notfallversorgung 2.0 – Rahmenbedingungen und gesetzgeberische Möglichkeiten. In: Die Sozialgerichtsbarkeit. Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht (SGb), 12/23, S. 727

27 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022), siehe Fußnote 3

28 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG, § 53 Anhörung von Sachverständigen) (1) Soweit nach § 45 Abs. 1 und § 46 Abs. 1 vor Erlass von Rechtsverordnungen Sachverständige anzuhören sind, errichtet hierzu das Bundesministerium durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates einen Sachverständigen-Ausschuss. Dem Ausschuss sollen Sachverständige aus der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft, den Krankenhäusern, den Heilberufen, den beteiligten Wirtschaftskreisen und den Sozialversicherungsträgern angehören. In der Rechtsverordnung kann das Nähere über die Zusammensetzung, die Berufung der Mitglieder und das Verfahren des Ausschusses bestimmt werden. (2) Soweit nach § 48 Abs. 2 vor Erlass der Rechtsverordnung Sachverständige anzuhören sind, gilt Absatz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass dem Ausschuss Sachverständige aus der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft sowie Sachverständige der Arzneimittelkommissionen der Ärzte und Apotheker angehören sollen. Die Vertreter der medizinischen und pharmazeutischen Praxis und der pharmazeutischen Industrie nehmen ohne Stimmrecht an den Sitzungen teil.

beschriebenen demografischen Entwicklungen vor allem in der steigenden Inanspruchnahme und anwachsenden Zahl von Einsätzen. Diese ist mittelbar ablesbar an einem seit Jahren kontinuierlichen Kostenanstieg, der von den Krankenkassen für die Transportleistung der Rettungsdienste erstattet werden muss.[29]

Zwar steigt die Zahl der sich in der Ausbildung befindlichen Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sowie Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, wobei der Anteil der Frauen (von einem niedrigen Niveau ausgehend) stärker wächst als der der Männer. Allerdings ist die Rate der Berufsaussteigerinnen und -aussteiger hoch. Viele Fachkräfte befürchten, dass sie den Beruf nicht bis zur Berentung werden ausüben können, und wechseln nach kurzer beruflicher Verweildauer in andere Tätigkeitsbereiche. Insbesondere bei den Wohlfahrtsverbänden werden zu wenig alternative Einsatzmöglichkeiten für ältere Mitarbeitende angeboten.

In einer Umfrage der opta data Zukunfts-Stiftung beschreiben 46 Prozent der befragten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sowie Notfallsanitäterinnen und -sanitäter ihren Berufsalltag als sehr belastend.[30] Unbefriedigend werden von Letzteren die Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung eingeschätzt. Die Umfrage belegt, dass eine hohe Bereitschaft der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter besteht, mehr Verantwortung in der Notfallversorgung zu übernehmen. Zwar gibt es mehr als 30[31] (meist privat zu finanzierende) weiterführende Hochschulangebote, z. B. zur Rettungsingenieurin bzw. zum Rettungsingenieur oder zur pädagogisch-wissenschaftlichen Qualifizierung, eine rechtlich abgesicherte erweiterte Kompetenz für die Patientenversorgung wird damit aber nicht erworben.

Die heutigen Ausbildungskapazitäten sind vorrangig in der praktischen Ausbildung in den Krankenhäusern limitiert. Das Expertenpanel regt an, in den Ausbildungsstätten gleichwertige simulierte praktische Anwendungen durch den Aufbau von Skills Labs anzubieten, die die Ausbildung an den Patientinnen und Patienten ergänzen. Die simulierte praktische Ausbildung ist in der Pflege- und Hebammen-Ausbildung etabliert. Gegebenenfalls notwendige rechtliche Klarstellungen sind zeitnah im Notfallsanitätergesetz bzw. in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vorzusehen.

Hinzu kommt, dass die Curricula in der Ausbildung den Anforderungen der Praxis nur teilweise gerecht werden. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen konzentrieren sich auf vital gefährdete Patientengruppen. Die zunehmende Zahl von weniger dringlichen, gleichwohl in der differenzierten Diagnostik und den möglichen therapeutischen Ansätzen komplexen Einsätzen und der damit einhergehenden Notwendigkeit für ein völlig anderes Spektrum an Diagnostik und Therapie bildet sich in der Ausbildung kaum ab.[32] Dabei ist deren Einschätzung, Diagnostik und Behandlung eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, die einer fundierten Ausbildung und Erfahrung bedarf. Es besteht die Notwendigkeit, die Ausbildungsinhalte auf diese wachsende Zielgruppe der Notfallgrundversorgung anzupassen.

Für einen effizienteren Ressourceneinsatz im Rettungsdienst sieht das Expertenpanel die Notwendigkeit für folgende Strukturvoraussetzungen:

- ein institutionalisiertes Abstimmungsformat zur Entwicklung einheitlicher Standards, deren Umsetzung an finanzielle Anreize gekoppelt wird
- eine für alle Integrierten Leitstellen gesichert miteinander kompatible, standardisierte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Notrufabfrage
- standardisierte digitale Schnittstellen zwischen den Rettungsleitstellen, den Kassenärztlichen Notdiensten und den Krankenhäusern
- Sicherstellung eines bundeseinheitlichen oder zumindest landeseinheitlichen und vergleichbaren Qualitätsmanagements bei der Disposition und Versorgung
- umfassender Ausbau telenotärztlicher Ressourcen
- zur Verhinderung unnötiger Krankenhauseinweisungen und zur schnellen Problemlösung für Hilfe suchende

29 Vgl. opta data Zukunfts-Stiftung (2024): 6. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2024, 289 ff.; https://www.optadata-zukunfts-stiftung.de/forschung/rettungsdienststudie2023 (abgerufen am 02.07.2024)

30 Vgl. ebd., S. 52 ff.

31 Persönliche Mitteilung von Herrn Prof. Dr. Hartwig – Medical School Hamburg – vom 17.07.2024

32 Vgl. Institut für notfallmedizinische Beratung (2023): Fürther Gespräche – Expertenforum für den Rettungsdienst, 17. und 18. Februar 2023: Forderungen an Politik und Gesellschaft, Stein, S. 8; https://inob.org/wp-content/uploads/2023/04/THESENPAPIER.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

Patientinnen und Patienten: Schaffung verbindlicher Überweisungs- und Vermittlungsmöglichkeiten zu ambulanten ärztlichen und gesundheitsfachberuflichen Diensten für den Rettungsdienst und die Integrierten Leitstellen
- Ausstattung von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern mit einer beschränkten Möglichkeit zur Verordnung von Arzneimitteln, entweder über mitgeführte Medikamente oder nach Einschaltung teleärztlicher Kompetenz (z. B. der KV)
- Anpassung des Vergütungsrahmens für die fallabschließende Vor-Ort-Versorgung
- Ermöglichung einer stärkeren regelmäßigen Nutzung von Skills Labs in der rettungsdienstlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen

Empfehlungen zur Neujustierung der rettungsdienstlichen Berufe und ihrer Kompetenzen

Die Herausforderungen und Erwartungen an den Rettungsdienst ändern sich. Es besteht im Panel Konsens, dass es einer Neujustierung der verschiedenen Berufsbilder bedarf. Dementsprechend müssen die rettungsdienstlichen Berufsbilder im Rettungswesen durch

- ein erweitertes Ausbildungsspektrum,
- eine höhere Durchlässigkeit,
- Angebote zur weiteren Qualifizierung und
- regelmäßiges Training

adaptiert, differenziert und attraktiver gestaltet werden. Auch die notärztlichen Kompetenzen sind stärker zu differenzieren.

Vorbemerkung

International und auch in Deutschland werden verschiedene Kategorisierungen zur Einteilung von Fällen im Rettungsdienst genutzt. Die Vielfältigkeit unterschiedlicher Kategorisierungen zeigt den Bedarf für eine Einheitlichkeit bzw. Standardisierung im Rettungsdienst auf – sowohl um den Versorgungsbedarf von Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten einheitlich effizient und fachgerecht einzuschätzen als auch um die Qualifikationsanforderungen an die Berufsbilder im Rettungsdienst an einem einheitlichen System der Kategorisierung auszurichten. Mayr erläutert die gängigen standardisierten Notrufsysteme und ihre Unterschiedlichkeiten.[33] Solche standardisierten Systeme sind geeignet, die Qualität der Notrufabfrage und der darauf basierenden Entscheidungen deutlich zu verbessern.

Die derzeit vielfach genutzten Kategorisierungen basieren auf linearen Einteilungen, wie Low-Code und High-Code[34] oder dem NACA-Score[35]. Einen anderen Ansatz verfolgen Systeme mit nicht linearen Scores, die sowohl die Dringlichkeit der rettungsdienstlichen Reaktion als auch die notwendige Befähigung des Einsatzmittels in Abhängigkeit von der Komplexität des jeweiligen Falles berücksichtigen.

Beispielhaft kategorisieren nicht lineare Systeme das rettungsdienstliche Einsatzspektrum differenziert (Kategorien 2 bis 5, siehe Abbildung 3, Seite 20). Sie berücksichtigen zusätzlich spezielle Einsatzkategorien mit besonders niedriger und besonders hoher Einsatzdringlichkeit und jeweils besonders hoher bzw. niedriger Komplexität, inklusive der Möglichkeit zur Einbindung von Einsatzmitteln außerhalb des regulären Rettungsdienstes (Kategorien 1 und 6, siehe Abbildung 3, Seite 20). Entsprechend der festgestellten Einsatzdringlichkeit erfolgt auch die Disposition der Einsatzmittel.

