

FÜRTHNER

GESPRÄCHE

EXPERTENFORUM FÜR DEN RETTUNGSDIENST

17. und 18. Februar 2023

Forderungen an Politik und Gesellschaft

Zukunftsfähig

denken | entscheiden | handeln

i | nob

Institut für
notfallmedizinische
Bildung

INHALT

Ergebnisse der Fürther Gespräche – Kurzzusammenfassung	S. 4–5
Ausgangslage	S. 6
Ziel der Fürther Gespräche	S. 6
Zentrales Ergebnis und Schwerpunktthemen	S. 7
THESE 1: Anforderungen und Versorgungsbedarfe → Lösungsansätze	S. 8
THESE 2: Prävention und erweiterte Versorgungskomponenten → Lösungsansätze	S. 9–10
THESE 3: Durchgängige digitale Rettungskette mit interoperablem Datenaustausch → Lösungsansätze	S. 11
THESE 4: Integrierte Leitstellen und vernetzte Gesundheitsdienstleistung → Lösungsansätze	S. 12
THESE 5: Personalbindung und -entwicklung → Lösungsansätze	S. 13
THESE 6: Berufs- und Qualifikationsniveaus → Lösungsansätze	S. 14–15
THESE 7: Notarztqualifizierung und Einsatz von Notärztinnen und Notärzten → Lösungsansätze	S. 16
Beteiligte Experten	S. 17–18
Literatur	S. 19

ERGEBNISSE DER FÜRTHNER GESPRÄCHE – KURZZUSAMMENFASSUNG

Bei den 1. Fürthner Gesprächen unter Federführung des
Instituts für notfallmedizinische Bildung
war ein Schwerpunktthema die
„Theorie und Praxis rettungsdienstlicher Kompetenzentwicklung“.

Dabei stand die Frage im Vordergrund:

**Wie können wir sowohl unter den
aktuellen krisenhaften Rahmenbedingungen
und auch in Zukunft auf allen Ebenen
eine professionelle und kompetente Notfallversorgung
im Rettungsdienst sicherstellen?**

7 THESEN

Die Teilnehmer haben sich auf die **aktuellen
Herausforderungen der Notfallversorgung** fokussiert
und dazu **7 Thesen als Forderungen** formuliert,
die unterstützt durch einen

„Aktionsplan Rettungsdienst“

umgesetzt werden sollen.

Mit diesem Aktionsplan könnten konkrete Maßnahmen auf
Bundes- und Landesebene formuliert werden, die den aktuellen,
komplexen Herausforderungen angemessen sind.

Die Thesen werden in einer ausführlichen Version des Positionspapiers
hinsichtlich möglicher Lösungsansätze differenzierter ausgeführt.

THESE 1: Anforderungen und Versorgungsbedarfe

Die Dienste und Berufe im Versorgungsbereich Rettungsdienst sind an die aktuellen Anforderungen der Patientenversorgung anzupassen. Nicht jedes Hilfesuchen ist ein lebensbedrohlicher Notfall und muss nicht durch Rettungswagen und Notärzte versorgt werden. Mit einer kontinuierlichen Analyse der beruflichen Handlungsfelder sowie der Analyse möglicher Versorgungs- und Systemstrukturen, sind die Versorgungsbedarfe im Rahmen konkreter Forschungsprojekte mit Hochschulen und den Organisationen des Rettungsdienstes zu ermitteln und bedarfsgerecht zu decken. Die dafür erforderlichen Qualifikationen sind an diese Versorgungsbedarfe anzupassen.

THESE 2: Weitere Versorgungskomponenten

Der reaktive Grundcharakter des Rettungsdienstes muss um aufsuchende und systemergänzende Versorgungskomponenten erweitert werden, um ein auf die Anforderungen angepasstes Versorgungsangebot zu etablieren und den Ressourceneinsatz zu spezifizieren. Die Versorgungs- und Strukturbedarfe sind den beteiligten Akteuren der Gesundheitsversorgung zuzuordnen und Zuständigkeiten eindeutig zu regeln.

THESE 3: Durchgängige digitale Rettungskette mit interoperablem Datenaustausch

Eine Digitalisierungsstrategie modernisiert die Rettungskette und macht sie transparent. Ein landes-, besser bundesweites Notfallregister muss etabliert werden. Dieses muss die außerklinischen und klinischen Versorgungsstrukturen verknüpfen, so dass eine echte Qualitätssicherung möglich ist und eine durchgängig patientensichere Versorgung gewährleistet werden kann.

Ein interoperabler Datenaustausch zwischen der Integrierten Leitstelle, dem Rettungsdienst, den Kliniken, dem ambulanten Sektor und Apotheken muss eingeführt werden.

THESE 4: Integrierte Leitstellen und vernetzte Gesundheitsdienstleistungen

Der erste medizinische Kontakt muss alle Versorgungsbedarfe steuern und/oder behandeln! Die Integrierte Leitstelle muss weiterhin den Bereich Brand-, Katastrophen- und Bevölkerungsschutz abdecken. Die jetzigen Integrierten Leitstellen müssen zu einer Gesundheitsleitstelle weiterentwickelt werden, die die unterschiedlichen Versorgungsdienste steuert. Sie braucht dafür ein taktisches Weisungsrecht gegenüber den vernetzten Gesundheitsdienstleistern.

THESE 5: Personalbindung und -entwicklung

Attraktive Tätigkeitsprofile und Entwicklungsmöglichkeiten schaffen Perspektiven zum Verbleib der RettungsdienstmitarbeiterInnen in der patientennahen Notfallversorgung. Arbeitszeitformen sind lebensphasen- und familiengerecht zu flexibilisieren und die MitarbeiterInnenzufriedenheit ist mit einer werteorientierten Führungs- und Arbeitskultur zu fördern. Eine mitarbeiterInnen- und aufgabenorientierte Führungskultur erfordert eine verpflichtende und staatliche anerkannte Führungskräfteentwicklung.

THESE 6: Berufs- und Qualifikationsniveaus

Basierend auf umfassenden Berufsfeldanalysen und den dabei identifizierten Versorgungsbedarfen müssen unterschiedliche Berufe und Qualifikationsniveaus entwickelt und etabliert werden. Der Rettungsdienst benötigt ein mehrstufiges, durchlässiges Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem, um den Anforderungen der beruflichen Handlungsfelder und der Lebensplanung der Einsatzkräfte bestmöglich gerecht zu werden.

