

# FÜRTHER

2024

## GESPRÄCHE

EXPERTENFORUM FÜR DEN RETTUNGSDIENST

23. und 24. Februar 2024

### NOTFALLREFORM KONKRET

Handlungsempfehlungen der Fürthener Gespräche zur  
Professionalisierung und Qualifizierung im Rettungsdienst

Klaus Meyer, Harald Dormann, Florian Reifferscheid, Johannes Gottschalk,  
Dominik Hahnen, Marc Gistrichovsky, Thomas Prescher

Zukunftsfähig

denken | entscheiden | handeln

i | nob

Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung

1   Einleitung: Beitrag des Rettungsdienstes für eine zukunftsfähige Notfallversorgung	S. 4
2   Zentrales Ergebnis und Schwerpunktthemen: Die Experten haben sich auf folgende Themenschwerpunkte fokussiert	S. 5-9
3   Schwerpunktthemen im Detail:	S. 10-31
3.1 Vorbeugender Rettungsdienst und nichtdringliche Hilfeersuchen: Versorgungsanlässe und -strukturen bedarfsorientiert vernetzen	S. 10-13
3.2 One Call fits All: Leitstelle als Gatekeeper für komplexe Versorgungsstrukturen	S. 14-21
3.3 Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD: Vom First Responder zur erweiterten fallabschließenden Notfallversorgung	S. 22-27
3.4 Gestuftes Notarztsystem: Komplexitätsabhängige Ressourcenzuordnung	S. 28-31
4   Teilnehmer der Fürther Gespräche	S. 32-33
5   Literaturverzeichnis	S. 34-35

#### GENDER-HINWEIS:

Vielfalt und Diversität sind uns wichtig. Wir heißen alle Menschen unabhängig von Faktoren wie z.B. Herkunft, Geschlecht, Religion, Alter und sexueller Orientierung willkommen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

## Beitrag des Rettungsdienstes für eine zukunftsfähige Notfallversorgung:

Die Notfallversorgung in Deutschland steht angesichts steigender Anforderungen und sich wandelnder Rahmenbedingungen vor signifikanten Herausforderungen. Im Zentrum der aktuellen Debatte stehen Fragen der Qualität, Bildung und Professionalisierung im Rettungsdienst, die durch die „9. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission“<sup>[1]</sup> und die darauffolgenden Diskussionen verschiedener Interessengruppen und Verbände, wie zum Beispiel der Arbeitsgemeinschaft Notärzte in NRW<sup>[2]</sup>, des GKV-Spitzenverbandes<sup>[3]</sup> oder der DGRe<sup>[4]</sup> weiter in den Fokus gerückt sind. Die Nichtberücksichtigung des Rettungsdienstes im „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 3. Juni 2024 unterstreichen den Bedarf, die Interessenvielfalt auszuloten und interprofessionell an konkreten Handlungsempfehlungen und Reformansätzen weiter zu arbeiten.

Der Diskurs wirft dabei berufspolitische und monoprosessionelle Perspektiven auf. Diese Perspektiven haben einerseits ihre Berechtigung im System der Notfallversorgung, bringen andererseits aber eine gewisse Verunsicherung und Besorgnis zum Ausdruck, was genau geschehen wird und welche Konsequenzen sich aus der ausbleibenden Adressierung des Rettungsdienstes im Gesetzesentwurf zur Notfallreform ergeben werden. Getragen wird die Verunsicherung von der Frage, was jeder verlieren könnte. Die hohe Relevanz des Diskurses und der gegenseitigen Stellungnahmen wird auch durch den überproportionalen Anstieg der Ausgaben für den Rettungsdienst im Vergleich zu den Gesamtgesundheitsausgaben unterstrichen. Die Betrachtung der Ausgaben scheint besonders dringend, wenn die Zahlen bestätigen, dass die Ausgaben für den Rettungsdienst im Jahr 2022 mit ca. 8,4 Mrd € überproportional im Verhältnis zu den Gesundheitsausgaben gestiegen sind, wie die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Anfrage von der CDU/CSU jüngst darlegte<sup>[5]</sup>. Eine überalterte Bevölkerung, eine Zunahme chronisch Kranker, multimorbide Krankheitsbilder, Fachkräftemangel, stei-

gende Einsatzzahlen und die kontinuierliche Zunahme sogenannter Bagatelleinsätze sind gängige Stichworte. Diese betonen die Dringlichkeit, effiziente und zukunftsorientierte Lösungen zu finden, die eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung, auch im Rahmen eines vorbeugenden Rettungsdienstes zur Entlastung der klinischen Akutversorgung und der ambulanten Versorgung, sicherstellen.

Die „Fürther Gespräche“, ein Expertenforum, das sich zum zweiten Mal im Februar 2024 diesen Themen widmete, hatte zum Ziel, einen interdisziplinären Dialog zu fördern und praxisnahe Lösungen für die anstehenden Herausforderungen und eine zukunftsfähige Professionalisierung zu erarbeiten. Es ging um die gemeinsame und interprofessionelle Perspektive von rund 40 Experten aus Interessensverbänden, Fachgesellschaften, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Hochschulen und Berufsfachschulen nach dem Motto: „Statt über das „wer-macht-was“ zu streiten, sollten wir uns lieber fragen, welchen Beitrag der Rettungsdienst leisten kann, um die Notfallversorgung besser zu machen“<sup>[6]</sup>.

Die Veranstaltung hat gezeigt, dass trotz der heterogenen Interessenlagen ein gemeinsames Verständnis darüber besteht, dass eine Weiterentwicklung des Rettungsdienstes notwendig und möglich ist, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden. Vor diesem Hintergrund ergibt sich für den vorliegenden Beitrag die Fragestellung: Welche Strukturmomente bestimmen gegenwärtig den Diskurs einer notwendigen Reform der Notfallversorgung im Themenfeld „Qualität, Bildung und Professionalisierung“ und welche konkreten Bedarfe der Kompetenzentwicklung und Qualifizierung ergeben sich daraus für ein gestuftes System der Notfallversorgung? Diese Frage spiegelt das Bedürfnis wider, die gegenwärtigen Diskussionen und Entwicklungen systematisch zu erfassen und daraus abgeleitete Maßnahmen zu formulieren, die eine nachhaltige und patientenzentrierte Notfallversorgung ermöglichen.

## Die Experten haben sich auf folgende Themenschwerpunkte fokussiert:



Abbildung 1: Themenschwerpunkte der Fürther Gespräche 2024

## 2.1 | Vorbeugender Rettungsdienst und nichtdringliche Hilfersuchen: Versorgungsanlässe und -strukturen bedarfsorientiert vernetzen

### EMPFEHLUNG 1

**„Das System antwortet konsultativ/vermittelnd oder reaktiv aufsuchend.“**

- Konsultative Ansätze:  
Frühzeitige Lenkung der Hilfersuchen in geeignete Versorgungsstrukturen, telemedizinische Anbindung und Beratung.
- Reaktive Komponenten:  
Drei Pfade – Verbleib des Hilfersuchenden, Weg in eine Einrichtung zur ambulanten Versorgung, stationäre Aufnahme.

### EMPFEHLUNG 2:

**„Das System muss selbst agierend tätig werden können.“**

- Proaktive Maßnahmen:  
Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Notrufen.
- Koordination:  
Erreichbarkeit und Koordination durch Integrierte Leitstellen.