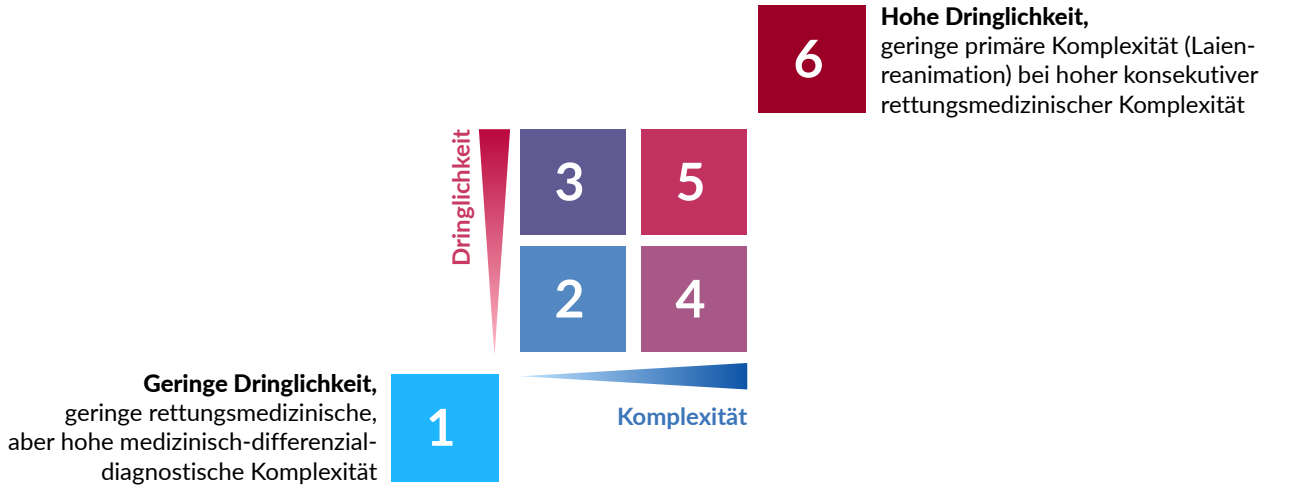
Die Kategorie 1 zeichnet sich durch eine geringe Dringlichkeit und eine geringe rettungsmedizinische Komplexität, dafür aber durch eine hohe medizinische Bandbreite mit entsprechendem Bedarf an fundierten differenzialdiagnostischen Kenntnissen aus. Thate et al. zeigen bei niedrigprioritären Hilfeersuchen, die mittels einer standardisierten Notrufabfrage detektiert werden, auf, dass mehr als 40 Prozent der Fälle

33 Mayr, B. (2020): Strukturierte bzw. standardisierte Notrufabfrage. In: Notfall Rettungsmed 25, S. 505–512; https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-020-00733-4 (abgerufen am 02.07.2024)

34 Vgl. Strobel, J., McIntyre, J., Griffiths, D., Savinsky, G., Hemmi, T., und Tries, R. (2024): Advanced Paramedic Practitioner – eine Lösung für die Herausforderungen im deutschen Rettungsdienst? In: Notfall Rettungsmed 22, S. 2; https://doi.org/10.1007/s10049-023-01280-4 (abgerufen am 02.07.2024)

35 DocCheck Flexikon (o. A.): NACA-Score; https://flexikon.doccheck.com/de/NACA-Score (abgerufen am 02.07.2024)

ABBILDUNG 3: **Kategorisierung des Fallspektrums in der Notfallversorgung in Anlehnung an das Medical Priority Dispatch Protocol (MPDS)**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Whitaker, I., Olola, C., Toxopeus, C., Scott, G., Clawson, J., Schultz, B., Robinson, D., Calabro, C., Gardett, I., und Patterson, B. (2016): Emergency Medical Dispatchers' Ability to Determine Obvious or Expected Death Outcomes Using a Medical Priority Dispatch Protocol. In: Emergency Medicine Journal 33(9):e4.2-e4. https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206139.14 (abgerufen am 02.07.2024)

BertelsmannStiftung

in Kategorie 1 nicht dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) zuzuordnen sind und somit ein alleiniger Einsatz einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung oder einer digitalen Fallweitergabe an die Kassenärztlichen Notdienste für diese Fälle zu kurz greift. Dies betont die Varianzbreite dieser Kategorie und die differenzialdiagnostische Komplexität. Fälle der Kategorie 1 überschreiten insofern die Grenzen der reinen Notfallrettung, wie sie heute in Deutschland vorherrscht. Hier sind z. T. Weiterleitungen an die ambulante Versorgung und die Versorgung durch notfallpflegerische, notfallpsychiatrische oder sozialmedizinische Teams erforderlich. Damit sind gerade in dieser Kategorie differenzialdiagnostische Kompetenzen und ein fundiertes Wissen über die Versorgungslandschaft zur Steuerung der Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte Versorgung entscheidend.[36]

In Fällen mit sehr hoher Dringlichkeit und einer geringen Komplexität der Reaktion, wie Laien-Wiederbelebungsmaßnahmen bzw. Basis-Wiederbelebungsmaßnahmen, werden zusätzlich zur regulären Aktivierung rettungsdienstlicher Einsatzmittel weitere Einsatzkräfte (z. B. freiwillige Feuerwehr, Polizei) oder per App alarmierte Ersthelfende in die Rettungskette integriert, um den Zeitraum bis zum Beginn erster Wiederbelebungsmaßnahmen möglichst kurz zu halten und die bis zum Eintreffen professioneller Hilfe verstreichende Zeit zu überbrücken (Kategorie 6).

Zur weiteren Erläuterung werden diese Kategorien in Tabelle 1 mit den aktuell in Deutschland vorhandenen Strukturen des Rettungsdienstes, ergänzt um Fallbeispiele, korrespondiert (spezielle Einsatzmittel für die Fallkategorien 1 und 6 sind bisher nur im Rahmen von Modellprojekten in vereinzelten Rettungsdienstbereichen vorhanden).

Für die in den nächsten Unterkapiteln folgende Darstellung der Empfehlungen des Expertenpanels zur Neujustierung der rettungsdienstlichen Berufe und ihrer Kompetenzen wird näherungsweise die nicht lineare Kategorisierung entsprechend Abbildung 3 genutzt.

36 Vgl. Thate, S., Lubasch, J. S., Gülöz, K., Eisenreich, E., Röhrig, R., und Seeger, I. (2024): Niedrigprioritäre Einsätze – Detektion und Reaktionen in einer modernen Leitstelle. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin, Abstractband der 20. Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin 2024 am 04. und 05. Februar 2024, S66–S67; https://www.ak-notfallmedizin.dgai.de/freie-dokumente/228-watn-2024-abstractband.html (abgerufen am 26.07.2024)

TABELLE 1: **Heutige Zuteilung rettungsdienstlicher Kompetenzen im Einsatzspektrum**

Kategorie	Fallbeispiel	Einsatzmittel auf Grundlage der derzeitigen Struktur des Rettungsdienstes
1	Lumbago, gastrointestinale Infektion	Einsatzmittel mit Rettungssanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (KTW), teilweise N-KTW, teilweise Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)
		Soweit vorhanden: Gemeindenotfallsanitäterin bzw. -sanitäter
		Sofern möglich: Weiterleitung an Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung
2	Transport-anforderung	Einsatzmittel mit Rettungssanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (KTW), teilweise N-KTW, teilweise Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)
3	Sturz/Absturz (mglw. gefährliche Körperregion)	Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW), teilweise N-KTW
4	Verbrennungen < 18 % KOF	Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW) überwiegend mit (tele-)notärztlicher Unterstützung (NEF)
5	Krampfanfall bei ineffektiver Atmung	Einsatzmittel mit Notärztin bzw. Notzarzt als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (NEF) und Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)
6	Herz-Kreislauf-Stillstand	Einsatzmittel mit Notärztin bzw. Notarzt als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (NEF) und Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)
		Soweit vorhanden und möglich: Einsatzmittel des Rettungsdienstes, der freiwilligen Feuerwehr, der Polizei und mithilfe smartphonebasierter Systeme alarmierte Ersthelfende zur überbrückenden/unterstützenden Hilfe zusätzlich

Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Veränderte Anforderungen an das Personal in den Leitstellen

Die in den Leitstellen eingehenden Hilfeersuche haben sich inhaltlich verändert. Weit über 90 Prozent der eingehenden Notrufe liegt eine Erkrankung oder Verletzung mit einem wachsenden Spektrum an Behandlungsdringlichkeit und -komplexität zugrunde. Notfall-Leitstellen entwickeln sich deshalb international überwiegend zu umfassenden Gesundheitsleitstellen.[37, 38] Die Anforderungsbreite medizinischer Hilfeersuche bedarf einer standardisierten Abfragesystematik und differenzierten Reaktionsspanne, die mit algorithmischer Unterstützung zur bedarfsgerechten und sicheren Patientensteuerung besser gewährleistet werden kann. Fortschrittliche Leitstellen berücksichtigen diese Entwicklung durch die Einführung einer standardisierten, qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und digitalen Notfallabfrage, die die Hilfebedarfe analysiert und einen passgenauen Einsatz des geeigneten Rettungsmittels vorschlägt.

Dieses veränderte Anforderungsprofil der Hilfesuchenden bedingt auch in den Leitstellen veränderte berufliche Anforderungen.