THESE 7: Notarztqualifizierung und Einsatz von Notärztinnen und Notärzten

Hochqualifizierte notärztliche Kompetenz muss gezielt dort eingesetzt werden, wo sie zusätzliche Qualität in der Versorgung einbringt. Die Qualifizierung von Notärztinnen und Notärzten muss dementsprechend an die besonderen und hohen Anforderungen des Tätigkeitsfeldes adaptiert werden.

AUSGANGSLAGE

Der Rettungsdienst ist ein wichtiger Anker der notfallmedizinischen Versorgungskette und somit auch unserer Gesellschaft. Er leidet aktuell, wie andere Versorgungsstrukturen auch, unter den ungünstigen Rahmenbedingungen

unseres Gesundheitssystems und den Veränderungen in unserer Gesellschaft. Das Gesamtsystem ist komplex und die Herausforderungen an den Rettungsdienst nehmen stetig zu.

Wiederkehrende Schlagworte sind:

**„Der Rettungsdienst ist im Ausnahmezustand! Der Rettungsdienst kollabiert!
Der Rettungsdienst bricht zusammen! Der Rettungsdienst ist überlastet“**

Die Praxis spricht eine klare Sprache, welche wir als deutliches Warnsignal und „Hilferuf“ sehen. Den Rettungsdienst attraktiv, leistungsfähig und effizient zu entwickeln bedarf enormer Anstrengungen und vor allem klarer Ziele. Die

Fürther Gespräche bieten eine Plattform, auf der Ideen, Konzepte und Realisierungsmöglichkeiten durch ExpertInnen diskutiert und in zukunftsweisenden Thesen zusammengefasst werden.

ZIEL DER FÜRTHER GESPRÄCHE

Das Institut für notfallmedizinische Bildung – Rettungswesen, Medizin & Pflege, Patientensicherheit und Gefahrenabwehr, möchte durch seine Initiative, gemeinsam mit den beteiligten ExpertInnen einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung leisten und die Kompetenzentwicklung von morgen nachhaltig verändern. Innovative Schritte und Entwicklungen nach vorne sind wichtig. Innovation braucht dafür Austausch und Diskurs.

Bei den Fürther Gesprächen zur „Theorie und Praxis präklinischer Kompetenzentwicklung“ sind dafür Akteure zusammengekommen, die aktuelle Anforderungskonflikte im All-

tag außerklinischer Versorgung, beruflicher Qualifizierung und dem Lernen als System innerhalb der Gesundheitsversorgung erkennen, benennen und dafür Lösungsansätze entwickeln. Mit Hilfe dieser Erkenntnisse sollen der Status Quo sowie Entwicklungsbedarfe, aber auch Chancen innerhalb des außerklinischen Systems der Notfallversorgung inklusive seiner Schnittstellenpartner sichtbar gemacht werden. Zusammengefasst in 7 Thesen können damit den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen Orientierungspunkte benannt werden, auf die sich die teilnehmenden ExpertInnen konzentriert haben.

Dabei trägt die Leitfrage:

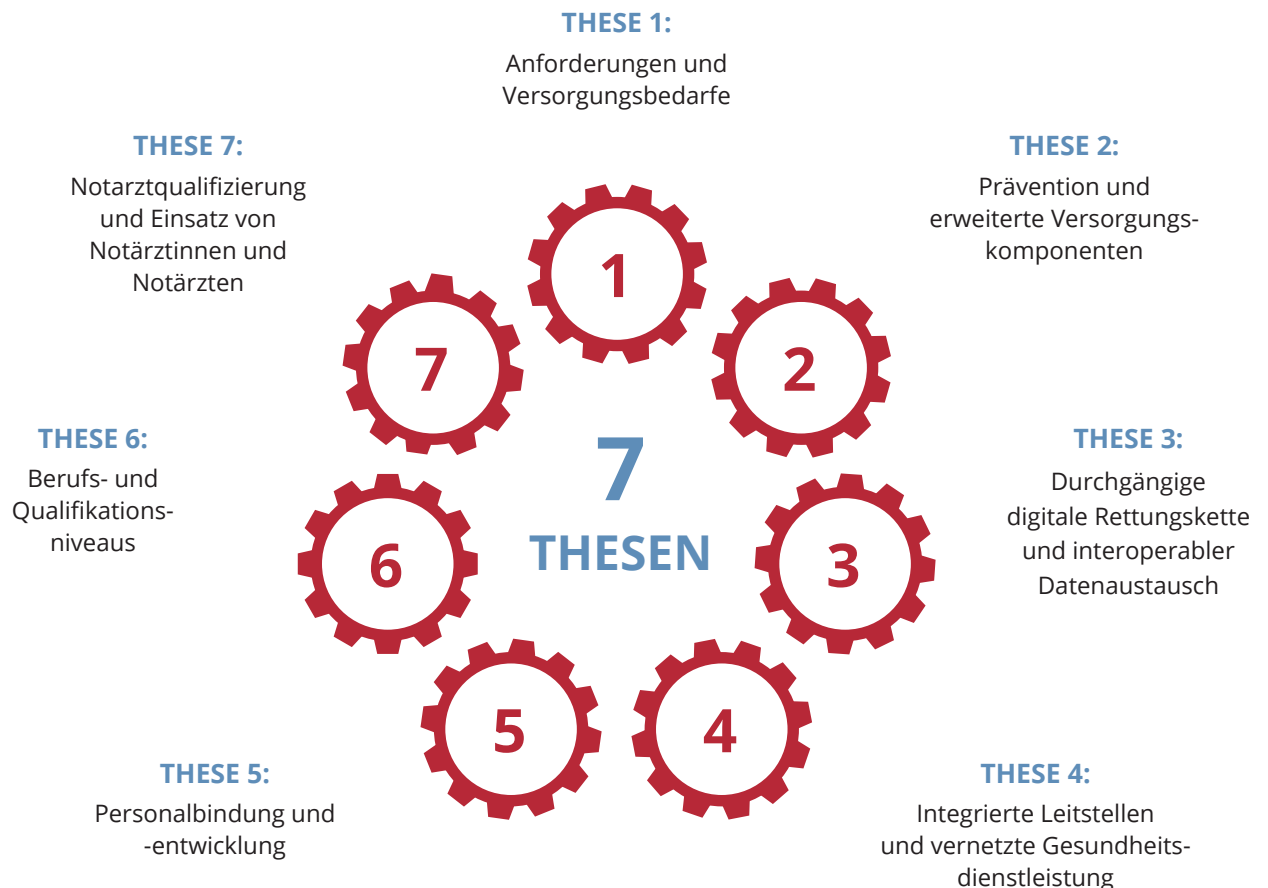
Wie kann eine auf allen Ebenen professionelle und kompetente prä- und außerklinische Notfallversorgung sichergestellt werden?