### EMPFEHLUNG 3:

**„Damit das System reaktiv antworten kann, ist eine entsprechende Qualifikation notwendig.“**

- Qualifikationsbedarf:  
Umfassendes Wissen und strukturelle Kenntnisse für eine umfangreiche Anamneseerhebung und Entscheidungsfindung.
- Erforderliche Fähigkeiten:  
Vertiefte medizinische Kenntnisse (mind. DQR 6), Befunderhebung, erweiterte psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten, organisatorische Kompetenzen.

### EMPFEHLUNG 4:

**„Um vorbeugenden Rettungsdienst und niedrigprioritäre Hilfersuchen zielführend bedienen zu können, ist die Finanzierung dieser Systeme obligat.“**

- Finanzierung:  
Notwendigkeit einer gesicherten Finanzierung als eigenes Leistungssegment im SGB V.

## 2.2 | One Call fits All: Leitstelle als Gatekeeper für komplexe Versorgungsstrukturen

### EMPFEHLUNG 1

**„Vorgeschaltete Online-Selbsteinschätzungsverfahren vor telefonischer Kontaktaufnahme mit der 116117 bzw. dem Arztkontakt im Low-Code-Bereich.“**

- Online-Selbsteinschätzung:  
Evidenzbasierte Verfahren zur Vorfilterung der Dringlichkeit und des benötigten Versorgungssektors.
- Prozessintegration:  
Direktkontakt mit dem Versorgungssektor über eine bundesweit einheitliche App.

### EMPFEHLUNG 2

**„Synchronisierte Abfragesystematiken der 112 / 116117.“**

- Standardisierte Abfragesysteme:  
Abstimmung der Abfragealgorithmen zwischen 112 und 116117.
- Qualitätsmanagement:  
Kontinuierliche Auswertung und Nachbereitung von Fehlallokationen.

### EMPFEHLUNG 3

**„Transparente Erfassung und Zurverfügungstellung von Gesundheitsdaten für die 112 Leitstellen und die 116117 KV-Terminservicezentralen erhöht die Prozessqualität.“**

- Digitale Patientenakte:  
Zugriff auf Patientendaten für effizienten Ressourceneinsatz und Einsatzsteuerung.
- Gemeinsame Fall-ID:  
Eindeutige Verknüpfung der Einsätze zur Sicherstellung der Prozessqualität.

### EMPFEHLUNG 4

**„Gemeinsamer Einsatz von Ressourcen im Low-Code-Bereich ermöglichen.“**

- Ressourcenverfügbarkeit:  
Zugriff beider Systeme (112 und 116117) auf alternative Instrumente wie Gemeindenotfallsanitäter, mobile sozial-psychiatrische Dienste.

### EMPFEHLUNG 5

**„Die Integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz sind auch zukünftig ein fester Bestandteil der kommunalen Gefahrenabwehr.“**

- Primäraufgabe:  
Sicherstellung der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr.
- Rollenentwicklung:  
Schaffung differenzierter Rollen zur effizienten Aufgabenerfüllung.

### EMPFEHLUNG 6

**„In den Integrierten Leitstellen müssen differenzierte, aufgabenorientierte Rollen geschaffen werden.“**

- Rollendefinitionen:  
Junior-Calltaker, Senior-Calltaker, Junior-Dispatcher, Senior-Dispatcher, Shiftleader, Head of Mission Control.
- Qualifikation und Ausbildung:  
Einheitliche und bedarfsgerechte Ausbildung der Leitstellenmitarbeiter.

## 2.3 | Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD: Vom First Responder zur erweiterten fallabschließenden Notfallversorgung

### EMPFEHLUNG 1

**„Entwicklung einer einjährigen Zwischenqualifizierung ‚Transportsanitäter‘ für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung.“**

- Nomenklatur und Ausbildung:  
Neue einjährige Berufsausbildung zum Transportsanitäter.
- Lernorte und Umfang:  
Jeweils mindestens 700 Stunden theoretische und praktische Ausbildung an der Berufsfachschule, 700 Stunden praktische Ausbildung in der Rettungswache, 160 Stunden praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung zur Patientenversorgung.

### EMPFEHLUNG 2

**„Zeitgemäße Anpassung des Berufszulassungsgesetzes NotSan und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.“**

- Anpassung an Realität:  
Fortwährende Anpassung der Berufszulassung und Ausbildungsordnungen an die berufliche Wirklichkeit.

### EMPFEHLUNG 3

**„Ermöglichung beruflicher Entwicklungsperspektiven durch Fachweiterbildungen und Akademisierung für veränderte Versorgungsbedarfe.“**

- Fachweiterbildungen:  
Etablierung für Intensivtransport, Luftrettung und zur Organisation der praktischen Ausbildung auf der Rettungswache.
- Akademisierung:  
Primärqualifizierend, ausbildungs- und berufsbegleitend (dual) und ergänzend zur Professionalisierung und Führungskräfteentwicklung.

## 2.4 | Gestuftes Notarztsystem: Komplexitätsabhängige Ressourcenzuordnung

### EMPFEHLUNG 1

**„Etablierung spezialisierter Notärzte, um der zunehmenden Komplexität und der Forderung nach klinischer Erfahrung und Expertise im Notarztdienst gerecht zu werden.“**

- Spezialisierte Notärzte:  
Verlängerte Weiterbildungsdauer, Integration von Intensivmedizin und Simulation.
- Einsatz als zusätzliche ärztliche Ressource:  
Parallele Alarmierung mehrerer Kompetenzlevel.