37 Vgl. aerzteblatt.de (23.05.2024): Notfallreform: Es braucht Mut zu Veränderungen; https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151574/Notfallreform-Es-braucht-Mut-zu-Veraenderungen?rt=b29d9e876db526fdb8afd83b48ba5898 (abgerufen am 02.07.2024)

38 Vgl. Bandlow, S., und Lauer, D. (2023): Die Leitstellen im Wandel – Aktuelle Herausforderungen und Entwicklungen. CRISIS PREVENTION – Fachportal für Gefahrenabwehr, Innere Sicherheit und Katastrophenhilfe, 27.11.2023; https://crisis-prevention.de/kommunikation-it/die-leitstellen-im-wandel-aktuelle-herausforderungen-und-entwicklungen.htm (abgerufen am 02.07.2024)

Die heute rund 230 Integrierten Leitstellen in Deutschland[39] unterscheiden sich in der Größe ihres Versorgungsgebietes, der zu betreuenden Einwohnerzahl oder der Zahl der Einsätze gravierend. Die fachlichen Vorteile größerer Einheiten sind naheliegend: Sie sind in der Literatur mit einer Mindestgröße, bezogen auf die zu versorgende Bevölkerungszahl, von 500.000[40], besser von 1 Mio. Einwohnender pro Leitstelle[41] beschrieben. Dennoch gibt es in einigen Ländern nur eine zögerliche Bereitschaft, kleinere Einheiten trägerübergreifend zusammenzuführen. Regionale Bedingungen und die fehlende Bereitschaft, Zuständigkeiten zu teilen, sind oft noch prägend.[42] Kleine Leitstellen können eine differenzierte Personalstruktur und notwendige technische Entwicklungen aufgrund von Kosten- und Ressourcenrestriktionen oftmals nicht umsetzen.

Verschiedene Fachverbände und Vereinigungen entwickeln zurzeit Empfehlungen für die Qualifikations- und Kompetenzanforderungen bezogen auf die unterschiedlichen Aufgaben der Integrierten Leitstellen. Einzelne Länder haben bereits eine Empfehlung eingeführt bzw. erarbeiten eine solche.[43] Ziel ist es, eine ländereinheitliche Empfehlung im zuständigen Fachausschuss der Innenministerkonferenz oder einen Beschluss der Innenministerkonferenz herzustellen. Ob und wann diese bzw. dieser in allen Ländern umgesetzt wird, bleibt abzuwarten. Insofern besteht auch hier eine Präferenz für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise, bspw. über finanzielle Anreize, wie vorgeschlagen[44]. Andernfalls können, wie schon bei der Rettungssanitäter-Ausbildung, erneut eine unterschiedliche Länderentwicklung sowie eine fehlende Verbindlichkeit auf regionaler Ebene nicht verhindert werden.

Ausgehend von den internationalen Entwicklungen in den europäischen Nachbarländern sowie mit Rücksicht auf den Stand der medizinischen Wissenschaft scheint eine Funktionsdifferenzierung zwischen Calltakerinnen/Calltakern und Disponentinnen/Disponenten bzw. Dispatcherinnen/Dispatchern ein fachlich akzeptiertes Zielbild bei der differenzierten Beschreibung der Aufgaben und Funktionen der Berufsbilder in zeitgemäßen Leitstellen zu sein.

Für die Calltakerin bzw. den Calltaker, also die telefonische Ansprechperson der Hilfesuchenden, bedarf es seit der Einführung und Profilierung der standardisierten Notfallabfrage nicht zwingend umfassender rettungsdienstlicher Kenntnisse. Theoretische Kenntnisse zu Pathophysiologie und Krankheitslehre sind aber von Vorteil. Die momentanen länderübergreifenden Bestrebungen für eine einheitliche und länderübergreifende Ausbildung favorisieren als Eingangsvoraussetzungen für Calltakerinnen und Calltaker eine Rettungssanitäter-Ausbildung. Einigkeit besteht, dass die Calltaker-Ausbildung zusätzliche Module in Soft Skills wie Einfühlungsvermögen, Geduld sowie Vermittlung von Sicherheit und Klarheit beinhalten muss, damit die Anrufenden in der für sie emotionalen Grenzsituation schnell, verlässlich, präzise und reproduzierbar Informationen erhalten können. Gleiches gilt für die in der Software der Abfragesystematik integrierte Möglichkeit zur telefonisch unterstützten Behandlungsanleitung, wie etwa Laienreanimation oder Blutstillung, die von der Calltakerin bzw. vom Calltaker vermittelt werden muss.

39 Vgl. Trautmann, R., Reuter-Oppermann, M., und Christiansen, J. (2022): PSAP-G-ONE – Eine explorativ-deskriptive Studie über Leitstellen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V., S. 2; https://www.dgre.org/was-wir-tun/forschung/psap-g-one/ (abgerufen am 02.07.2024)

40 Vgl. Bartels, M. (2021): Die Leitstelle als Gatekeeper im Gesundheitswesen – eine Handlungsempfehlung im Kontext der Neustrukturierung der Notfallversorgung. Kurzversion. Edewecht, S. 61 f.: https://rettungsdienst-forschung.de/knowledge-base/die-leitstelle-als-gatekeeper-im-gesundheitswesen/#option (abgerufen am 02.07.2024)

41 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023b), siehe Fußnote 10

42 Vgl. (1) vdek (Verband der Ersatzkassen e. V.) (2023): Zu viele kleine Rettungsleitstellen – Krankenkassen fordern Kommunen und Kreise zum Handeln auf. Pressemitteilung vom 30.03.2023; https://www.vdek.com/LVen/NDS/presse/pressemitteilungen/2023/rettungsleitstellen.html (abgerufen am 02.07.2024); (2) ÄrzteZeitung online (14.04.2023): Kassen in Niedersachsen wollen Zahl der Rettungsleitstellen reduzieren; https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Kassen-wollen-Zahl-der-Rettungsleitstellen-reduzieren-438306.html (abgerufen am 02.07.2024)

43 Bayern: Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (o. A.): Ausbildung des Personals Integrierter Leitstellen in Bayern; https://www.innenministerium.bayern.de/sus/notruf112/ils/index.php (abgerufen am 02.07.2024)
NRW: Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen e. V. (2021): Qualifikation von Leitstellenpersonal – Ausbildungskonzept und Verbeamtungsvoraussetzungen. StGB NRW-Mitteilung 396/2021 vom 21.07.2021; https://www.kommunen.nrw/informationen/mitteilungen/datenbank/detailansicht/dokument/qualifikation-von-leitstellenpersonal-ausbildungskonzept-und-verbeamtungsvoraussetzungen.html (abgerufen am 02.07.2024)
Ferner sind entsprechende Erlasse oder Bestrebungen in Hessen und gemeinsam in einem Verbund der Nordländer bekannt.

44 Siehe Seite 17

Im Ergebnis generiert die Calltakerin bzw. der Calltaker aus der standardisierten Notrufabfrage die Kategorie des einzusetzenden Rettungsmittels und leitet diese elektronisch an Disponentinnen und Disponenten bzw. Dispatcherinnen und Dispatcher weiter.

Deren Aufgabe besteht darin, auf der Grundlage der Notrufabfrage die konkrete Entscheidung für das geeignetste Einsatzmittel entsprechend festgelegter Einsatzmittelkategorien zu treffen und dies zu entsenden sowie den Einsatz fortlaufend zu lenken. Sie führen Einsätze von der Alarmierung der Einsatzkräfte bis zum Einsatzabschluss und kommunizieren mit den eingesetzten Kräften.[45] Neben einer fachlichen Einschätzung des am Einsatzort benötigten personellen und technischen Bedarfs müssen Disponentinnen/Disponenten bzw. Dispatcherinnen/Dispatcher einsatztaktische Kenntnisse der aktuellen personellen und technischen Präsenz der Leitstelle berücksichtigen. Sie tragen nicht nur die Verantwortung für die Einsatzlenkung einzelner Einsätze, sondern auch für die Leistungs- und Funktionsfähigkeit des gesamten Systems im Zuständigkeitsbereich. Dazu bedarf es fundierter Kenntnisse hinsichtlich der gesamten Aufgaben der Integrierten Leitstellen, um unter Berücksichtigung der zu jedem Zeitpunkt vorhandenen Ressourcen inklusive der nachbarschaftlichen und überregionalen Hilfe adäquate Entscheidungen treffen zu können.

Eine abgeschlossene rettungdienstliche Ausbildung ist für Disponentinnen/Disponenten bzw. Dispatcherinnen/Dispatcher sinnvoll, allerdings weder zwingend noch allein ausreichend. Sie muss insbesondere durch eine systemische Qualifikation zur Einsatzlenkung sowie durch zusätzliche Module zur Notfallversorgung, zur Gefahrenabwehr und zum Brand- und Katastrophenschutz sowie durch die regelmäßige Einbindung in die Einsatz- und Patientensteuerung ergänzt werden.

Unter Berücksichtigung des Konzeptes der AGBF Bund „Rollenbeschreibung und Fähigkeiten Leitstellenmitarbeiter:in der Zukunft“[46] kann es notwendig sein, neben dem Notrufmanagement durch Calltakerinnen/Calltaker bzw. der Einsatzlenkung durch Disponentinnen/Disponenten sowie Dispatcherinnen/Dispatcher weitere personelle Differenzierungen für die Informationsgewinnung, zur Lagedarstellung oder für die Koordination besonderer Gefahrensituationen (Großschadenslagen) vorzusehen.

Wie sich künftig die Möglichkeiten der Einbindung von künstlicher Intelligenz in die Kategorisierung von Notfällen und die Bestimmung der adäquaten Rettungsmittel auswirken werden, bleibt abzuwarten. Erste Veröffentlichungen belegen ein hohes Potenzial der Large-Language-Modelle, insbesondere auch im Bereich des systematischen Qualitätsmanagements der standardisierten Notrufabfrage.[47]

Eine fachlich gebotene Funktionsdifferenzierung ist wirtschaftlich insbesondere in größeren Integrierten Leitstellen oder Leitstellenverbünden mit einer rettungsdienstlichen Versorgungsverantwortung für 500.000 bis vorzugsweise 1 Mio. Einwohnende pro Leitstelle möglich und international so üblich. Dort übernimmt die Calltakerin bzw. der Calltaker die systematische standardisierte Notfallabfrage und generiert die Kategorie des Rettungsmittels, während die Disponentin / der Disponent bzw. die Dispatcherin / der Dispatcher die einsatztaktische konkrete Entscheidung über das zu entsendende Notrufmittel trifft und den Einsatz begleitet. Eine Standardisierung und Vereinheitlichung der Strukturen und Prozesse sind zukünftig für alle Leitstellen herzustellen und im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung geboten. Diese umfasst auch die Vereinheitlichung der beruflichen Qualifikationen. Für beide Berufsbilder werden ländereinheitliche Ausbildungsvorgaben entwickelt. Die Qualifikationsanforderungen sind, wo immer möglich, zwischen den Ländern abgestimmt und bundeseinheitlich zu regeln. Der laufende Prozess für eine Vereinheitlichung der Calltaker-, Disponenten- sowie Dispatcher-Ausbildung wird in diesem Sinne ausdrücklich unterstützt und sollte das Ziel einer bundeseinheitlichen Verbindlichkeit haben.