Die Politik hat den dafür erforderlichen Reformbedarf schon länger im Blick, wie die „Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ (2023) oder das Expertenteam der Universität Maastrich zur „Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland“ (2022)

zum Ausdruck bringen. Unser Anliegen ist es, diesen Empfehlungen und Einschätzungen eine Präzisierung mit einer deutlich pädagogischen Akzentsetzung an die Seite zu stellen. Dabei trägt der Blick auf das System der Notfallversorgung in seinem lernenden Charakter und seiner Systemveränderung.

ZENTRALES ERGEBNIS UND SCHWERPUNKTTHEMEN

Die ExpertInnen haben sich auf Themen fokussiert, von denen ein besonderer Impact auf die aktuelle Situation im Rettungsdienst erwartet wird. Die 7 Thesen greifen dabei wie ein Zahnrad ineinander und beinhalten Überschneidungsbereiche. Sie repräsentieren damit die Komplexität des Systems.



Als Resümee der 7 Thesen wurde im Rahmen der Fürther Gespräche die zentrale Schlussfolgerung formuliert, dass die beteiligten Akteure einen

„Aktionsplan Rettungsdienst“ von der Bundesregierung fordern.

Mit diesem Aktionsplan könnten konkrete Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene formuliert werden, die dem komplexen System angemessen sind und das Potential haben, Entwicklungs- und Qualifizierungsprojekte zwischen den Trägern des Rettungsdienstes, den durchführenden Organisationen und den klinischen sowie präklinischen Schnittstellenpartnern nachhaltig voranzubringen.

ANFORDERUNGEN UND VERSORGUNGSBEDARFE

Die Berufe des Rettungsdienstes sind an die aktuellen Anforderungen der Patientenversorgung anzupassen. Mit einer kontinuierlichen Analyse beruflicher Handlungsfelder sowie der Analyse möglicher Versorgungs- und Systemstrukturen, sind die Versorgungsbedarfe im Rahmen konkreter Forschungsprojekte mit Hochschulen und den Organisationen des Rettungsdienstes zu ermitteln und bedarfsgerecht zu decken. Qualifikationen sind an Versorgungsbedarfe anzupassen.

Lösungsansätze: Der Rettungsdienst ist in seiner Entwicklung eher starr geblieben und hat sich nicht mit den gesellschaftlichen Veränderungen weiterentwickelt. So entsprechen z. B. die Ausbildungsinhalte der zugeordneten Berufsbilder nicht der in der Realität abgeforderten Leistung. Die gesellschaftlichen Erwartungen an die präklinische Notfallversorgung haben sich verändert, sodass das Versorgungsangebot aktuell nicht bedarfsgerecht umgesetzt werden kann.

Konkrete systemische und konzeptionelle Veränderungen in der außerklinischen Notfallversorgung, benötigen die Analyse von unmittelbaren Versorgungsbedarfen in der Bevölkerung. Regelmäßige Berufsfeldanalysen sind dazu das Instrument, um ein valides Bild der aktuellen Versorgungssituation zu gewinnen. Dies schließt ein erweitertes Verständnis außerklinischer Versorgungskonzepte und -systeme ein, um den Rettungsdienst und die Berufe des Rettungsdienstes an

die aktuellen Anforderungen der Patientenversorgung anzupassen. Ergänzende und erweiterte Versorgungssysteme sind im Rahmen von Pilotprojekten zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu evaluieren. Es ist hervorzuheben, dass der Rettungsdienst aktuell gezwungenermaßen Aufgaben anderer Versorgungskomponenten übernimmt, wie z. B. der hausärztlichen Versorgung oder der Sozialdienste. Hier muss dringend geklärt werden, wer sich diesen Tätigkeiten im außerklinischen Versorgungssystem zukünftig widmet und wie diese konzeptionell berücksichtigt werden.

Sich ergebende Anpassungen an die Professionalisierung und Kompetenzentwicklung sind im Rahmen der Betrachtung der curricularen Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Fachweiterbildung von RettungsdienstmitarbeiterInnen einschließlich der NotärztInnen zu berücksichtigen (vgl. These 6; 7).

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Ermittlung von unmittelbaren Versorgungsbedarfen in der Bevölkerung durch Berufsfeldanalysen.
- Entwicklung eines erweiterten Verständnisses außerklinischer Versorgungskonzepte und -systeme zur Anpassung des Rettungsdienstes an die aktuellen Anforderungen der Patientenversorgung.
- Pilotprojekte für ergänzende und erweiterte Versorgungssysteme sowie deren Evaluation.
- Anpassung der Berufe des Rettungsdienstes und der dafür notwendigen curricularen Grundlagen zur Qualifizierung an die aktuellen Anforderungen der Patientenversorgung in einem Zeitfenster von jeweils fünf Jahren.

PRÄVENTION UND ERWEITERTE VERSORGUNGSKOMPONENTEN

Die Prävention als Versorgungsparadigma im Rettungsdienst lässt sich als systemstabilisierendes Merkmal identifizieren. Der reaktive Grundcharakter des Rettungsdienstes muss um aufsuchende und systemergänzende Versorgungskomponenten erweitert werden, um ein auf die Anforderungen angepasstes Versorgungsangebot zu etablieren und den Ressourceneinsatz zu spezifizieren. Die Versorgungs- und Strukturbedarfe sind den beteiligten Akteuren der Gesundheitsversorgung zuzuordnen und Zuständigkeiten eindeutig zu regeln.

Lösungsansätze: Der Rettungsdienst ist im Grundsatz ein reagierendes System und wird in Annahme von bestimmten Ereignissen nach dem Paradigma der schnellsten Versorgung nach Eintreffzeit vorgehalten. Die Ergänzung durch aufsuchende Angebote mit präventivem Charakter zur Deckung alternativer außerklinischer Versorgungsbedarfe ermöglichen den effektiveren Einsatz vorhandener Einsatzmittel und können dabei helfen, den Circulus vitiosus der ständigen Vorhalteeerhöhung zu durchbrechen. Alternative Versorgungssysteme als erweitertes Aufgabenspektrum sind im Rahmen der Analyse beruflicher Handlungsfelder (vgl. These 1) zu identifizieren, zu definieren und strukturell unter Berücksichtigung der Versorgungs- und Patientenbedarfe und dem Outcome auszugestalten. Entsprechende Einsatz- und Aufgabenbereiche, die über eine reine Primär- und Notfallversorgung hinausgehen, lassen sich international in anderen Versorgungssystemen identifizieren und begründen (vgl. Williams et al. 2022, S. 3561). Diese Alternativen sollen Freiräume für den eigentlichen Versorgungsauftrag des Rettungsdienstes schaffen und nicht einfach zusätzliche Aufgaben repräsentieren.