### EMPFEHLUNG 2

**„Die Einsatzkomplexität bestimmt das notärztliche Kompetenzlevel.“**

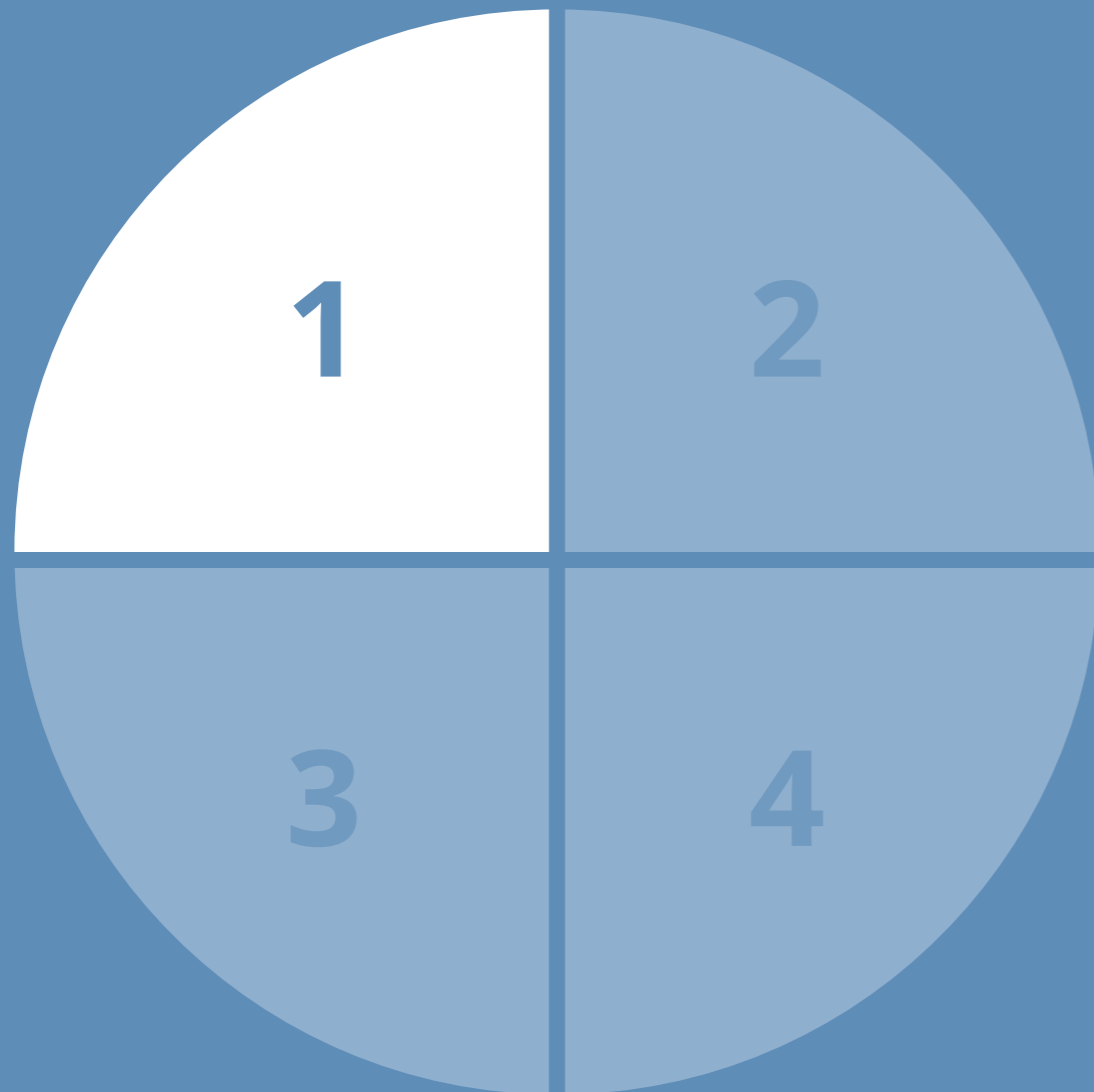
- Kompetenzebenen:  
Einfachere Notfallbilder vs. hochkomplexe Patienten.
- Leitstellenaufgabe:  
Differenzierte Abfragesysteme zur Alarmierung.

### EMPFEHLUNG 3

**„Die Ausbildung von Notärzten muss praxisnah und kompetenzorientiert reformiert werden, um den Anforderungen außerklinischer Notfallmedizin gerecht zu werden.“**

- Praxisnahe Ausbildung:  
Intensive Systemeinsätze, Fallbesprechungen, strukturiertes Feedback.
- Curriculare Kurse:  
Erwachsenenreanimation, Kindernotfall- und Schwerverletztenversorgung, Intensivtransport.

**Durch die Umsetzung dieser Empfehlungen soll eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Notfallversorgung sichergestellt werden.**



**Vorbeugender  
Rettungsdienst und  
nichtdringliche  
Hilfeersuchen:**

Versorgungsanlässe  
und -strukturen  
bedarfsorientiert  
vernetzen

## 3.1 | Vorbeugender Rettungsdienst und nichtdringliche Hilfeersuchen:

### Versorgungsanlässe und -strukturen bedarfsorientiert vernetzen

Der Stellenwert eines vorbeugenden Rettungsdienstes im Sinne der Prävention wurde bereits in den „Fürther Gesprächen“ 2023 thematisiert [7]. In der Weiterführung dieses Gedankens wurden 2024 speziell die möglichen Einsatzgebiete für den Rettungsdienst und die Erfordernisse von niedrigprioritären Hilfeersuchen [8] diskutiert und Kernpunkte dazu festgelegt. Hierbei wurde im ersten Schritt versucht Einsätze zu definieren, die in diesen Bereich fallen

und durch Personal, das hierfür entsprechend qualifiziert ist, abgearbeitet werden können. Chronologisch betrachtet resultierten daraus vier Einsatzspektren: „Präventiv vor Digital vor Ambulant vor Stationär“. Hierbei wurden vier Kategorien (Abb.2) einer gestuften Notfallversorgung definiert und in den weiteren Diskussionen der Schwerpunkt auf die Kategorie IV – unkritische Hilfeersuchen gelegt [9]:

<p><b>Kat. I Kritischer Hilfesuchender – schnelle Intervention</b></p> <p>Nicht aufschiebbare medikamentöse Therapie oder invasive Maßnahme:</p> <p>Bsp.: Reanimation</p> <p>Vorr.: hohes medizinisches Wissen und hohe Handlungssicherheit</p>	<p><b>Kat. II Kritischer Hilfesuchender – schneller Transport</b></p> <p>Tracerdiagnosen:</p> <p>Bsp.: Akutes Koronarsyndrom</p> <p>Vorr.: hohes medizinisches Wissen und gute Strukturelle Kenntnisse über Transportmittel und Zielkliniken</p>
<p><b>Kat. III Dringlich zu versorgender Hilfesuchender</b></p> <p>Akute Ereignisse, die nicht in Kat. I oder II fallen und eine zeitnahe Versorgung benötigen:</p> <p>Bsp.: Frakturen, Hypertensive Entgleisungen</p> <p>Vorr.: moderates medizinisches Wissen und organisatorische Fähigkeiten</p>	<p><b>Kat. IV unkritischer Hilfesuchender</b></p> <p>Ereignisse, die nicht in Kat. I bis III fallen und nicht durch:</p> <p>Bsp.: unklare Erkrankungen</p> <p>Vorr.: hohes allgemeinmedizinisches Wissen, gute Untersuchungsfähigkeiten und Kenntnisse über psychosoziale Vorgehensweisen</p>

Abbildung 2: Kategorien der Hilfesuchenden in Notfallsituationen

Im nächsten Schritt wurde definiert, in welcher Kategorie welche Qualifikation eingeordnet sein muss, um neben dem genannten Einsatzspektrum auch die präventiven Ansätze des vorbeugenden Rettungs-

dienstes mit bearbeiten zu können. Im letzten Schritt konnten die Ergebnisse in die folgenden vier Empfehlungen zusammengefasst werden.

#### EMPFEHLUNG 1:

##### Das System antwortet konsultativ/vermittelnd oder reaktiv aufsuchend.

Hierbei ist der konsultative Ansatz darauf bedacht, durch unterschiedliche Angebote bereits frühzeitig eine Lenkung der Hilfeersuchen in die geeignete Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Neben der Vermittlung an weitere Dienstleister des Gesundheits- und Sozialwesens kann und muss dies aber auch die telemedizinische Anbindung und Beratung durch dieselbe sein. Bereits so können ein aktives Tätigwerden des Rettungsdienstes und ein Verbringen oder das Erschei-

nen in einer Notaufnahme in vielen Fällen vermieden werden. In der telemedizinischen Abklärung kann bei der Notwendigkeit einer weiteren medizinischen Versorgung die geeignete Versorgungseinrichtung ausgewählt und beteiligt werden. Die reaktiv aufsuchende Komponente besteht aus drei weiteren Möglichkeiten. Insbesondere im Bereich der unkritischen Hilfeersuchen, wird als Schwerpunkt eines ersten Pfades der Verbleib des Hilfesuchenden im Vordergrund stehen.