45 Vgl. Trautmann (2022), siehe Fußnote 39

46 AGBF Bund im Deutschen Städtetag (Hrsg.) (2023), siehe Fußnote 13

47 Vgl. Williams, C. Y. K., Zack, T., Miao, B. Y., Sushil, M., Wang, M., Kornblith, A. E., und Butte, A. J. (2024): Use of a Large Language Model to Assess Clinical Acuity of Adults in the Emergency Department. JAMA Network Open, 07.05.2024. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.8895 (abgerufen am 02.07.2024)

Aufwertung der Ausbildung zur Rettungssanitäterin bzw. zum Rettungssanitäter

Das Expertenpanel empfiehlt, die heutige fachliche „Lücke“ zwischen der Rettungssanitäter-Qualifikation und der gesetzlich erweiterten Notfallsanitäter-Kompetenz durch eine weitergehende Qualifizierung für Rettungssanitäterinnen und -sanitäter zu verringern. Ihr Aufgabenfeld als Assistierende von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern ist an deren erweitertes Einsatzfeld anzupassen.[48] Die deutschlandweit bereits vielfältig existierende und zunehmende Tendenz, Rettungssanitäterinnen und -sanitäter durch Zusatzmodule weiterzuqualifizieren, wird damit aufgegriffen.[49]

Aufgrund der unterschiedlichen landesgesetzlichen Ausbildungsvorgaben wäre eine bundeseinheitliche Ausbildungsregelung vorteilhaft, um eine verlässliche landesübergreifende Kompetenz abzusichern. Nach den bundesrechtlichen Vorgaben ist eine bundeseinheitliche Ausbildung allerdings erst ab einer Mindestausbildungsdauer von 18 Monaten herstellbar. Dies erscheint aus unterschiedlichen Gründen nicht praktikabel. Damit würde der Ausbildungsaufwand erheblich steigen, das Bewerberprofil möglicherweise grundlegend eingeschränkt und die Möglichkeiten der Ausbildung auch im Rahmen des Ehrenamts deutlich beeinträchtigt.

Eine maßvoll verlängerte und grundlegend umstrukturierte Ausbildung mit erweiterten Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten für Rettungssanitäterinnen und -sanitäter scheint hingegen dringend geboten. Ziel ist es, die modulare Anschlussfähigkeit insbesondere in ihrer Assistenzfunktion für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter auch bei deren erweiterten eigenverantwortlichen Einsätzen (s. u.) qualifiziert zu ermöglichen und die Aufwärtsqualifikation in Richtung des Berufsbilds Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter zu erleichtern.

Die Ausbildung sollte daher auf mindestens sechs Monate, also um ca. 200 Stunden verlängert werden – unter besonderer Betonung zusätzlicher praktischer Module. Mit einer zweimonatigen Verlängerung ist weiterhin eine Ausbildung innerhalb des Bundesfreiwilligendienstes möglich. Die Durchlässigkeit zur Notfallsanitäter-Ausbildung wird erleichtert.

Die zusätzlichen Module und die neu strukturierte Ausbildung sollten insbesondere auch darauf ausgerichtet sein, notfallbezogene Kompetenzen für eine weitergehende Assistenz und fachgerechte Versorgung und Betreuung während des Transportes zu erwerben. Auch die Differenzierung von vital bedrohlichen Ereignissen während eines N-KTW- oder KTW-Transportes soll in der Ausbildung vermittelt werden. Damit würde sich das Einsatzfeld der Rettungssanitäterinnen und -sanitäter grundsätzlich erweitern und attraktiver gestaltet.

Um eine erneute Zersplitterung einer erweiterten Ausbildung zu vermeiden, sollte von den berufsspezifischen rettungsdienstlichen Fachgesellschaften eine Musterausbildungsordnung entwickelt werden. Die Verbindlichkeit der Musterausbildungsordnung könnte zusätzlich dadurch erhöht werden, dass sie über den Arbeitskreis V „Feuerwehrangelegenheiten, Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung“ von der Innenministerkonferenz verabschiedet wird.

Das Expertenpanel schlägt eine modulare Neustrukturierung und maßvolle Verlängerung der Ausbildung zur Rettungssanitäterin bzw. zum Rettungssanitäter um mindestens zwei Monate (ca. 200 Stunden) vor, um in einem veränderten Gefüge der rettungsdienstlichen Berufe die zusätzlichen Anforderungen in die Ausbildung integrieren zu können und die Durchlässigkeit der Aufwärtsqualifikation zu vereinfachen.

Einschätzung zum bisherigen und zusätzlichen Anforderungsprofil von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern

Mit dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) wurde vor rund zehn Jahren eine umfassende Ausbildungsreform umgesetzt, die einen bis dato Assistenzberuf um zusätzliche Handlungskompetenzen ergänzte und die dafür notwendigen theoretischen und praktischen

48 Vgl. Ärztekammer Westfalen-Lippe, Ärztekammer Nordrhein (2019): Zukunftsforum Rettungsdienst 2030 – Positionspapier; https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2021/positionspapier-zukunftsforum-rettungsdienst-nrw-2021.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

49 Siehe beispielhaft: Rettungssanitäter plus in NRW, im Kreis Offenbach, Oldenburg oder Zusatzausbildung in Berlin mit erweiterten Einsatzmöglichkeiten

Kenntnisse erweiterte. Notfallsanitäterinnen und -sanitäter haben gemäß § 2a NotSanG zusätzlich eine beschränkte heilkundliche Befugnis erhalten, in für Patientinnen und Patienten lebensbedrohenden Situationen ohne ärztliche Präsenz eigenverantwortlich zu (be-)handeln. Dies sichert die hohe Verantwortlichkeit ab und schafft Rechtsklarheit. Der Handlungsrahmen wurde zuletzt um die Möglichkeit erweitert, eigenständig auch im Betäubungsmittelrecht gelistete Medikamente in einem bestimmten Rahmen anzuwenden. Im Vergleich zu vielen anderen Gesundheitsfachberufen hat der Beruf der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters damit eine deutlich erweiterte, qualifizierte Aufgabenzuweisung und umfassende Kompetenzbreite erhalten.

Einsatzfähigkeit in Fällen der Kategorien 3 bis 6

Notfallmedizinisches Handeln, insbesondere bei vital bedrohten Erkrankten, erfordert nicht nur fundierte fachliche Kenntnisse, sondern basiert auch auf der Erfahrung und Routine in der Anwendung. Notfallsanitäterinnen und -sanitätern wird dies in der Ausbildung vornehmlich für Fälle der Kategorien 3 und 4 und die Unterstützung der notärztlich besetzten Einsatzmittel in Fällen der Kategorien 5 und 6 vermittelt. Es ist Ziel der Ausbildung, Fähigkeiten kontinuierlich und umfassend auch eigenverantwortlich einsetzen zu können. Trotzdem fehlt es bis heute vielfach an der operativen Umsetzung der inzwischen geschaffenen Erlaubnistatbestände für die eigenverantwortliche Durchführung von medizinischen Maßnahmen innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Im Notfallsanitätergesetz hat der Gesetzgeber in § 4 Ausbildungsziele genannt, die die Ausbildung von sowohl invasiven Maßnahmen als auch – bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und Situationen – heilkundlichen Maßnahmen beinhalten, die von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) vorgegeben werden. Im Rahmen des sogenannten Pyramidenprozesses versucht der Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zusammen mit dem Deutschen Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), einheitliche fachliche Vorgaben, z. B. für anzuwendende „invasive Maßnahmen“, zu beschreiben sowie einen Medikamentenkatalog vorzugeben, der den Mindestumfang für die vom Rettungsdienstpersonal einzusetzenden Medikamente darstellt.[50] Ziel ist eine einheitliche Arbeitsanweisung für alle ÄLRDs. Der DBRD veröffentlicht jährlich auf Basis des Pyramidenprozesses Musteralgorithmen als Hilfestellung und Orientierung. Da aber Rettungsdienste und Leitstellen in vielen Ländern im eigenen Wirkungskreis als Selbstverwaltungsaufgabe wahrgenommen werden, werden Notfallsanitäterinnen und -sanitäter diese Fähigkeiten von den fachlich oder administrativ Verantwortlichen zu oft nicht in gebührendem Maße zugebilligt.[51] Dies führt trotz aller fachlichen, aber letztendlich nicht verbindlichen Bemühungen zu den oben beschriebenen gravierenden regionalen Unterschieden in der eigentlich bundeseinheitlichen Berufsausbildung und in der Ausübung der erworbenen Fachkenntnisse.[52]