Alternative und präventive Angebote können umfassen:

- die Identifikation und Adressierung von PatientInnen ohne zeitkritischen Interventionsbedarf mit ergänzenden Systemkomponenten.
- die proaktive Kontaktaufnahme mit Risikogruppen und z.B. sogenannten „Frequent Caller“, die aufgrund ihrer persönlichen Situation oftmals einhergehend mit chronischen Erkrankungen, einem hohen Leidensdruck und begleitet von Angststörungen und Depression präventive Angebote benötigen (vgl. Breuer et al. 2022).

Diese Angebote können durch den Rettungsdienst (z.B. durch GemeindefallsanitäterInnen) oder durch andere Akteure im Gesundheitswesen (z.B. ein Community Nurse Konzept oder ein Akutpflegeteam) erbracht werden. Ein lokaler Bezug der Dienstleistenden mit der Bevölkerung muss gegeben sein, um der aktuellen Gesamtsituation einer sich weiterhin reduzierenden hausärztlichen Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können. Die konkreten Versorgungslücken müssen auf lokaler/regionaler Ebene identifiziert und mit passenden Konzepten bzw. Versorgungskomponenten geschlossen werden. Die Entlassung von PatientInnen aus der klinischen Versorgung muss über das aktuell bereits umgesetzte Entlassmanagement der Kliniken vor allem in der außerklinischen Versorgung konzeptionell und strukturell mitberücksichtigt werden. Eine digitale Vernetzung, transparente Verfügbarkeiten und eine Definition der Zuständigkeiten innerhalb des ambulanten Sektors, z.B. der hausärztlichen Versorgung und der Pflegedienste, muss erfolgen, so dass für die BürgerInnen die weitere Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt klar geregelt und organisiert ist. Das betrifft vor allem die Patientengruppe der chronisch kranken PatientInnen.

Zur bedarfsgerechten Versorgung sind weitere Qualitätsziele zu ermitteln und bei der Auswahl der Systemkomponenten mit einzubeziehen, z.B. durch die Implementierung erweiterter Versorgungskomponenten oder die Implementierung von speziellen Erstversorgungssystemen. Dafür sind zentrale Versorgungsziele für die Gesellschaft und den Rettungsdienst zu definieren, um die Disposition der Einsatzmittel nach Dringlichkeit und Lebensbedrohung zu gewährleisten. Erweiterte Versorgungskomponenten, z.B. eCPR, können unter bestimmten Rahmenbedingungen sinnvoll sein. Diese sollen aber außerhalb von Pilotprojekten nur bei entsprechender Evidenz zum Einsatz kommen.

Fortsetzung THESE 2

Prävention schließt darüber hinaus auch Bildung in den unterschiedlichen Stufen des Bildungssystems von der Kita, über die Grundschule, weiterführende Schule und die hochschulische Bildung ein. Prävention umfasst darüber hinaus grundlegende Informationen zum Gesundheitswesen in Deutschland, der Notfallrettung sowie Angebote zu lebensrettenden Sofortmaßnahmen zur Etablierung eines allgemeinen und wirkungsvollen Ersthelfersystems, was den Aspekt der Telefon-Reanimation als Teil der Förderung der Gesundheitsqualifikation der Bevölkerung umfasst. Dies kann auch zur Mündigkeit einer Gesellschaft beitragen, bedarfsgerecht Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems auszuwählen und aufzusuchen.

Eine flächendeckende ambulante (haus-)ärztliche Versorgung, auch in ländlichen Regionen, stellt die Basis für eine enge Patientenbindung dar. Mit einer koordinierten oder unter den ambulanten Gesundheitsdienstleistern abgestimmten Versorgung kann der stationäre Bereich und damit auch der Rettungsdienst deutlich entlastet werden. Die Vorhaltung eines 24/7 kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes könnte hier ein Lösungsansatz sein, um den Rettungsdienst vor unnötigen Einsätzen zu schützen. Viele Menschen kennen das Gesundheitssystem nicht in Gänze oder kennen aufgrund ihrer Herkunft kein Hausarztssystem. Für diese Menschen wäre hier in Akutfällen eine erste Anlaufstelle gegeben, die dann auch PatientInnen weiter in geregelte Versorgungsstrukturen führen kann.

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Der reaktive Grundcharakter des Rettungsdienstes muss um aufsuchende und systemergänzende Versorgungskomponenten mit z. T. präventivem Charakter erweitert werden.
- Alternative und präventive Versorgungsangebote sind zu identifizieren, zu entwickeln und dem Rettungsdienst sowie anderen Akteuren im Gesundheitswesen zuzuordnen.
- Identifikation und Definition von zentralen Versorgungs- und Qualitätszielen zur bedarfs- und ressourcengerechten außerklinischen Versorgung sind zu identifizieren und zu definieren.
- Bildung über das Gesundheitssystem Deutschlands, der Notfallrettung und lebensrettende Sofortmaßnahmen ist ein Grundpfeiler einer Präventionsstrategie und der Etablierung eines allgemeinen Ersthelfersystems.
- Eine flächendeckende besser koordinierte ambulante Versorgung durch z. B. eine 24/7 Bereitschaftsdienst und anderen außerklinischen Gesundheitsdienstleistern entlastet Kliniken und den Rettungsdienst.

THESE 3

DURCHGÄNGIGE DIGITALE RETTUNGSKETTE UND INTEROPERABLER DATENAUSTAUSCH

Eine Digitalisierungsstrategie sichert die Rettungskette. Ein bundesweites Notfallregister muss etabliert werden. Dieses muss die außerklinischen und klinischen Versorgungsstrukturen berücksichtigen und mit den wichtigen Qualitätsregistern verknüpft sein.

Ein interoperabler Datenaustausch in Echtzeit zwischen der Integrierten Leitstelle, dem Rettungsdienst, den Kliniken, dem ambulanten Sektor und Apotheken muss zukünftig umgesetzt werden.