Der zweite Pfad der aufsuchenden Systeme, soll den Weg in eine Einrichtung zur weiteren Versorgung und Bearbeitung des Hilfeersuchens ebnen. Dies können neben medizinischen Einrichtungen auch alle Einrichtungen mit sozialen Aspekten sein. Das Ziel ist bei diesem Weg die ambulante Versorgung. Die stationäre

Aufnahme ist somit die dritte Möglichkeit. Diese ist die bereits bekannte und meistgenutzte Möglichkeit des derzeitigen Systems der außerklinischen Notfallversorgung. Dieser Weg kann durch die unterschiedlichsten Ebenen des genannten Systems aktiviert und in Anspruch genommen werden.

#### EMPFEHLUNG 2:

##### Das System muss selbst agierend tätig werden können.

Neben den aufgeführten Wegen, um Hilfeersuchen aufzusuchen, soll auch proaktiv auf potenzielle Hilfeersuchenden zugegangen werden. Diese werden zunehmend auch mit z.B. sozialpsychiatrischen Fragestellungen konfrontiert. Durch präventive Maßnahmen sollen Notrufe verhindert werden. Um dies umzusetzen, ist

ein selbst agierendes System ein wichtiger Aspekt, um ein effektives System des vorbeugenden Rettungsdienstes zu etablieren [10]. Selbstverständlich muss das System koordiniert sein und sinnvollerweise auch durch die Integrierten Leitstellen erreicht werden können.

#### EMPFEHLUNG 3:

##### Damit das System reaktiv antworten kann, ist eine entsprechende Qualifikation notwendig.

Um den in der Empfehlung 1 beschriebenen Weg der stationären Weiterversorgung zu gewährleisten, sind die aktuellen Qualifikationen, die im Bereich der außerklinischen Notfallversorgung vorhanden sind, gut geeignet. Differenzierter ist der Weg der ambulanten Weiterversorgung zu sehen. Insbesondere aufgrund der Vernetzung einzelner Dienstleister im Sozial- und Gesundheitswesen und die Entscheidungsfindung für den richtigen Versorgungsweg sowie einer eigenständigen fallabschließenden Versorgung scheinen die aktuellen Qualifikationen nicht ausreichend zu sein. Für den Transport und medizinische Versorgung hingegen reichen die bestehenden Qualifikationen aus [9].

und erweiterte strukturelle Kenntnisse erforderlich zu sein. Hierfür sind die bisherigen Qualifikationen der aufsuchenden Systeme medizinischer Fachberufe noch nicht ausreichend auf die komplexe Aufgabe der umfangreichen Anamneseerhebung und Diagnostik, sowie der validen Entscheidungsfindung ausgerichtet zu sein. Vertiefte Kenntnisse der Allgemeinmedizin, sowie prognostische Entwicklungen von Zustands- und Krankheitsbildern werden für die Aufgabe notwendig sein. Zu den erforderlichen Systemkenntnissen kommen psychosoziale und spezielle kommunikative Fähigkeiten sowie organisatorische Kompetenzen hinzu, um die Anfragen der Hilfesuchenden gekonnt zu bedienen [9]. Bei Betrachtung der vorherigen Erfordernisse an eine Qualifikation erscheint die Einordnung die Niveaustufe DQR 6 [11] erforderlich und somit eine akademische Qualifikation sinnvoll.

Für die Entscheidung ob ein Hilfesuchender zu Hause belassen werden kann, scheinen, ebenso wie Identifikation des richtigen Ansprechpartners im Sozial- und Gesundheitswesen, ein umfangreicheres Wissen

#### EMPFEHLUNG 4:

##### Um vorbeugenden Rettungsdienst und niedrigprioritäre Hilfeersuchen zielführend bedienen zu können, ist die Finanzierung dieser Systeme obligat.

Eine gesicherte Finanzierung durch Verankerung als eigenes Leistungssegment im SGB V ist zwingend er-

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



**One Call fits All:**  
Leitstelle als Gatekeeper  
für komplexe  
Versorgungsstrukturen



## 3.2 | One Call fits All:

### Leitstelle als Gatekeeper für komplexe Versorgungsstrukturen

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex. Die Vorhaltung paralleler Systeme in der Akutbehandlung ist für die Bürgerinnen und Bürger verwirrend. Es existiert keine flächendeckende, bedarfsgerechte Steuerung der verfügbaren Ressourcen. Die Einbindung vorhandener Strukturen und Dienste ist nicht realisiert. Der Fallabschluss im jeweiligen Versorgungssegment ist nicht verankert. Aktuell existieren parallele Steuerungen (116117 und 112). Jeder Stakeholder beansprucht die Versorgung der Notfallpatienten für sich – die Versorgungsrealität in Deutschland sieht in Wirklichkeit anders aus – die defacto Wahrnehmung der Sicherstellungsaufträge ist nicht immer erkennbar.

Die akute Notfallversorgung im Rettungsdienst in Kombination mit den anderen Stakeholdern der Gefahrenabwehr ist unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 zu erreichen. Dieser Notruf wird in den Integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz entgegengenommen. Sie stellen mit der nachgelagerten Einsatzsteuerung und -lenkung das zentrale Steuerungsinstrument der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr dar. Die Integrierte Leitstelle muss bei allen Reformvorhaben weiterhin als Kernaufgabe auch die Bereiche Brand-, Katastrophen- und Bevölkerungsschutz im Bereich der kommunalen Gefahrenabwehr sicherstellen. Die Leitstelle der Zukunft ist der zentrale Dienstleister im Gefahrenabwehr-Netzwerk. Die Fähigkeiten der jetzigen Integrierten Leitstellen sind jedoch mit den Funktionalitäten und der Performance einer Gesundheitsleitstelle weiterzuentwickeln bzw. eng zu vernetzen. Eine strikte Trennung der Steuerung in den Bereich Gefahrenabwehr und rein medizinische Versorgung ist aufgrund der fehlenden Trennschärfe der Behandlungsnotwendigkeiten nicht zielführend. Hier ist der Übergang oftmals fließend. Dabei ist es unerheblich ob die Fähigkeiten einer Gesundheitsleitstelle in bestehende Integrierte Leitstellen physisch implementiert werden oder ob eine enge bidirektionale Vernetzung der 112 Leitstellen mit den 116117 Servicezentralen erfolgt. Das gemeinsame Ziel ist, das der Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem die weitere Steuerung in den richtigen Versorgungssektor der Patientinnen und

Patienten sicherstellt („One call fits it all!“). Der erste medizinische Kontakt muss alle Versorgungsbedarfe steuern und/oder behandeln.

Für Menschen, die sich in einer akuten medizinischen Notlage befinden, ist es entscheidend, jederzeit unmittelbare direkte Hilfe erhalten zu können und hierbei ein hohes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und die Qualität der Versorgung zu haben. Die Hilfesuchenden definieren für sich selbst den Notfall und befinden sich in der Regel in einer persönlichen Ausnahmesituation. Es wird daher darauf ankommen, dass die Notfall- und Akutversorgung rund um die Uhr in der Lage ist, Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zu steuern. Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.