Die Regierungskommission schlug in ihrer Neunten Stellungnahme zur Reform der Notfall- und Akutversorgung im Rettungsdienst vor, die bisherige Notfallsanitäter-Ausbildung alternativ zur fachschulischen Ausbildung zu akademisieren und mit einem Bachelor of Science abzuschließen. Die Regierungskommission bezog sich dabei vornehmlich auf die Schnittstelle zur notärztlichen Kompetenz und damit auf Fälle der Kategorien 3 bis 6. In Anbetracht der hohen Ausbildungsintensität und -qualität sieht das Expertenpanel derzeit keine Notwendigkeit für eine Akademisierung, die sich vornehmlich oder alleinig auf dieses Einsatzgebiet beschränken würde, da die vorhandenen Potenziale der Berufsausbildung noch nicht vollständig in der Praxis eingesetzt werden. Vielmehr spricht sich das Panel dafür aus, den notärztlichen Einsatz in den Kategorien 3 und 4 vorrangig durch Notfallsanitäterinnen

50 Vgl. Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (o. A.): Der Pyramidenprozess; https://www.pyramidenprozess.de/pyramidenprozess-de/erl%C3%A4uterungen-zum-pyramidenprozess/ (abgerufen am 02.07.2024)

51 Vgl. Bündnis Pro Rettungsdienst (Björn Steiger Stiftung, Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V., Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft [DFeuG], Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V., Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V., Falck Rettungsdienst und Krankentransport GmbH, Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes, opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH) (2024): Akademisierung im Rettungsdienst. Pressemitteilung vom 29.04.2024; https://pro-rettungsdienst.org/2024/akademisierung-im-rettungsdienst/ (abgerufen am 02.07.2024)

52 Siehe Seite 16

und -sanitäter zu ersetzen und dann nur anlassbezogen mit (tele-)notärztlicher Unterstützung zu ergänzen.[53, 54]

Einsatzfähigkeit in der Kategorie 1

Anders eingeschätzt wird die Situation bezüglich der Kompetenz in der Kategorie 1 sowie in Bezug auf die vor Ort notwendige differenzialdiagnostische Kompetenz zur Steuerung von Patientinnen und Patienten in weiterführende Versorgungswege. Aufgrund der prekären Personalsituation in der hausärztlichen Versorgung und der Komplexität der Versorgungswege für die Erkrankten sind die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter vielfach gefordert, die Dringlichkeit der Versorgung einzuschätzen und eine weiterführende Versorgung in die Wege zu leiten. Durch fehlende Ausbildung und Rechtsunsicherheiten in diesem Bereich ist die Entscheidung zum Transport in die Notaufnahme eines Krankenhauses derzeit auch bei Fällen, die keiner Versorgung im Krankenhaus bedürfen, zu oft das Mittel der Wahl.[55] Die fortschreitende hausärztliche Ausdünnung in der Fläche, aber auch in sozial benachteiligten Stadtteilen von Großstädten, lässt befürchten, dass Fälle der Kategorie 1 vermehrt im Rettungsdienst anlanden, dessen Unterstützung in diesem Versorgungsbereich unvermeidlich und sogar alternativlos ist. Die für die Grundversorgung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) begrüßen grundsätzlich das Engagement des Rettungswesens. In Modellregionen der Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitäter[56] erfolgt deren Einsatz in Form einer Ersteinschätzung oder Initialbehandlung bzw. Bahnung in eine weitergehende ambulante Behandlung grundsätzlich mit Zustimmung oder Kooperation[57] der KV. Auch stellen Kassenärztliche Vereinigungen inzwischen in Kooperation mit Rettungsdienstträgern Notfallsanitäterinnen und -sanitäter im vertragsärztlichen Notdienst ein, die bei Bedarf telemedizinisch unterstützt werden können.[58] Der aktuelle Entwurf für eine Notfallreform des Bundesministeriums für Gesundheit sieht die Möglichkeit nicht ärztlicher Einsatzmittel im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst vor.[59]

In den Ausbildungscurricula für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter werden die Belange der notfallmedizinischen Grundversorgung bisher weder theoretisch, fachlich noch organisatorisch in gebotenem Maße berücksichtigt. Eine soziale und kommunikative Kompetenz für diese aus Patientensicht dringlichen Situationen, die sich von notfallmedizinischen Lagen unterscheiden, wird nicht vermittelt. Auch und gerade in Fällen der Kategorie 1 und der Steuerung von Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte weitere Versorgung bedarf es spezieller Kenntnisse des differenzialdiagnostischen Hintergrundes und sogenannter Red-Flag-Symptome, bei deren Auftreten ein vermeintlich banales Krankheitsbild aggravieren kann. Die Notfallsanitäter-Ausbildung konzentriert sich zum überwiegenden Teil aber auf offensichtlich vital gefährdende Erkrankungen und Einsatzsituationen.

Um die für diesen Bereich der Versorgung erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, ist eine vertiefte und reflexiv ausgerichtete Ausbildung geboten. Die vermehrt eingesetzten Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitäter erhalten für diese Tätigkeit unterschiedliche Zusatzausbildungen von mehreren Monaten, z. B. in Medikamentenkunde, Differenzialdiagnostik und einfachen Therapiemöglichkeiten. Um das umfassendere Einsatzspektrum zu beherrschen, sind also zusätzliche Lerninhalte notwendig,

53 Näheres dazu im folgenden Kapitel (Zusammenfassung)

54 Vgl. Vereinigung zur Förderung des Deutschen Brandschutzwesens e. V. (2023): Positionspapier zur erforderlichen Reform der Notfallversorgung; https://www.vfdb.de/media/doc/positionspapiere/Positionspapier_Rettungsdienst.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

55 Vgl. Rößler, M., Schulte, C., Bobeth, C., Wende, D., und Karagiannidis, C. (2024): Inanspruchnahme des Rettungsdienstes im Kontext von Krankenhausaufnahmen. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg); https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2024.002 (abgerufen am 02.07.2024)

56 Vgl. Malteser Hilfsdienst gGmbH (o. A.): Der Gemeindenotfallsanitäter: Ein Pilotprojekt der Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg; https://www.gemeindenotfallsanitaeter.de/ (abgerufen am 02.07.2024)

57 Vgl. aerzteblatt.de (02.08.2018): Sanitäter übernehmen Bereitschaftsdienste in Niedersachsen; https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96859/Sanitaeter-uebernehmen-Bereitschaftsdienste-in-Niedersachsen (abgerufen am 02.07.2024)

58 Vgl. aerzteblatt.de (05.07.2019): Telemedizinprojekt in Niedersachsen zieht positive Bilanz; https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104442/Telemedizinprojekt-in-Niedersachsen-zieht-positive-Bilanz (abgerufen am 02.07.2024)

59 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024), siehe Fußnote 6

die in Komplexität und Umfang eine anspruchsvolle Ergänzung zur heutigen Ausbildungsordnung darstellen. Diese Lerninhalte können nicht als Add-on in der fachschulischen Regelausbildung von drei Jahren hinzugefügt werden. Die Breite des Einsatzgebietes ist nur zu erschließen, wenn die Ausbildung verlängert und Fähigkeiten wie Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Arbeiten im gesamten Spektrum ausgeweitet werden.

Daher wird vorgeschlagen, neben der bisherigen fachschulischen Ausbildung eine hochschulische Ausbildung mit einem hohen Anteil praktischer Lehrelemente anzubieten. Diese hochschulische Ausbildung umfasst neben den Inhalten der derzeitigen Regelausbildung zusätzlich eine Schwerpunktsetzung auf die eigenständige Notfallgrundversorgung, also Fälle der Kategorie 1 sowie Einschätzung des Behandlungsbedarfs und die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten.

Die hochschulische Qualifikation fördert die kritische, reflexive und analytische Auseinandersetzung sowohl mit dem theoretischen als auch mit dem praktischen Wissen des eigenen beruflichen Handlungsfeldes und implementiert innovative wissenschaftsbasierte Lösungsansätze. Damit verbunden ist auch die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Tuns und insbesondere der Umgang mit persönlichen und seelischen Grenzsituationen, auch zur Stärkung der eigenen Resilienz. Eine personen- und situationsangemessene Kommunikation ist zusätzlich notwendiger Teil des Curriculums. Ebenso sind die neuen und künftigen Anforderungen von digitalen Technologien, Softwareanwendungen und technischen Innovationen zu verstehen und zu bewerten. Eine Verortung der hochschulischen Ausbildungen an Standorten mit Medizinischen Fakultäten begünstigt fachliche und organisatorische Synergieeffekte.

Im Rahmen der EU-weiten Freizügigkeit der Berufsausübung wird als Vergleichsmaßstab für die „Wertigkeit“ einer Berufsausbildung der Europäische Qualitätsrahmen (EQR) herangezogen, der für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern europaweit bei Stufe 5 bis 6 eingeordnet ist. Der deutsche fachschulische Ausbildungsgang wird wegen der fehlenden Akademisierung nur mit Stufe 4[60] beschrieben und verhindert eine Anerkennung der deutschen Ausbildung im europäischen Ausland. Durch die hier vorgeschlagene Akademisierung für die erweiterte Notfallsanitäter-Ausbildung wird die Gleichwertigkeit hergestellt.[61]

Das Qualifikationsniveau ist dauerhaft über eine kontinuierliche Fortbildungsverpflichtung zu wahren.

Die in den Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten einzusetzende eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeit bedarf eines zu definierenden Rahmens. Sie kann anlassbezogen durch eine telemedizinische ärztliche Anbindung ergänzt werden, die auch ein eingeschränktes Dispensierrecht[62] für die akademisch ausgebildeten Notfallsanitäterinnen und -sanitäter absichert. Das telemedizinische Back-up setzt in diesem Handlungsfeld nicht zwingend einen meist notärztlichen Hintergrund voraus, sondern kann auch in Kooperation mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, insbesondere durch allgemeinmedizinische Expertise, abgedeckt werden.

Die Novelle des Physiotherapiegesetzes[63] beinhaltet ein ähnliches Modell einer Akademisierung als Wahlmöglichkeit zur fachschulischen Ausbildung, um zusätzliche Tätigkeiten und Kompetenzen zu erwerben. Eine gesetzliche Novelle des Notfallsanitätergesetzes sollte sich an dieser Regelungssystematik orientieren.