Lösungsansätze: Die vielfältigen Aufgaben der präklinischen Gesundheitsdienstleister erfordern einen Datenaustausch in Echtzeit, um Kommunikationshürden zu überwinden und Wissenslücken zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung oder Behandlung auch am Ort des Geschehens zu ermöglichen. Damit diese Daten in unterschiedlichen Anwendungen direkt weiterverarbeitet werden können, ist die Interoperabilität der Daten zu garantieren. Die Potentiale einer digitalen Rettungskette ermöglichen eine Steigerung der Patientensicherheit und die Entwicklung einer evidenzbasierten Disposition der Rettungsmittel und alternativer Interventionsangebote sowie eine kontinuierliche Qualitätssicherung. Um Entscheidungen über Systemanpassungen und Prozessanpassungen bedarfsgerecht treffen zu können, werden Informationen über den kompletten Versorgungsprozess von PatientInnen benötigt. Dabei müssen die präklinische, rettungsdienstliche und die klinische Versorgung in einem Datensatz ausgewertet werden können. Dies erlaubt wichtige Rückschlüsse auf die Qualität unseres Gesundheitssystems und bildet die Grundlage für weitere Verbesserungen.

Die Politik ist dazu aufgefordert die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür bundeseinheitlich zu schaffen, damit eine geeignete Plattform für die digitale Rettungskette und dem digitalen Kommunikationsserver entwickelt und umgesetzt werden kann. Eine Vernetzung mit etablierten Qualitätsregistern und Datensätzen, wie beispielsweise dem MIND- oder AKTIN-Datensatz, ermöglichen die detaillierte und spezifische Auswertung relevanter Indikatoren, wie z. B. Optimierung der Einsatzzuteilung, Ressourcenlenkung (Technik, Personal), Qualität der Patientenversorgung und Patientensicherheit. Ein kontinuierlicher Datenaustausch in Echtzeit ist für eine lückenlose Rettungskette erforderlich, damit die Integrierte Leitstelle (ILS) ihren Koordinationsauftrag der Rettungs- und Versorgungsmittel und den zukünftigen Auftrag als Gesundheitsleitstelle, neben der Steuerung der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr auf Basis einer transparenten Datengrundlage aller beteiligten Gesundheitsdienstleister, wahrnehmen und erfüllen kann. Eine dafür geeignete Plattform ist auf Bundes- und Landesebene zu schaffen.

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Entwicklung und Umsetzung einer bundesweiten Digitalisierungsstrategie als zentrales Notfallregister und einen interoperablen Datenaustausch für eine nahtlose Notfallversorgung in der Rettungskette.
- Schaffung einer gemeinsamen und transparenten Datenplattform zur bundesweit einheitlichen Notfallversorgung.
- Vernetzung von unterschiedlichen Daten- und Informationssystemen für die angemessene Ressourcenallokation und Ertüchtigung der ILS mit Funktionen einer Gesundheitsleitstelle (vgl. These 4).
- Anpassung der Rettungsdienstgesetze zur versorgungssektorenübergreifenden Nutzung anonymisierter Daten im Notfallregister und den Datensätzen.

THESE 4

INTEGRIERTE LEITSTELLEN UND VERNETZTE GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNG

**Der erste medizinische Kontakt muss alle Versorgungsbedarfe steuern und/oder behandeln!
Die Integrierte Leitstelle muss weiterhin den Bereich Brand-, Katastrophen- und Bevölkerungsschutz abdecken. Die jetzige Integrierte Leitstelle muss zu einer Gesundheitsleitstelle weiterentwickelt werden! Sie hat ein taktisches Weisungsrecht gegenüber den vernetzten Gesundheitsdienstleistern!**

Lösungsansätze: Die europaweit gültige Notrufnummer 112 deckt Feuerwehr und Rettungsdienst ab und bleibt erhalten. Die 116 117 ist flächendeckend über eine Integrierte Leitstelle (ILS) oder über eine bundeseinheitliche Schnittstelle in den ILS vernetzt. Die Klärung der Zuständigkeiten und Weisungsbefugnissen ist herbeizuführen. Die ILS ist ein multiprofessioneller Arbeitgeber (z. B. Feuerwehr, Rettungsdienst, ärztliche Kompetenz, ambulante Versorgung, Administration, etc.) mit dem Ziel, Versorgungsleistungen bedarfsorientiert zuzuordnen und unterschiedliche Gesundheitsdienstleister sowie die kommunale Gefahrenabwehr mit einem bidirektionalen Informationsaustausch zu vernetzen und zu koordinieren.

Dafür ist einerseits die Entwicklung eines eigenständigen Berufsbildes LeitstellendisponentIn mit einem eindeutigen Kompetenzpaket zu bestimmen und eine strukturierte Ausbildung und Fachweiterbildung (vgl. These 6) zu entwickeln und umzusetzen. Andererseits ist die Verfügbarkeit weiterer (tele-)medizinischer Kompetenzen und fachärztlicher Bera-

tungsangebote sowie Leistungsangebote von vernetzten Dienstleistern für PatientInnen, für LeitstellenmitarbeiterInnen, für NotärztInnen und NotfallsanitäterInnen als Kooperationen mit Kooperationsverträgen, z. B. für Videosprechstunden, vorzuhalten. Eine verzahnte Notfallversorgung zwischen Telenotarzt, der Klinik mit der zentralen Notaufnahme oder dem Integrierten Notfallzentrum und weiteren Fachdisziplinen wie Gynäkologie, Toxikologie, Pädiatrie usw., aber auch Praxis- und Terminservice, Kassenärztlicher-Bereitschaftsdienst usw., ist für die Patientensicherheit und alternative Versorgungsangebote (vgl. These 6;7; Vierte Stellungnahme und Empfehlung zur Reform der Akut- und Notfallmedizin der Regierungskommission, 13.02.2023) erforderlich. Deutschlandweit ist dafür ein Telenotarzt in der Leitstelle vorzusehen und als medizinische Rückfallebene für die Notrufabfrage und Notfallversorgung zu implementieren. Für spezialisierte oder fachärztliche Fragestellungen ist eine telemedizinische Anbindung der umfassenden Notfallversorger der Kliniken zu integrieren.