Der Zugang zu den komplexen Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens erfordert eine effektive Patientensteuerung, um den Zugang für die Patientinnen und Patienten zu den immer knapper werdenden Ressourcen zielgerichtet und effizient zu ermöglichen. Eine demografische Veränderung in der Bevölkerung und eine schwindende Gesundheitskompetenz erfordern neben dem Erstkontakt im System die Allokation der Hilfesuchenden an den entsprechenden Versorgungssektor medienbruchfrei durch die Integrierten Leitstellen bzw. die KV-Termin-Servicezentralen sicherzustellen.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten sind erfahrungsgemäß in der Lage ihre Beschwerden dahingehend richtig einzuschätzen, ob es sich um einen akuten Notfall handelt oder ob diese eher im medizinischen Low-Code-Versorgungssektor angesiedelt sind. Letzteres würde den Arztbesuch während der Praxisöffnungszeiten beim Haus- oder Facharzt hervorrufen oder aber außerhalb dieser Zeiten eine Kontaktaufnahme mit der 116117 benötigen, um herauszuarbeiten, ob ein Besuch eines aufsuchenden Dienstes oder der Besuch in einer diensthabenden Bereitschaftspraxis notwendig ist. Zudem muss es möglich sein, über die 116117 eine Terminvereinbarung in einer niedergelassenen Behandlungseinrichtung zu realisieren.

### EMPFEHLUNG 1:

#### Vorgeschaltete Online-Selbsteinschätzungsverfahren vor telefonischer Kontaktaufnahme mit der 116117 bzw. dem Arztkontakt im Low-Code-Bereich.

Der außerhalb der Praxisöffnungszeiten bisher übliche genutzte telefonische Erstkontakt mit der 116117 im Low-Code-Bereich muss um ein vorgeschaltetes und evidenzbasiertes Selbsteinschätzungsverfahren erweitert werden. Damit wird auch die oftmals verbreitete Symptomsuche über öffentliche Suchmaschinen abgelöst. Patientinnen und Patienten neigen dazu bei unklaren Beschwerden zunächst im Internet zu recherchieren und bekommen dabei oftmals die ganze Bandbreite an möglichen zugrundeliegenden Krankheitsbildern präsentiert. Damit wird die Verunsicherung der Betroffenen verstärkt. Unter Umständen führt dieses auch zu einem unnötigen Notruf über die 112. Bei vermuteten Low-Code-Fällen, die im niedergelassenen bzw. ambulanten Sektor zu versorgen sind, können vorgeschaltete Online-Selbsteinschätzungsverfahren eine Vorfilterung hinsichtlich der Dringlichkeit sowie des benötigten Versorgungssektors leisten. Damit würden auch die 116117 Servicezentralen von unnötigen telefonischen Kontakten entlastet werden.

Zudem sind aus den Online-Anwendungen heraus Prozesse denkbar, die in einen direkten Kontakt mit dem Versorgungssektor münden. Wichtig wäre dabei eine bundesweit einheitliche App mit hinterlegten Qualitätsstandards. Als Beispiel für ein bereits existierendes System ist die Plattform [www.116117.de](http://www.116117.de) zu nennen. Wie bei einem telefonischen Kontakt müssen die Online-Anwendungen schnell und sicher akute Notfälle erkennen und bei Vorliegen entsprechender Symptomatik direkt an die Integrierten Leitstellen telefonisch vermitteln können. Die Ergebnissicherheit dieser Systeme ist mit evaluierten Abfragealgorithmen in den Selbsteinschätzungsverfahren sicherzustellen.

Eine Realisierung der Ersteinschätzungsverfahrens für Apps auf mobilen Endgeräten ist eine sinnvolle Ergänzung in diesem Segment und entspricht dem allgemeinen Nutzerverhalten.

Für die akuten Notfälle der Integrierten Leitstellen ist die bereits vorhandene bundeseinheitliche „Nora Notrufapp“ weiterzuentwickeln. Bei einer fehlenden Indikation für den Rettungsdienst im Abfrageschema der Notruf-App müssen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bekommen, ohne weitere Selbstinitiative in

das Schema der ambulanten Versorgung zu wechseln. Beispielsweise könnte sich in dieser Anwendung nach Abklärung möglicher Akutsymptomatik eine weitere identische Abfrage im Low-Code-Bereich anschließen. Sollten die Selbsteinschätzungsverfahren im Low-Code-Bereich die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung ergeben, so ist über diese Anwendungen der Kontakt an den richtigen Behandlungssektor sicherzustellen. Dieses muss den gleichen prozessualen Weg beschreiten wie zuvor beschrieben.

Liegt eine Behandlungspriorität innerhalb der nächsten 24 h vor, so kann in der Regel während der Praxisöffnungszeiten an den Hausarzt ggf. bei isolierten Beschwerden (z.B. Augen, Gynäkologie) an die fachärztliche Behandlungsschiene verwiesen werden. Im Idealfall kann aus diesen Onlineanwendungen heraus ein Termin in der zuständigen Arztpraxis oder über die Terminservicestelle gebucht werden.

Für definierte Fälle wäre auch in diesem Schritt der Prozesskette ein Kontakt zu einem telemedizinischen Service hilfreich. Die Telemedizin bietet die Chance, ohne Belastung der Praxen, einen Arzt-Patienten-Kontakt aufzubauen, der im Idealfall eine fallabschließende Beratung darstellen kann. Dieses kann bei saisonal gehäuft auftretenden Krankheitsbildern wie grippale Infekte oder auch bei bestimmten Patientengruppen sinnvoll sein. Hier sind als Beispiel pädiatrische Online-Sprechstunden oder aber auch psychiatrische Angebote zu nennen. Gerade die pädiatrischen Online-Sprechstunden entlasteten die Kinderarztpraxen während des Auftretens typischer saisonaler Infektionskrankheiten wie dem RSV-Virus.



## EMPFEHLUNG 2:

### Synchronisierte Abfragesystematiken der 112 / 116117.

Die direkte oder nach durchgeführter Online-Selbsteinschätzung erfolgte Kontaktaufnahme mit den 116117 Servicezentralen bzw. mit der 112, muss in beiden Bereichen über standardisierte Abfragesysteme erfolgen.

Das bedeutet nicht, dass die Fachkräfte in diesen Stellen, nicht in begründeten Bedarfsfällen vom Standard abweichen dürfen. Grundsätzlich muss es das Ziel sein, nach Möglichkeit den Standardalgorithmus anzuwenden, aber in immer wieder auftretenden Spezialfragen auch angemessen auf Problemstellungen adäquat reagieren zu können. Dabei ist es essentiell, dass an beiden Eintrittssystemen zum Versorgungssystem die Abfragealgorithmen aufeinander abgestimmt sind. Es darf für die Patientinnen und Patienten keinen Qualitätsunterschied geben, wenn es um die schnelle Erkennung eines Bedarfs für den Rettungsdienst und damit eines kritischen Notfalles gibt. Die schnelle Erkennung von Tracerdiagnosen und Indikationen für den Rettungsdienst bei akut Behandlungsbedürftigen sind essentiell für das Patientenoutcome.

Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die schnelle Erkennung eines Herz-Kreislauf-Stillstandes zu legen. Weiterhin ist ein besonderer Fokus auf die Erkennung von Tracerdiagnosen zu legen, um leitliniengetreu die schnelle Zuführung über den Rettungsdienst in die klinische Versorgung zu gewährleisten. Die nachgelagerte Steuerung adäquater Ressourcen durch die Integrierten Leitstellen sowie der KV-Terminservicezentralen bedürfen dann im weiteren Prozess ein erweitertes



Portfolio an Reaktionsmöglichkeiten und in den Einsatz zu bringenden Ressourcen.