Für eine Akademisierung von Rettungsfachpersonal in den Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten spricht zusätzlich, dass in der ambulanten Primärversorgung zunehmend andere akademisch ausgebildete Fachqualifikationen eingesetzt werden – Physician

60 Qualifikationssuche für die deutsche Notfallsanitäter-Ausbildung siehe: Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. A.): Qualifikationssuche; https://www.dqr.de/SiteGlobals/Forms/dqr/de/qualifikationssuche/suche_formular.html (abgerufen am 02.07.2024)

61 Zur Erläuterung des Europäischen Qualitätsrahmens (EQR): https://europa.eu/europass/de/europass-tools/europaeischer-qualifikationsrahmen (abgerufen am 02.07.2024)

62 Über die bisherigen Möglichkeiten zur Medikamentengabe bei lebensrettenden Maßnahmen nach § 2a Rettungssanitätergesetz (RettSanG) hinausgehend

63 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie (Physiotherapieberufereformgesetz – PhyThBRefG). 21.12.2023 (nicht veröffentlicht)

Assistant, Advanced Practise Nursing (APN)[64], Community Health Nurse (CHN)[65], Med. Fachangestellte bzw. -angestellter mit akademischer Zusatzausbildung[66]. Diese kommen bei eigenständigen Hausbesuchen oder auch in Einzelfällen im Rahmen Kassenärztlicher Notdienste zum Einsatz. Durch die Akademisierung können sich perspektivisch an der Schnittstelle zwischen der Notfallversorgung und dem Kassenärztlichen Notdienst gemeinsame Einsatzformen mit gegenseitiger Akzeptanz entwickeln.

Insgesamt kann eine Teilakademisierung des Notfallsanitäterberufs dazu beitragen, die fachliche Entwicklung voranzutreiben und weitere Perspektiven zu eröffnen – insbesondere auch hin zu Tätigkeiten innerhalb der Leitung eines Rettungsdienstes, etwa im Bereich von Wissenschaft und Forschung oder der Supervision durch fachlich besonders geeignete Notfallsanitäterinnen und -sanitäter.

Durchlässigkeit zwischen beiden Ausbildungswegen

Für Fälle der Kategorien 2 bis 6 sind beide Ausbildungswege als gleichwertig anzusehen. Ein eigenständiger Einsatz in den Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten setzt aber künftig eine akademisierte Ausbildung voraus. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass Gesetzgebung, Aufbau der hochschulischen Angebote und das Studium einen Vorlauf von mindestens fünf Jahren benötigen. Umso wichtiger ist es, zeitnah die notwendigen gesetzlichen Weichenstellungen vorzunehmen.

Eine bereits bestehende Weiterbildung zur Gemeindenotfallsanitäterin bzw. zum Gemeindenotfallsanitäter sollte in einer akademischen Weiterbildung ebenfalls Anerkennung finden.

Falls fachschulisch ausgebildete Notfallsanitäterinnen und -sanitäter die akademische Qualifikation und damit ein größeres Einsatzgebiet anstreben, ist die fachschulische Ausbildung zum größeren Teil anzurechnen. Auch hier wird auf die Parallelität zum Entwurf des Physiotherapiegesetzes verwiesen.

Das Expertenpanel schlägt vor, bei Fällen der Kategorien 2 bis 4 die in der Ausbildung und kontinuierlichen Fortbildung inklusive Rezertifizierung erworbene hohe Fachlichkeit und Praxiserfahrung der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter vorrangig eigenverantwortlich einzusetzen.

Das Fachwissen für einen eigenständigen Einsatz in Fällen der Kategorie 1 sowie die daraus abzuleitenden Behandlungsbedarfe werden in der heutigen Ausbildung nicht hinreichend berücksichtigt. Dieses Einsatzfeld setzt in hohen Maßen zusätzliche komplexe Expertise voraus, die sich von den notfallmedizinischen Lerninhalten unterscheidet. Hier bedarf es einer zusätzlichen Qualifikation durch eine hochschulische Ausbildung (B. Sc.), die die kritische, reflexive und analytische Auseinandersetzung fördert und innovative wissenschaftsbasierte Lösungsansätze implementiert. Das Studium sollte acht Semester umfassen. Eine beschränkte Heilkundeerlaubnis insbesondere für die Behandlung von Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten wird durch diese akademische Ausbildung zusätzlich zum bisherigen Tätigkeitsfeld von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern erworben.

Notfallsanitäterinnen und -sanitäter sollen in Zukunft verstärkt ihre eigene Berufsausübung gestalten und Teil von Governance-Systemen sein, die Patientensicherheit gewährleisten.

Notärztliche Funktionen

Differenzierung und angepasste Fortbildungserfordernisse

Aufgrund fehlender bundes- oder nur eingeschränkter landesrechtlicher Regelungskompetenz ist die Variationsbreite notärztlicher Strukturen, Weiterbildungsvorgaben und Einsatzfelder ausgeprägt.

64 Näheres zum Berufsbild siehe Deutsches Netzwerk APN & ANP e. V.: https://dnapn.de/ (abgerufen am 02.07.2024)

65 Näheres zum Berufsbild siehe Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/index.php (abgerufen am 02.07.2024)

66 Näheres zum Berufsbild siehe z. B. Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.: https://www.haev.de/themen/haeppi und Bayerischer Hausärzteverband e. V.: https://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/aktuell/praxisinfo/praxisinfo/1438-so-koennen-mfa-studieren (beide abgerufen am 02.07.2024)

Die Vorgaben der Bundesärztekammer für die Fachkunde Rettungsdienst werden inzwischen vielerorts nicht mehr als hinreichende Qualifikation für den eigenverantwortlichen Einsatz als Notärztin bzw. Notarzt betrachtet. In Ländern wie Berlin wird auch die Zusatzweiterbildung für Notfallmedizin allein als nicht ausreichend angesehen und durch weitere Ausbildungsmodule ergänzt: Auf den hohen Stellenwert von Simulationsverfahren in der Notfallmedizin wird ergänzend verwiesen.[67] Andererseits wird in NRW und einigen ländlichen Regionen anderer Länder die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin aufgrund von Personalmangel nicht durchgängig eingefordert und nur die Fachkunde als ausreichend betrachtet. Eine differenzierte und der ärztlichen Wissensbreite angemessene Struktur der notärztlichen Versorgung ist dort nicht darstellbar, wäre aber durch eine Zusammenführung von Rettungsdienstbereichen in größere Einheiten möglich. Es wird inzwischen aber nicht nur in ländlichen Regionen zunehmend schwieriger, genügend hinreichend qualifiziertes notärztliches Personal zu gewinnen.

Als Beispiel für ein Zielbild der notärztlichen Versorgung in großen Rettungsdienstbereichen wird auf die gestufte Struktur und differenzierten Qualifikationsanforderungen der Berliner Feuerwehr verwiesen (Tabelle 2).

TABELLE 2: **Qualifikationsanforderungen an Berliner Notärzte**

	Junior EMS Physician (JEMS-P)	EMS Physician (EMS-P)	Senior EMS Physician (SEMS-P)
Voraussetzungen	Anforderungen der Weiterbildungsordnung Berliner Ärztekammer vollständig erfüllt	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
	GNB, GS1, Digitalfunk, Einweisung nach MPG	GNB, GS1, Digitalfunk, Einweisung nach MPG	GNB, GS1, Digitalfunk, Einweisung nach MPG
	Gültiges Zertifikat erweiterte Reanimationsmaßnahmen, gültiges Zertifikat präklinische Traumaversorgung, Kindernotfallkurs, Notfallsonographiekurs, DIVI-Kurs Intensivtransport	Gültiges Zertifikat erweiterte Reanimationsmaßnahmen, gültiges Zertifikat präklinische Traumaversorgung, Kindernotfallkurs, Notfallsonographiekurs, DIVI-Kurs Intensivtransport	Gültiges Zertifikat erweiterte Reanimationsmaßnahmen, gültiges Zertifikat präklinische Traumaversorgung, Kindernotfallkurs, Notfallsonographiekurs, DIVI-Kurs Intensivtransport
			3-jährige Erfahrungszeit im Notfallarztdienst (alternativ 2.500 Einsätze im Notarztdienst bei abgeschlossener Facharztweiterbildung in einem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung)
Grundsätzliche maximale Einsatzdauer	6 Monate	Keine	Keine
Dienste NEF pro Monat	12	Mindestens 3	Mindestens 3
Sonstige Tätigkeit	Sonder- und Spitzenbedarf	Sonder- und Spitzenbedarf	Sonder- und Spitzenbedarf, TNA, LNA

GNB Grundkurs Notarzt Berlin, **GS 1** Großschadenskurs 1, **MPG** Medizinproduktegesetz, **TNA** Telenotarzt, **LNA** Leitender Notarzt, **DIVI** Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
Quelle: Breuer et al. (2023), siehe Fußnote 19, S. 605

BertelsmannStiftung

67 Vgl. Wrobel, M., Armbruster, W., Gräsner, J.-T., Prückner, S., Beckers, S., Breuer, G., Corzillius, M., Heinrichs, M., Hoffmann, F., Hossfeld, B., Landsleitner, B., Reifferscheid, F., Strauss, A., von Spiegel, T., und Marung, H. (2017): Simulationstraining in der notfallmedizinischen Weiterbildung – Reisensburger Erklärung zu simulationsbasierten Einsatzpraktika in der Musterweiterbildungsordnung Notfallmedizin. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin 58, S. 274–285

Notärztliche Kompetenz setzt nicht allein formale Kriterien wie Zusatzbezeichnungen oder absolvierte Kursangebote voraus, sondern basiert ganz wesentlich auf der Routine und Fähigkeit, in besonders schwierigen Fällen, die zudem nur selten auftreten, auch unter widrigen Umständen spezialisierte notfallmedizinische Leistungen routinemäßig erbringen zu können. Dazu bedarf es eines kontinuierlichen Trainings solcher Notfallsituationen, z. B. durch regelmäßigen Einsatzdienst, Simulationen oder eine Tätigkeit auf Intensivstationen und zentralen Notaufnahmen. Routine und Kompetenzerhalt müssen gleichgewichtig zum Kompetenzerwerb eingefordert und belegt sein.