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Die Integrierte Leitstelle steuert und koordiniert alle Versorgungsbedarfe von Hilfesuchenden.
- Die Notrufnummern 112 und 116 117 werden flächendeckend in den ILS oder im Verbund mit den Vermittlungszentralen der KV vernetzt.
- Einheitliche Rahmenbedingungen für eine entscheidungs- und handlungsfähige ILS insbesondere mit Weisungsbefugnissen gegenüber allen Partnern in der zeitkritischen Notfallversorgung sollten zwischen den Bundesländern und dem Bund in ihren jeweiligen Zuständigkeiten erarbeitet und verbindlich festgelegt werden. Die ILS ordnen mit Weisungsbefugnis unterschiedliche Gesundheitsdienstleistungen der Dienstleistungspartner den Versorgungsbedarfen der PatientInnen zu.
- Der ILS stehen weiterführende (tele-)medizinische Interventionsangebote und fachärztliche Beratungsangebote für PatientInnen und rettungsdienstliches Fachpersonal zur Verfügung.
- Für die ILS sind als multiprofessioneller Arbeitgeber ein eindeutiges Berufsbild LeitstellendisponentIn und dazugehörige Kompetenzpakete zu bestimmen und eine strukturierte Ausbildung und Fachweiterbildung zu entwickeln und umzusetzen.
- Deutschlandweit ist ein Telenotarzt in der ILS vorzusehen und als medizinische Rückfallebene für die Notrufabfrage und Notfallversorgung zu implementieren
- Die ILS verfügt über ein breiteres Spektrum an Einsatzmitteln, um die Anforderungen der PatientInnen adäquat und effizient zu erfüllen.

PERSONALBINDUNG UND -ENTWICKLUNG

Attraktive Tätigkeitsprofile und Entwicklungsmöglichkeiten schaffen Perspektiven zum Verbleib der RettungsdienstmitarbeiterInnen in der Notfallversorgung. Arbeitszeitformen sind lebensphasen- und familiengerecht zu flexibilisieren und die MitarbeiterInnenzufriedenheit ist mit einer werteorientierten Führungs- und Arbeitskultur zu fördern. Eine mitarbeiterInnen- und aufgabenorientierte Führungskultur erfordert eine verpflichtende und staatliche anerkannte Führungskräfteentwicklung.

Lösungsansätze: Tätigkeitsprofile sind im Rahmen der Berufs- und Handlungsfeldanalyse (vgl. These 1) zu identifizieren und abzugrenzen sowie in entsprechenden Fachweiterbildungen zu verorten. Ziel dieser Fachweiterbildungen muss es sein, entwicklungsfähige und -willige Mitarbeitende in der Patientenversorgung zu halten. Die zu beobachtende Ausdifferenzierung der rettungsdienstlichen Reaktionsmöglichkeiten ist in Entwicklungsperspektiven für Rettungsdienstpersonal zu überführen und Fachspezialisierung wie GemeindefirenotfallsanitäterIn, pädiatrische Spezialisierung, Intensivtransport oder Luftrettung weiter auszubauen. Die Schaffung der integrierten Notfallzentren als „gemeinsamer Tresen“ der Patientenversorgung schafft ein wichtiges Potential der Beteiligung und Einbindung des Rettungsdienstes im Zusammenspiel mit den ILS.

Erforderliche Führungskompetenzen und -ressourcen sind an die gestiegenen Qualitäts- und Personalbedürfnisse anzupassen, da der Verbleib vieler im Rettungsdienst tätigen KollegInnen sehr gering ist: „Knapp 20% der Auszubildenden will unmittelbar nach der Ausbildung nicht mehr im originären Rettungsdienst arbeiten und knapp die Hälfte der Befragten geht nicht davon aus, länger als zehn Jahre im Beruf zu bleiben.“ (Hofmann & Macke, 2020). Mit einer zeitgemäßen werte- und mitarbeiterorientierten Führung sollen Dropout-Effekte reduziert werden. Die entsprechende Führungskultur ist systematisch in staatlich anerkannten Angeboten zur Führungskräfteentwicklung zu fördern. Schlüsselposition wie Referats- und AbteilungsleiterIn sind hier vorzusehen und

eine Klaviatur stimmiger Qualifizierungsbezeichnungen zu DienststellenleiterInnen, RettungsdienstleiterInnen oder RettungswachenleiterInnen o.ä. ist als übergeordnetes Instrumentarium zu bestimmen und curricular zu entwickeln. Die Qualifikation von Führungskräften im Rettungsdienst ist durch staatlich anerkannte Weiterbildungen oder über hochschulische Angebote zu gewährleisten.

Eine systematische Führungskräfteentwicklung kann damit als Voraussetzung zur Umsetzung einer zeitgemäßen Personalführung gesehen werden. Jobsharing und Jobrotation, Lebensarbeitszeitkonten, Altersteilzeit und flexible Schichtmodelle bieten Anpassungsmöglichkeiten an verschiedene Lebensphasen und -entwürfe, worunter besonders auch das Thema „Frauen im Rettungsdienst“ und die Möglichkeit des Wiedereinstiegs nach einer Elternzeit fällt. Analog zur Berufsfeuerwehr und Polizei sind den Führungskräften des Rettungsdienstes angepasste Ruhestands- und Lebensarbeitszeitregelungen für das Rettungsfachpersonals an die Hand zu geben, da der Verbleib der KollegInnen bis zum 67. Lebensjahr im aktiven Rettungsdienst nicht möglich ist.

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Tätigkeitsprofile sind im Rahmen der Berufs- und Handlungsfeldanalyse zu identifizieren und abzugrenzen sowie in entsprechende Fachweiterbildungen in Fachspezialisierungen zu überführen.
- Führungskräfteentwicklung im Rahmen von staatlich anerkannten Weiterbildungsangeboten ist mit stimmiger Qualifizierungsbezeichnung, z. B. RettungsdienstleiterIn usw., curricular zu entwickeln und umzusetzen. Die dafür gesetzlichen Voraussetzungen zur staatlichen Anerkennung müssen geschaffen werden.
- Zeitgemäße und familiengerechte Formen der Arbeitszeitgestaltung und Schichtmodellgestaltung sind zu entwickeln.
- Gesetzlich angepasste Ruhestands- und Lebensarbeitszeitregelungen für das Rettungsfachpersonal sind analog zur Polizei und Feuerwehr umzusetzen.