Eine Synchronisation der Abfragesysteme ist dabei essentiell. Die Abfrageergebnisse und mögliche daraus erzeugte Fallübergaben an den jeweils anderen Versorgungssektor, müssen mit einem Qualitätsmanagementsystem kontinuierlich begleitet werden. Dieses umfasst die Auswertung der durchgeführten Gespräche, aber auch insbesondere die Nachbereitung von Fehlallokationen in den jeweils anderen Versorgungssektor. Um kritische Fälle professionell aufarbeiten zu können, muss ein CIRS-System (Critical Incident Reporting System) eingerichtet werden, in dem standardisiert und multiprofessionell eine Nachbereitung mit nachgelagerten Handlungsempfehlungen etabliert werden.

Zur effizienten Zusammenarbeit einer gegenseitigen digitalen Fallübergabe bedarf es einer gegenseitigen Transparenz in den Prozessen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden in den 112 Leitstellen und den 116117 KV-Terminservicezentrale die Möglichkeit haben, gegenseitig Einblick in bereits erfolgte Dispositionen und getroffene Maßnahmen zu erhalten, um auf Wiederholungsanrufe sachgerecht reagieren zu können. Diese gegenseitige Prozesstransparenz verhindert ein „ping-pong-Spiel“ zwischen der 112 und der 116117, falls Patientinnen und Patienten versuchen über parallele Anfragen die Hilfeleistung zu beschleunigen. Nach aktueller Lage dürfte dieser Informationsbedarf derzeit bei den Integrierten Leitstellen (112) häufiger vorliegen als bei den KV-Terminservicestellen (116117). Die Abfragesysteme der 112 Leitstellen müssen im Low-Code-Bereich dahingehend ertüchtigt werden, dass diese analog zu den Systemen der 116117 die differenzierten dort verorteten Dienste ermitteln können, um eine weitere Kommunikation mit den Betroffenen zu vermeiden. Allerdings könnte der gegenseitige Informationsbedarf steigen, wenn die vorgesehene Differenzierung von Einsatzmitteln, z.B. durch Gemeindenotfallsanitäter, nichtärztliche aufsuchende Dienste, telemedizinische Bearbeitung, etc., künftig einen größeren Stellenwert einnehmen. Aktuell scheitert diese gegenseitige Transparenz im Prozessablauf an datenschutzrechtlichen Hürden. Daher ist keine digitale Fallverfolgung beim jeweiligen Partner möglich. Die Schaffung einer Rechtsgrundlage, die die derzeitigen datenschutzrechtlichen Hürden für einen solchen gegenseitigen Informationsaustausch reduziert, ist daher zwingend zu schaffen.

## EMPFEHLUNG 3:

### Transparente Erfassung und Zurverfügungstellung von Gesundheitsdaten für die 112 Leitstellen und die 116117 KV-Terminservicezentralen erhöht die Prozessqualität.

Die Einführung einer digitalen Patientenakte, u.a. mit einem Notfalldatensatz, wird bereits seit längerem diskutiert und soll eingeführt werden. Neben den praktischen Informationshilfen für den Rettungsdienst oder die Dienste der KV, ist der Zugriff auf Teile der Patientendaten für einen effizienten Ressourceneinsatz und die Einsatzsteuerung wichtig. Für die unter der Empfehlung 2 zu findende Forderung einer gegenseitigen Transparenz der beiden Versorgungssektoren, ist eine dauerhafte Verknüpfung über eine gemeinsame Fall-ID wichtig.

Ein nachgelagertes, durchgängiges Qualitätsmanagementsystem erfordert eine eindeutige Verknüpfung der Einsätze. Hierbei dürfte eine Rechtsgrundlage insbesondere für die Schaffung dieser Fall-ID, z.B. der Anrufernummer, erforderlich sein, mit der für bereits übergebene Fälle eine Status-Abfrage ermöglicht würde. Über den Zugriff auf Daten in einer digitalen Patientenakte können die Mitarbeitenden der Versorgungssektoren schnell einen Überblick über die bereits

erfolgten Kontakte zum Gesundheitswesen einsehen, um so auch adäquater neben dem standardisierten Abfrageprotokoll eine bessere Einschätzung für die Patientinnen und Patienten zu bekommen oder aber um zu erkennen, wie oft die Betroffenen bereits die Versorgungssektoren in Anspruch genommen haben. Neben dem konkreten Nutzen einer digitalen Patientenakte steht natürlich auch der Nutzen für den Rettungsdienst außer Frage. Am Einsatzort kann das zugrundeliegende Krankheitsbild differenzierter erkannt und behandelt werden. Zudem sind wichtige Zusatzinformationen wie Medikamentenpläne der behandelnden Ärzte einsehbar. Die oftmals vorhandene Informationsunsicherheit bei den Einsatzkräften vor Ort, insbesondere bei alleinstehenden Patientinnen und Patienten, wäre damit nicht mehr existent.

Mit dem Ziel „One call fits it all“ sollen die Hilfesuchenden ohne weitere Vermittlung an das richtige Versorgungssegment herangeführt werden. Eine erneute Kontaktaufnahme sollte möglichst vermieden werden.



## EMPFEHLUNG 4:

### Gemeinsamer Einsatz von Ressourcen im Low-code-Bereich ermöglichen.

Wie bereits mehrfach gefordert, benötigen insbesondere die 112 Leitstellen alternative Instrumente zu den aktuell vorhandenen Ressourcen des Rettungsdienstes. Die Tatsache, dass die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes seit Jahren ansteigen und dass die Anzahl der Low-Code-Fälle im Rettungsdienst anteilmäßig ebenfalls deutlich ansteigen, untermauert umso mehr die Forderung, dass die 112 Leitstellen neben dem Rettungsdienst auch auf aufsuchende Dienste zugreifen können müssen. Hier sind die Ressourcen Gemeindenotfallsanitäter, Akut-Nurse, mobile sozialpsychiatrische Dienste, Akut- Pflege- und Palliativteams

zu nennen. Diese Forderungen finden sich auch in der vierten <sup>[12]</sup> und neunten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung <sup>[1]</sup> wieder. Dieser größeren „Blumenstrauß“ an Antwortmöglichkeiten versetzt die 112 Leitstellen in die Lage, zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu reagieren. Die Ressourcen sollten jedoch nicht nur den 112 Leitstellen zur Verfügung stehen, vielmehr ist in der vernetzten Gesundheitsversorgung der Zugriff beider Systeme auf diese Ressourcen essenziell.

## EMPFEHLUNG 5:

### Die Integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz sind auch zukünftig ein fester Bestandteil der kommunalen Gefahrenabwehr.

Primäraufgabe der Integrierten Leitstellen muss die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr bleiben. Damit hat sie primär die Aufgabe einer Leitstelle für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Die Zuordnung weiterer Aufgaben ist nur dann sinnvoll, wenn diese Primäraufgabe nicht tangiert wird.