Neben einer notfallmedizinischen Exzellenz bedarf es besonders in den anspruchsvollen notärztlichen Einsätzen eines ausgeprägten Verständnisses von Teamwork und Leitung, also einer guten Governance, deren Einübung und Vorhaltung zu erwerbende Voraussetzung und Teil von permanenter Weiter- und Fortbildung sein müssen.

Zur Sicherung eines einheitlichen, jederzeit zu gewährleistenden notfallmedizinischen Facharztstandards kann der supervidierende und substituierende Einsatz von rettungsdienstlich besonders erfahrenen Notärztinnen und Notärzten sowie Oberärztinnen und Oberärzten (Senior EMS Physicians) insbesondere dort sinnvoll sein, wo noch weniger erfahrene Notärztinnen und Notärzte (Junior EMS Physicians) bspw. in Ausbildung eigenverantwortlich tätig sind. Die Unterstützung kann auch telemedizinisch erfolgen.

Mehrere Bundesländer haben die flächendeckende Einführung von Telenotärztinnen und -ärzten als Ergänzung, Unterstützung und Ersatz für notärztliche Vor-Ort-Einsätze vorgenommen.[68] Auch hier sind unterschiedliche Qualifikationsanforderungen vorgesehen. Als Orientierung können die Absolvierung des Curriculums „Telenotarzt/Telenotärztin“ der Bundesärztekammer[69] sowie die Einhaltung der S2e-Leitlinie „Telenotfallmedizin“[70] herangezogen werden.

Eine einheitliche Vorgabe für die notärztliche Qualifikation in der Luftrettung fehlt ebenfalls.

Die Bedeutung der Institution der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) in der fachlichen Standardsetzung und berufsspezifischen Ausgestaltung der Notfallrettung wurde bereits beschrieben.[71] Diese anspruchsvolle Funktion kann nicht allein von einer einzelnen Person (ÄLRD) wahrgenommen werden, sondern ist als personell ausreichend ausgestattetes, multiprofessionelles Team mit einer hervorgehobenen Qualifikation aller Mitglieder so auszugestalten, dass die steuernde und normsetzende Tätigkeit jederzeit auch im Einsatz zu erfüllen ist. (Akademisierte) Notfallsanitäterinnen und -sanitäter und andere (akademisierte) Gesundheitsberufe sollten hier ebenfalls mitwirken.

Zusätzlich zur fachlichen Leitung sollten die ÄLRDs im Einsatz und auch organisatorisch gesamtverantwortlich für den Rettungsdienst, das darin tätige Personal sowie für alle die Patientinnen und Patienten betreffenden Belange zuständig sein.

Die Bundesärztekammer hat zuletzt 2013 die „Empfehlung zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ veröffentlicht, die auch die fachlichen Voraussetzungen des ÄLRD bestimmt. Neben anderen Voraussetzungen werden als spezifische Vorgaben eine 40-stündige Fortbildung („Seminar Ärztlicher Leiter Rettungsdienst – Qualifikationsseminar zum ÄLRD“) und zusätzlich ein zehnstündiges Qualifikationsseminar für ÄLRDs[72] vorgegeben, die vom Expertenpanel als nicht hinreichend angesehen werden. Wie z. T. schon in großen Rettungsdienstbereichen praktiziert, ist die Fortbildung auf mindestens 240 Stunden pro teilnehmende ärztliche Fachkraft zu erweitern. Sie hat neben den Prinzipien und der Praxis des Qualitätsmanagements auch die Inhalte des Katastrophenschutzes und der Verwaltungslehre stärker zu berücksichtigen, ähnlich der Vermittlung im Rahmen der Qualifizierung für den höheren feuerwehrtechnischen Dienst.

68 Zum Beispiel NRW, Niedersachsen und Hessen

69 Aufzurufen über Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-fortbildung/baek-curricula (abgerufen am 02.07.2024)

70 Aufzurufen über AWMF online – Portal der wissenschaftlichen Medizin: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-037 (in Überarbeitung) (abgerufen am 02.07.2024)

71 Siehe Seite 25

72 Vgl. Bundesärztekammer (2014): Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) – Stand 12.12.2014; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empf_Qualifikation_AELRD_12122014.pdf (abgerufen am 02.07.2024)

Die wirksame und dauerhafte Umsetzung der Regelungen des NotSanG zu den Kompetenzen des Fachpersonals durch die ÄLRD ist, mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, unerlässlich.

Einsatz von notärztlicher Kompetenz

Im internationalen Vergleich erfolgen notärztliche Einsätze in Deutschland sehr häufig. Die jeweiligen bundesweiten, länderbezogenen sowie z. T. regional entwickelten Notarztindikationskataloge sind weit gefasst und unterscheiden sich untereinander, was auf nicht abgesicherte Evidenz hindeutet. Ziel muss es sein, zeitgemäße Kataloge nach dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft und den jeweils aktuellen Leitlinien in die standardisierten Notfallabfragesysteme zu integrieren und konstant auf ihre Evidenz hin zu aktualisieren. Entsprechend der aktuellen, stehenden Rechtsprechung sind auch medizinisch zu definierende Schutzziele zur rechtssicheren Planung und Umsetzung erforderlich, die zur fachgerechten Versorgung bei definierten notfallmedizinischen Zustandsbildern eingehalten werden müssen. Entsprechende Kataloge und standardisierte Abfragesysteme sollten im Einklang mit den jeweils aktuellen maßgeblichen notfallmedizinischen Leitlinien stehen und die notwendigen Handlungs- und Kompetenzkorridore konkretisieren.

Rettungsbezogene Standardsituationen in Fällen der Kategorien 3 und 4 sollen, wie im Ausland üblich[73, 74], auch in Deutschland von den durch ihre Ausbildung qualifizierten Notfallsanitäterinnen und -sanitätern grundsätzlich ohne notärztliche Begleitung wahrgenommen werden. Eine (tele-)notärztliche Unterstützung zur Entscheidungsunterstützung oder Beratung sollte im Sinne eines Back-ups jederzeit hinzugezogen werden können. Nur komplexe Indikationen, Differenzialdiagnostik und besonders invasive Interventionen in Fällen der Kategorien 5 und 6 oder solche, die spezielle Kenntnisse in schwierigen Situationen erfordern[75], lassen den breiten notärztlichen Einsatz grundsätzlich sinnvoll erscheinen.

In speziellen Notfällen kann außerdem die Hinzuziehung von spezialisierter notärztlicher Kompetenz (z. B. neonatologische Fachärztlichkeit) geboten sein.

Die notärztliche Tätigkeit als höchste medizinische Qualifikationsstufe des Rettungsdienstes ist mit abgestufter Qualifikation und klaren Funktionsbeschreibungen vom Junior EMS Physician bis zum Mitglied im Team des ÄLRD in jedem Rettungsdienstbereich differenziert vorzuhalten und für die jeweiligen Aufgaben entsprechend zu qualifizieren. Die bisherigen Fort-/Weiterbildungsvorgaben der Bundesärztekammer sind für eine prähospitale, notfallmedizinische Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft nicht mehr zeitgemäß.

Dem Beispiel anderer Staaten folgend, wird die persönliche notärztliche Präsenz am Einsatzort auf besonders komplexe Indikationen (Fälle der Kategorien 5 und 6) beschränkt, während die Fälle der Kategorien 1 bis 4 von jeweils dafür qualifizierten Notfallsanitäterinnen und -sanitätern übernommen werden können. Flächendeckend ist mindestens eine telenotärztliche Unterstützung jederzeit zu gewährleisten. Für Notärztinnen und Notärzte im Einsatz muss zur Gewährleistung eines umfassenden notfallmedizinischen Facharztstandards auch die Hinzuziehung besonders erfahrener Notärztinnen und Notärzte zur Unterstützung am Notfallort gewährleistet sein.

Ein verbindliches Qualitätsmanagementsystem ist, auch durch die Definition von indikationsgebundenen medizinischen Schutzzielen, in der Verantwortung der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Stab vorzugeben.

73 Vgl. Strobel et al. (2024), siehe Fußnote 34

74 Vgl. Nowak-Zając, K., Domagała, A., Bielska, I. A., und Kowalska-Bobko, I. (2024): New paramedic scope of practice in Poland based on the 2022 reform. In: Health Policy 143, Mai 2024, 105015; https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000253?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=86e7f37d4ac058ea (abgerufen am 02.07.2024)

75 Beispiele: das Legen eines intravenösen Zugangs durch Leistenpunktion bei Kindern im Schockzustand, die polytraumatische Erstbehandlung bei vitaler Gefährdung oder die Intubation eines Frühgeborenen

Zusammenfassung

Auf Einladung der Bertelsmann Stiftung befasste sich ein hochrangiges Expertenpanel aus allen Berufen und Bereichen des Rettungswesens mit der Frage, ob die im Rettungswesen eingesetzten beruflichen Qualifikationen zeitgemäß sind oder ob eine Neujustierung der Aufgabenzuweisung und Kooperationen angesichts sich verändernder Rahmenbedingungen angezeigt wären.