THESE 6

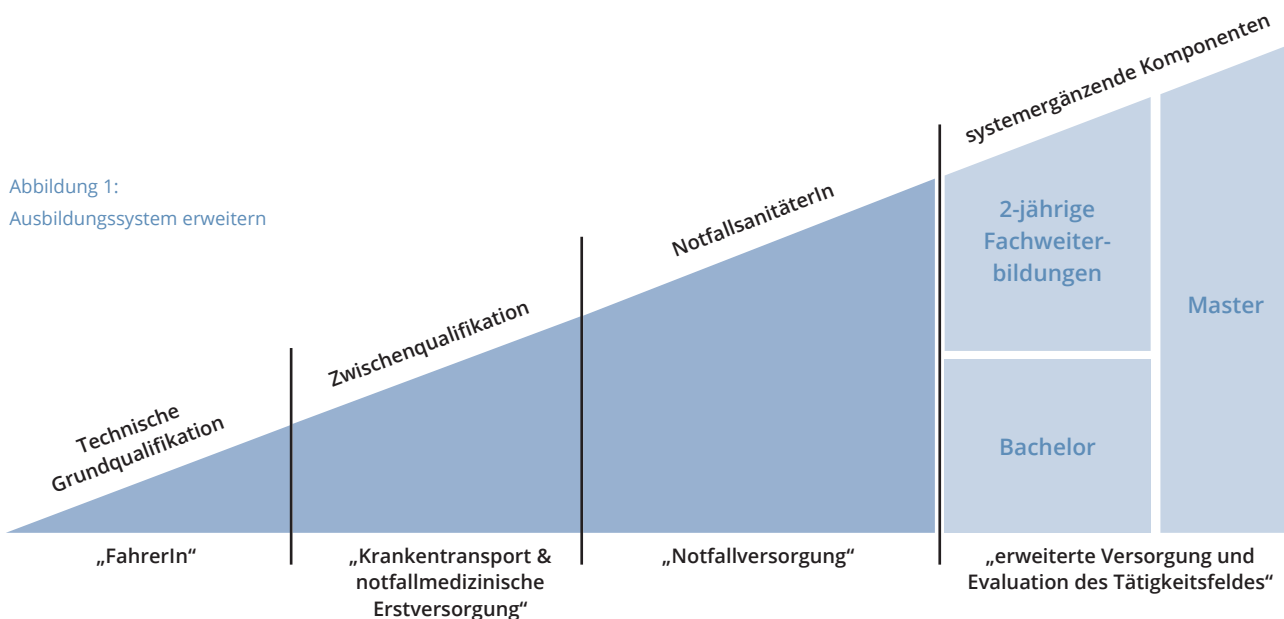
BERUFS- UND QUALIFIKATIONSNIVEAUS

Basierend auf den Bedingungen des Berufsfeldes und den daraus abgeleiteten Versorgungsbedarfen müssen unterschiedliche Berufe und Qualifikationen auf differenzierten Niveaustufen entwickelt und etabliert werden. Der Rettungsdienst benötigt ein mehrstufiges, horizontal und vertikal durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem, um den Anforderungen der beruflichen Handlungsfelder bestmöglich gerecht zu werden.

Lösungsansätze: Die sich zunehmend ergebende Diversität der Einsatzbilder und die Zunahme der sogenannten Fehl- und Bagatelleinsätze erfordern einen veränderten taktischen Einsatz der Rettungsmittel, z.B. als taktischer Notfall KTW, und deren bedarfsgerechte personelle Besetzung. Veränderte Einsatzrealitäten erfordern aber auch eine an die berufliche Wirklichkeit adaptierte Anpassung der curricularen Vorgaben für die Ausbildung der erforderlichen Fachkräfte. Neben einer technischen Einstiegsqualifikation für FahrerInnen von Rettungsmitteln, muss es eine erweiterte, z.B. einjährige Zwischenqualifizierung geben, um die Lücke zwischen RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen zu schließen. Diese Qualifikation verfügt über ausreichend medizinische Kompetenzen, einen Krankentransport fachgerecht zu begleiten, aber auch bei einem Notfall zu sondieren und kritische Situationen zu erkennen, bzw. eine Erstversorgung bis zum Eintreffen weiterer Rettungsmittel zu übernehmen. Die Qualifizierungen in der Notfallversorgung müssen modular gegliedert sein und aufeinander aufbauen, so dass eine Durchgängigkeit von der Grundqualifizierung bis hin zum/ zur NotfallsanitäterIn möglich ist. Im Sinne des erweiterten

Einsatzspektrums mit systemergänzenden Versorgungskomponenten (z.B. GemeindefallsanitäterIn o.ä.) ist die Professionalisierung im Rettungsdienst mit adäquaten Fachweiterbildungen bzw. akademischen Bildungsangeboten und attraktiven Stellenentgelten bzw. Arbeitszeitmodellen zu verbinden (vgl. These 5). Entsprechende Fortbildungs- und Entwicklungsbedarfe sind zu ermitteln. Qualifizierungsangebote und Prüfungen sind bundesweit zu vereinheitlichen. Der Rettungsdienst wird bislang meist als Teilbereich der Medizin verstanden, was dessen Aufgabenspektrum nur zum Teil gerecht wird. Wissenschaftliche Arbeit und Forschung im Kontext Rettungsdienst als eigener disziplinärer Kontext einer Rettungswissenschaft muss deshalb in Form von Projekten und der strukturellen Entsprechung in der Hochschullandschaft gefördert werden.

Weiterhin muss eine regelmäßige Evaluation der Kompetenzen aller an der außerklinischen Notfallversorgung beteiligter Qualifikationen und auf allen Ebenen der Notfallversorgung zum gelebten Standard werden.



LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Bedarfsgerechter taktischer Einsatz von Einsatzmitteln und personeller Besetzung.
- Entwicklung eines durchgängigen und mehrstufigen Qualifikationssystems, das den Versorgungsbedarfen und Einsatzrealitäten entspricht.
- Neudenken der Qualifikationsstufen sowie des taktischen Wertes von Rettungsmitteln unabhängig von den aktuellen Terminologien. Dabei müssen auch neuartige Versorgungskomponenten möglich sein.
- Einheitlich curriculare Ausrichtung der Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin auf die tatsächlichen Anforderungen in der Patientenversorgung und der Einsatzrealität.
- Systemergänzende Versorgungskomponenten erfordern adäquate Fachweiterbildungen und attraktive Stellenentgelte bzw. Arbeitszeitmodelle (vgl. These 5).
- Fortbildungs- und Entwicklungsbedarfe sind zu ermitteln.
- Entsprechende Qualifizierungsangebote und Prüfungen sind bundesweit zu vereinheitlichen.
- Die Kompetenzen aller an der Notfallversorgung Beteiligten sind regelmäßig zu evaluieren.

THESE 7

NOTARZTQUALIFIZIERUNG UND EINSATZ VON NOTÄRZTINNEN UND NOTÄRZTEN

Hochqualifizierte notärztliche Kompetenz muss gezielt dort eingesetzt werden, wo sie zusätzliche Qualität in der Versorgung einbringt. Die Qualifizierung von NotärztInnen muss dementsprechend an die besonderen und hohen Anforderungen des Tätigkeitsfeldes adaptiert werden.