Die wesentlichen Rollen der Leitstelle der Zukunft entwickeln sich aus deren Aufgabenstellung. Die Aufgabenstellung umfasst zunächst die Hauptaufgaben der „Steuerung der operativen nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr“ und das „Betreiben eines interdisziplinären Informationsraumes“.<sup>[13]</sup>

Diese Hauptaufgaben unterteilen sich wiederum in die Teilaufgaben „Meldungseingang“, „Einsatzlenkung“ und „Lagedarstellung“. Die Einzelaufgaben lassen sich in zeitkritische Einzelaufgaben und zeitunkritische Einzelaufgaben unterscheiden. In der pandemischen Situation 2020/2021 hat sich deutlich herauskristallisiert, dass die kommunalen Strukturen der Gefahrenabwehr und Notfallversorgung Vorteile bieten. Die Beibehaltung der integrierten Hilfeleistungssysteme von Rettungsdienst, Feuerwehr (Brandschutz und technische Hilfeleistung) und Bevölkerungsschutz unter der europaweit einheitlichen Notrufnummer 112 bleibt daher eine zentrale Forderung. Bei der Neuordnung der Notfallversorgung sind Leitstellen als Gatekeeper in alle Versorgungsebenen einzubeziehen. Für die Einsatzsteuerung sind die

Leitstellen mit Zusammenarbeitspartnern zu vernetzen, oder, je nach örtlichen Gegebenheiten, sogar in einer gemeinsamen Organisation zu betreiben.

Der Notruf 112 muss als exklusiver Zugang zu Leistungen der Gefahrenabwehr erhalten bleiben und um die 116117 für nicht zeitkritische medizinische Notfälle ergänzt werden. Bei einem Notfall sind immer zeitkritische lebensbedrohliche Situationen aus den Segmenten Rettungsdienst/Feuerwehr zuerst zu prüfen und primär mit Rettungsmitteln zu beschicken bzw. deren Vorliegen auszuschließen. Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen oder Verletzungen können dann mit mehr Zeit an die 116117 zur ambulanten Versorgung weitergeleitet werden <sup>[14]</sup>.

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



## EMPFEHLUNG 6:

### In den Integrierten Leitstellen müssen differenzierte, aufgabenorientierte Rollen geschaffen werden.

Die Hauptaufgaben der Integrierten Leitstellen entwickeln sich aus dem Anspruch an die Leitstelle als Dienstleister in der operativen Gefahrenabwehr und im Informationsmanagement <sup>[13]</sup>. Diese Hauptaufgaben unterteilen sich wiederum in die Teilaufgaben „Meldungseingang“, „Einsatzlenkung“ und „Lagedarstellung“. Die Einzelaufgaben lassen sich in zeitkritische Einzelaufgaben und zeitunkritische Einzelaufgaben unterscheiden. Aus der Aufbau- und Ablaufkoordination lassen sich folglich die notwendigen Rollen ableiten. Aus der Bearbeitung der Einzelaufgaben ergeben sich die Rollen, die durch die Mitarbeitenden abgedeckt werden, die den Leitstellenprozess bearbeiten müssen (Ablauforganisation). Die Koordination dieser Aufgaben erfordert dann die Rollen für Führungskräfte, die den Teil- und Hauptaufgaben zugeordnet werden können (Aufbauorganisation).

Die Aufbau- bzw. Ablauforganisation beschreibt folglich, welche Rollen sich in der Leitstelle der Zukunft wiederfinden können. Diese Rollen zur Arbeitsteilung finden sich in den Bereichen

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

Die Zusatzbezeichnung „Junior/Senior“ stellt die Erfahrungsstufe und damit die Komplexität der dahinterliegenden Aufgabenstellungen im Ablaufprozess dar. Eine Aufteilung der Rollen auf einzelne Mitarbeitende ergibt sicherlich erst ab einer gewissen Größe einer Leitstelle Sinn, so dass in kleineren Leitstellenstrukturen einzelne Rollen in einer Person vereint sein können.

Nicht nur wegen des aktuellen Fachkräftemangels und des konkurrierenden Zugriffs auf Personal innerhalb des Systems Rettungsdienst/Feuerwehr ergibt es Sinn, Rollen in Ausbildung und Inhalt so zu beschreiben, dass auch alternative Zugangswege in die Leitstellen aufgezeigt werden können, als sie von den meisten Aufgabenträgern aktuell beschriftet werden. Wesentlich ist auch die damit verbundene Spezialisierung und Professionalisierung in einem für die Gefahrenabwehr besonders relevanten Bereich und eine zunehmend einheitliche Qualifikation von ausreichendem Personal. Damit wird auch auf die Kritik einer uneinheitlichen und nicht bedarfsgerechten Ausbildung der Leitstellen in Deutschland reagiert. Dabei differenziert der Umfang und das Niveau der Qualifikationen von den Calltakern über die Dispatcher bis zu den Leitungsfunktionen. Dieses impliziert auch eine dreijährige Ausbildung, der Dispatcher. Quereinstiege für Interessenten aus dem Rettungsdienst und der Feuerwehr müssen dennoch weiterhin möglich sein. Die Rollen in der Leitstelle leiten sich aus deren Aufgabenprofil ab. Inhaltlich sind sie auf die zukünftigen Herausforderungen der Integrierten Leitstellen als Dienstleister in der operativen Gefahrenabwehr und im Informationsmanagement ausgerichtet.





## **Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD:**

Vom First Responder zur  
erweiterten fallabschließenden  
Notfallversorgung

### 3.3 | Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD:

#### Vom First Responder zur erweiterten fallabschließenden Notfallversorgung

Um eine Strukturveränderung des deutschen Rettungsdienstsystems durch die Schaffung komplementärer Versorgungsstrukturen [1] umzusetzen, ist es notwendig ein Qualifikationssystem im Rettungsdienst zu entwickeln, welches dem deutschen Berufsbildungssystem, den benötigten Qualifikationsniveaus im Gesundheits- und Gefahrenabwehrsystem sowie dem Fachkräftemangel in den Gesund-

heitsberufen [15] gleichermaßen gerecht wird. Dieses muss eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit gewährleisten, um den Mitarbeitenden des Berufsfeldes Rettungsdienst eine langfristige berufliche Perspektive, die vielfach gefordert wird [16], durch die Möglichkeiten anerkannter Weiterbildungen und der Anrechenbarkeit bereits absolvierter Qualifikationen zu ermöglichen.

#### EMPFEHLUNG 1:

##### Entwicklung einer einjährigen Zwischenqualifizierung „Transportsanitäter“ für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung.

Die Nomenklatur rettungsdienstlicher Qualifikationen sind in Deutschland historisch gewachsen. Aktuell spiegeln sie keine sinnvolle aufsteigende Qualifikation wider und hemmen eine klare Zuordnung und Identifikation in der Bevölkerung, gegenüber anderen Berufsgruppen sowie im internationalen Vergleich. So stellt der Rettungssanitäter aktuell die Einstiegsqualifikation dar, beschäftigt sich mehrheitlich mit Nicht-Notfallpatienten und wird in der Bevölkerung (und den Medien) als Äquivalent für alle rettungsdienstlichen Qualifikationen verwendet. Eine grundsätzlich neue und zukunftsorientierte Nomenklatur wäre daher geboten.