Im Ergebnis werden – neben detaillierten Empfehlungen – folgende strukturelle und berufsbildbezogene Reformbedarfe gesehen, die zeitnah im Rahmen von Reformen im Bereich der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes sowie von Berufsreformen im Bereich der Gesundheitsberufe bzw. in entsprechenden Abstimmungsformaten der Länder aufgegriffen werden sollten:

1. Die heutige Aufgabenverteilung zwischen den Berufen des Rettungsdienstes zeichnet sich durch fehlende Standardisierung und eine fachlich nicht zu rechtfertigende Varianz in der Aufgabenzuweisung aus. So unterscheiden sich die Ausbildungen oder die erforderlichen Qualifikationen nicht nur föderal, sondern z. T. regional. Gleiches gilt für die in den Rettungsleitstellen geltenden ungleichen Verfahrensregeln und Abfragesysteme sowie für nicht kompatible digitale Unterstützungstools. Es bedarf deshalb einheitlicher und mit einem finanziellen Anreiz versehener Vorgaben, die eine bundes- bzw. landeseinheitliche Standardisierung unterstützen.

2. Die notwendige fachliche, technische und personelle Ausstattung von Integrierten Leitstellen ist ökonomisch und personell am ehesten in größeren Leitstellen oder Leitstellenverbünden mit einem planerischen Einzugsgebiet von 500.000, besser von 1 Mio. Einwohnenden oder mit einer Mindestzahl von bearbeiteten Hilfeersuchen (bspw. mindestens 100.000 pro Jahr) darstellbar. Eine Konzentration der Leitstellen bzw. ein technischer und organisatorischer Zusammenschluss in Leitstellenverbünden ist deshalb aus qualitativer Sicht geboten. Eine Ausdifferenzierung und Konkretisierung der Tätigkeitsprofile des Leitstellenpersonals (insbesondere Calltakerin/Calltaker, Dispatcherin/Dispatcher und Disponentin/Disponent) ist mit Blick auf sich verändernde Rahmenbedingungen der Bearbeitung von Hilfeersuchen (z. B. Einführung von standardisierten Notrufabfragen) angezeigt.

TABELLE 3: **Vergleich Ist-Struktur und Zielmodell der Zuteilung rettungsdienstlicher Kompetenzen im Einsatzspektrum**

Kategorie*	Fallbeispiel	**Aktuelle Struktur:** Einsatzmittel auf Grundlage des Rettungsdienstes	**Zukünftige Struktur:** Einsatzmittel des Rettungsdienstes
1	Lumbago, gastrointestinale Infektion	Einsatzmittel mit Rettungssanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (KTW), teilweise N-KTW, teilweise Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW) Soweit vorhanden: Gemeindenotfallsanitäterin bzw. -sanitäter Sofern möglich: Weiterleitung an Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen	Akademisierte Notfallsanitäterin bzw. akademisierter Notfallsanitäter, SAPV-Teams, Notfallpflege-Teams, psychiatrische Nothilfe und Weiterleitung an Krisendienst/Sozialdienst und Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen
2	Transportanforderung	Einsatzmittel mit Rettungssanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (KTW), teilweise N-KTW, teilweise RTW	Einsatzmittel mit Rettungssanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (KTW), teilweise N-KTW
3	Sturz/Absturz (mglw. gefährliche Körperregion)	Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW), teilweise N-KTW	Einsatzmittel mit (akademisierter) Notfallsanitäterin bzw. (akademisiertem) Notfallsanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW), teilweise N-KTW
4	Verbrennungen < 18 % KOF	Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW) überwiegend mit (tele-) notärztlicher Unterstützung (NEF)	Einsatzmittel mit (akademisierter) Notfallsanitäterin bzw. (akademisiertem) Notfallsanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW), anlassbezogen mit (tele-) notärztlicher Unterstützung
5	Krampfanfall bei ineffektiver Atmung	Einsatzmittel mit Notärztin bzw. Notarzt als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (NEF) und Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)	Einsatzmittel mit Notärztin bzw. Notarzt als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (NEF) und Einsatzmittel mit (akademisierter) Notfallsanitäterin bzw. (akademisiertem) Notfallsanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW)
6	Herz-Kreislauf-Stillstand	Einsatzmittel mit Notfallsanitäterin bzw. -sanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW) sowie zusätzlich notärztlich besetztes Einsatzmittel (NEF) Soweit vorhanden und möglich: Einsatzmittel des Rettungsdienstes, der freiwilligen Feuerwehr, der Polizei und mithilfe smartphonebasierter Systeme alarmierte Ersthelfende zur überbrückenden/unterstützenden Hilfe zusätzlich	Einsatzmittel mit Notärztin bzw. Notarzt als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (NEF) und Einsatzmittel mit (akademisierter) Notfallsanitäterin bzw. (akademisiertem) Notfallsanitäter als medizinisch verantwortlicher Einsatzkraft (RTW) sowie vorab Einsatzmittel des Rettungsdienstes, der freiwilligen Feuerwehr, der Polizei und mithilfe smartphonebasierter Systeme alarmierte Ersthelfende zur überbrückenden/unterstützenden Hilfe

* Die genaue Unterteilung der nicht-linearen Kategorien 1–6 werden auf den Seiten 19 ff. erläutert.
Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

3. Die Rettungssanitäter-Ausbildung ist mindestens um zwei Monate zu verlängern und in Anlehnung an die Notfallsanitäter-Ausbildung zu modularisieren, um die durch die erweiterte Notfallsanitäter-Qualifikation entstandene fachliche Diskrepanz zu reduzieren und die Rettungssanitäterinnen und -sanitäter umfassender für den Einsatz als Unterstützung von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern im Bereich der Einsätze der Kategorien 4, 5 und 6 zu befähigen. Auf KTW und N-KTW werden Rettungssanitäterinnen und -sanitäter wie gehabt die Kategorie 2 eigenständig verantworten.

4. Das Expertenpanel stellt fest, dass durch die Einführung des Notfallsanitätergesetzes vor rund zehn Jahren für dieses Berufsbild eine qualitative Verbesserung erreicht werden konnte, die kontinuierlich rechtlich erweitert wurde. Dementsprechend ist es gerechtfertigt, Notfallsanitäterinnen und -sanitätern eine höhere eigenständige Verantwortung zu übertragen und den breiten Einsatz notärztlicher Kompetenz am Einsatzort grundsätzlich auf die Fälle der Kategorien 5 und 6 zu beschränken. Solche erweiterten Berufsperspektiven können dazu beitragen, Notfallsanitäterinnen und -sanitäter längerfristig im Beruf zu halten.

5. Der flächendeckende Ausbau von telenotärztlicher Kompetenz erleichtert diese erweiterte Kompetenz der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, ist aber auch für notärztliche Einsätze in speziellen Situationen geboten.

6. Die heutige Notfallsanitäter-Ausbildung berücksichtigt die zunehmende Zahl an Fällen der Kategorie 1 nicht in ausreichendem Maße. Die fachlichen Anforderungen an die dort benötigten differenzialdiagnostischen Fähigkeiten und Therapiebedarfe unterscheiden sich von den bisher vermittelten Grundlagen für Fälle der Kategorien 2, 3 und 4. Daher schlägt das Panel vor, alternativ zur fachschulischen Ausbildung, die sich auf die Fälle der Kategorien 2 bis 4 sowie auf die Unterstützung von Notärztinnen und Notärzten bei Einsätzen der Kategorien 5 und 6 konzentriert, zusätzlich eine akademisierte Ausbildung zur Notfallsanitäterin B. Sc. bzw. zum Notfallsänitäter B. Sc. einzuführen, die fachlich umfassend für das gesamte Notfallspektrum qualifiziert. Damit sind Notfallsanitäterinnen B. Sc. und Notfallsanitäter B. Sc. insbesondere auch in den Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie auf die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten eigenständig handlungsfähig. Durch die Akademisierung können sich insbesondere an der Schnittstelle der rettungsdienstlichen Notfallversorgung und des Kassenärztlichen Notdienstes gemeinsame Einsatzformen mit gegenseitiger Akzeptanz und nachhaltiger Wirksamkeit bzw. Verlässlichkeit und Effizienz entwickeln.

7. Notärztliche Kompetenz als höchste Qualifikation im Rettungsdienst ist stärker zu differenzieren und auf höherem Niveau weiterzubilden. Das Team um die ÄLRD (Ärztliche Leitung Rettungsdienst) ist zu stärken und verantwortlich für die Umsetzung von einheitlichen oder durch Fachgesellschaften vorgegebenen Standards, für das fachliche evidenzbasierte Qualitätsmanagement sowie organisatorisch und operativ für die Gewährleistung der Patientenversorgung nach dem Stand der jeweils aktuellen notfallmedizinischen Wissenschaft. Die Mitarbeit in einer ÄLRD stellt eine Entwicklungsperspektive für (akademisierte) Notfallsanitäterinnen und -sanitäter dar.

Für die ausführlichen Empfehlungen zu den jeweiligen Berufsgruppen wird auf die Zusammenfassungen am Ende der jeweiligen Kapitel verwiesen.

Abkürzungen

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ÄLRD	Ärztliche Leitung Rettungsdienst
AMG	Arzneimittelgesetz
BA	Bachelor of Arts
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B. Sc.	Bachelor of Science
DBRD	Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V.
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
DGRe	Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNB	Grundkurs Notarzt Berlin
GS 1	Großschadenskurs 1
IfSG	Infektionsschutzgesetz
INZ	Integriertes Notfallzentrum
JEMS-P	Junior Emergency Service Physician
KOF	Körperoberfläche
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LNA	Leitender Notarzt
MPG	Medizinproduktegesetz
MSH	Medical School Hamburg
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
N-KTW	Notkrankentransportwagen
NotSanG	Notfallsanitätergesetz
POCUS	Point-of-Care-Ultraschall
RettSanG	Rettungssanitätergesetz
RIKS	Rettungsdienst Informations- und Kommunikationssystem
RKiSH	Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein
RTW	Rettungswagen
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
TNA	Telenotarzt
ZB	Zusatzbezeichnung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

BertelsmannStiftung