Lösungsansätze: Die Weiterentwicklung und Diversifizierung von Gesundheitsberufen ermöglicht einen bedarfsadaptierten Einsatz der Ressourcen, so dass, übertragen auf die notärztliche Tätigkeit, diese Ressource gezielt dort eingesetzt wird, wo dessen Kompetenzen wirklich und zielgerichtet benötigt werden. Dies kann entweder physisch am Einsatzort oder durch telemedizinische Anbindung erfolgen.

Ein inflationärer Einsatz von NotärztInnen muss vermieden werden. Die Qualifikation und der Zugang zur notärztlichen Tätigkeit in der Präklinik sollte dementsprechend, vergleichbar mit den Standards in klinischen Strukturen, adaptiert und angehoben werden (vgl. Sachverständigenrat 2007, S. 208), insbesondere mit Kompetenz in der Versorgung akut lebensbedrohlicher Zustände und kritisch kranker PatientInnen.

LÖSUNGSANSÄTZE ZUSAMMENGEFASST

- Der Einsatz von NotärztInnen erfolgt dort, wo spezielles ärztliches Know-how und/oder bestimmte Fertigkeiten benötigt werden, um einen Mehrwert in der Patientenversorgung zu erreichen.
- Die Indikation für den Einsatz von NotärztInnen muss kritisch hinterfragt werden, um die Ressource gezielt und sinnvoll einzusetzen.
- Die Qualifikation der NotärztInnen und der Zugang zur präklinischen Tätigkeit als NotärztInnen ist auf einem hohen Niveau mit entsprechender notfallmedizinischer Kompetenz in der Versorgung lebensbedrohlicher Zustände und kritisch kranker PatientInnen auszurichten.

BETEILIGTE EXPERTEN

Klaus Meyer

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Geschäftsführer und Direktor und Arbeits-
gemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.,
Vorsitzender des Vorstandes

Prof. Dr. med. Harald Dormann

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Wissenschaftlicher Direktor und Klinikum Fürth,
Chefarzt der Zentralen Notaufnahme,
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft
interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DGINA e. V.

Prof. Dr.-Ing. Sascha Müller-Feuerstein

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Wissenschaftlicher Direktor und Präsident
der Hochschule Ansbach

Prof. Dr. habil. Thomas Prescher

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Fachbereichsleiter Pädagogik und FH Münster,
Professur für Didaktik in den Gesundheitsberufen

Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger

Universitätsklinikum Köln, Direktor der Klinik für
Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin,
Vorstandsvorsitzender German Resuscitation
Council (GRC)

Roland Engehausen

BKG Bayerische Krankenhausgesellschaft,
Geschäftsführer

Kersten Enke

Leiter der Johanniter-Akademie
Niedersachsen/Bremen

Frank Flake

DBRD Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V.,
2. Vorsitzender DBRD

Marc Gistrichovsky

Stadt Nürnberg – Feuerwehr,
Abteilungsleiter Integrierte Leitstelle,
Fachverband Leitstellen e. V., Stv. Vorsitzender

Bernhard Gliwitzky

GRC Akademie GmbH, Geschäftsführer

Dr. med. Philipp Gotthardt

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Fachbereichsleiter Patientensicherheit
und -simulation

Johannes Gottschalk

Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Regensburg,
Referatsleiter Bildung

Fortsetzung beteiligte Experten

Fortsetzung beteiligte Experten



Sebastian Habicht

Institut für notfallmedizinische Bildung,
Fachbereichsleiter Rettungswesen und
Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.,
Bereichsleiter Bildung

Dominik Hahnen

Malteser Bildungszentrum Euregio,
stv. Leiter des Malteser Bildungszentrum Euregio,
pädagogischer Leiter und Schulleiter

Thomas Hofmann

DGRe – Deutsche Gesellschaft für
Rettungswissenschaften e. V.,
Erster Vorsitzender

Mike Höll

Rettungsdienstschule Saar gGmbH,
Schulleiter

Claus Kemp

Malteser Hilfsdienst gGmbH Bildungszentrum HRS,
Bezirksgeschäftsführer

Prof. Dr. Sebastian Koch

SRH Hochschule für Gesundheit GmbH,
Professor im Studiengang Medizin- und
Gesundheitspädagogik

Rico Kuhnke

DRK Landesschule Baden-Württemberg,
Gesamtschulleiter

Sebastian Lange

Bayerisches Rotes Kreuz,
Abteilungsleiter Rettungsdienst

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Lechleuthner

Bundesverband der Ärztlichen Leiter
Rettungsdienst Deutschland e. V.,
Vorsitzender

Josef Pemmerl

Malteser Rettungsdienst gGmbH
Landesgeschäftsstelle Bayern,
Leiter Rettungsdienst Bayern

Helge Regener

SIRMED Schweizer Institut für Rettungsmedizin AG,
Geschäftsführer

Prof. Dr. Klaus Runggaldier

MSH Medical School Hamburg University of Applied
Sciences and Medical University,
Dekan Fakultät Gesundheitswissenschaften

Henning Sander

Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein
(RKISH) gGmbH, Schulleiter

Dr. med. Thomas Schlechtriemen

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Saarland

Prof. Dr. habil. Clemens Werkmeister

Vizepräsident SRH Wilhelm Löhe
Hochschule Fürth

LITERATUR

Breuer, F./ Pommerenke, C. & Poloczek, S. (2022): Analyse von Einflussfaktoren auf die Transporthäufigkeit von Frequent Usern mit Angststörung. In: Notfall + Rettungsmedizin, Publishe online, Erreichbar unter: <https://www.springerpflege.de/content/pdfid/23213438/10.1007/s10049-022-01045-5>, Stand: 02.02.2023.

Hofmann, T. & Macke, M. (2020): Berufstreue von angehenden Notfallsanitäter*innen: Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib. Aachen: Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst. Erreichbar unter: <https://www.dgre.org/download/508/>, Stand: 22.02.2023.

Krafft, T.; Neuerer, M.; Böbel, S. & Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden. Erreichbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf, Stand: 12.12.2022.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Bundesministerium für Gesundheit. Erreichbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf, Stand: 22.02.2023.

Sachverständigenrat (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Drucksache 16/6339, S. 208

Williams, B./Beovich, B. & Olausson, A. (2022): The Definition of Paramedicine: An International Delphi Study. In: Journal of Multidisciplinary Healthcare, S. 3561 - 3570.

Institut für
notfallmedizinische
Bildung gGmbH

Deutenbacher Straße 1
90547 Stein

Geschäftsführer:
Klaus Meyer

www.inob.org



**Institut für
notfallmedizinische
Bildung**