Die Einstiegsqualifikation Rettungssanitäter (RettSan) ist in Deutschland sowohl im Rettungsdienst als auch im Bevölkerungsschutz etabliert und muss mit Blick auf die Leistungsfähigkeit des Zivil- und Katastrophenschutzes erhalten bleiben. Für die verantwortliche Tätigkeit im Krankentransport sowie für die unterstützende Tätigkeit im Regelrettungsdienst ist sie aktuell nicht mehr ausreichend. Um diese Lücke zu schließen, sollte eine Zwischenqualifikation zwischen RettSan und Notfallsanitäter (NotSan) geschaffen werden. Der Fokus dieser Zwischenqualifizierung liegt auf dem Entwickeln von spezifischen Fertigkeiten und Kompetenzen zum Erkennen und zur Erstversorgung kritischer Patientenzustände, um sowohl Einsätze mit geringerer Komplexität selbstständig abzuwickeln oder bei Bedarf weitere notwendige Rettungsmittel an die Einsatzstelle nachzufordern. Eine auf die RettSan-Qualifikation aufbauende, modulare Form erscheint dabei sinnvoll.

Transportsanitäter (analog CH) kann die dafür entsprechende Berufsbezeichnung sein – wichtiger als die Terminologie an sich, ist die Verankerung der Ausbildung auf Bundesebene als einjährige Berufsausbildung.

Die Berufsausbildung Transportsanitäter läge in der Verantwortung der staatlich anerkannten Berufsfachschulen. Der Umfang muss mindestens 1560 Stunden umfassen, mit dem Ziel einer Anrechnung auf das erste Ausbildungsjahr der Notfallsanitäterausbildung.

Die Lernorte werden wie folgt definiert:

- Mindestens 700 Stunden theoretische und praktische Ausbildung an der Berufsfachschule (bis zu 280 Stunden durch RettSan anerkenbar, je nach landesrechtlicher Konfiguration)
- Mindestens 700 Stunden praktische Ausbildung in der Rettungswache (bis zu 500 Stunden durch RettSan anerkenbar, bei entsprechendem Nachweis)
- Mindestens 160 Stunden praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung zur Patientenversorgung, davon 80 Stunden Pflegestation, 80 Stunden Notaufnahme (bis zu 160 Stunden durch RettSan anerkenbar, falls die RettSan-Ausbildung länger als 5 Jahre zurückliegt nur 80 Stunden anerkenbar)

#### EMPFEHLUNG 2:

##### Zeitgemäße Anpassung des Berufszulassungsgesetzes NotSan und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.

Die Ausbildung und der Einsatz von NotSan ist bundesweit gut etabliert, adäquat an das berufliche Bildungssystem adaptiert und soll im Kern bestehen bleiben. Dringend erforderlich ist eine fortwährende Anpassung des Berufszulassungsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an die berufli-

che Wirklichkeit [17]. Wohlwissend, dass die Ausbildung und der Tätigkeitsbereich der NotSan bundesweit heterogen umgesetzt ist, kann und soll die Qualifikation NotSan auch weiterhin den Kern des rettungsdienstlichen Qualifikationssystems darstellen.

#### EMPFEHLUNG 3:

##### Ermöglichung beruflicher Entwicklungsperspektiven durch Fachweiterbildungen und Akademisierung für veränderte Versorgungsbedarfe.

Um die Einsatzmöglichkeiten und die persönlichen Perspektiven der qualifizierten NotSan zu erweitern, müssen anerkannte Fachweiterbildungen, in Anlehnung an Formate aus dem Bereich der Pflegeberufe, etabliert werden. Dadurch entsteht die Möglichkeit NotSan für spezielle Bereiche der rettungsdienstlichen Versorgung mit erweiterten Anforderungen oder komplementärer Versorgungsstrukturen zusätzlich zu qualifizieren. Fachweiterbildungen sollten initial für den Bereich des Intensivtransportes, der Luftrettung, für die Organisation der praktischen Ausbildung auf der Rettungswache und perspektivisch für die Anforderungen spezieller Patientengruppen, z. B. pädiatrische Patienten, etabliert werden [18].

Durch die Akademisierung der Lehrkräfte an den Berufsfachschulen stehen für den schulischen Teil der Berufsausbildung geeignete Fachkräfte zur Verfügung. Die praktische Ausbildung auf den Rettungswachen wird durch Praxisanleiter sichergestellt, die über eine 300-stündige Weiterbildung verfügen. Das erscheint für die reine Anleitung von Schülern ausreichend. Um Schüler nicht nur fachlich, sondern auch im Bereich der Sozial- und Personalkompetenzen qualifizieren zu können, ist eine weitere didaktische Strukturierung der praktischen Ausbildung auf den Rettungswachen zukünftig dringend erforderlich. Hierfür sollten an den

Rettungswachen Berufspädagogen installiert werden, die über eine entsprechende Fachweiterbildung verfügen. Dies würde die praktische Ausbildung weiter professionalisieren und wäre ein Element, die Verweildauer im Beruf positiv zu beeinflussen. Die Erfordernisse spezieller rettungsdienstlicher Tätigkeitsfelder, wie z. B. die Luftrettung und der Intensivtransport, haben in den letzten Jahren technisch und medizinisch eine enorme Entwicklung erfahren. Die aktuell etablierten mehrtägigen Fortbildungen sind für die Qualifikation spezialisierter Fachkräfte nicht mehr ausreichend. Fachweiterbildungen können diese Lücke schließen. Spezielle Patientengruppen erfordern spezialisiertes Fachpersonal. Am Beispiel der speziellen Bedürfnisse kindlicher Patienten lässt sich aufzeigen, dass der Transport von Neugeborenen, die Begleitung geburts-hilflicher Notfälle oder die Begleitung spezialisierter Notärzte ebenfalls den Anspruch an hochqualifiziertes Fachpersonal erhebt.

Fachweiterbildungen umfassen, angelehnt an Fachweiterbildungen anderer Gesundheitsberufe, eine weitere Ausbildung von ca. 2000 Stunden. Diese teilt sich in einen theoretischen und fachpraktischen schulischen Unterricht (ca. 800 Stunden), eine praktische Ausbildung im Beruf unter Anleitung und eine Prüfungsphase auf.

Um weitere für das Berufsfeld Rettungsdienst und seine erweiterten Versorgungsstrukturen notwendige Kompetenzen zu entfalten ist auch eine teilweise Akademisierung des Berufsfeldes Rettungsdienst unumgänglich. Diese Akademisierung kann einerseits primärqualifizierend angelegt werden oder andererseits als ergänzende Professionalisierung innerhalb einer gestuften Notfallversorgung erfolgen. Weitere hochschulische Bildungsgänge auf Bachelor- und Masterniveau ermöglichen außerdem eine Professionalisierung des rettungsdienstlichen Systems durch die wissenschaftliche Betrachtung und Entwicklung des Berufsfeldes, die Bereitstellung einer zeitgemäßen Berufspädagogik und die Entwicklung adäquat qualifizierter Führungspersönlichkeiten. Auch zusätzliche Versorgungsstrukturen, die durch das rettungsdienst-

liche System abgebildet werden, benötigen Qualifikationsstufen auf Bachelor- und Masterniveau. Dabei soll und kann die Akademisierung des Berufsfeldes Rettungsdienst die notärztliche Versorgung, entgegen der Befürchtung zum Beispiel des Bündnisses Pro Rettung [19], nicht ersetzen. Vielmehr geht es um eine Schaffung von Qualifikationen mit erweiterten Kompetenzen (Assessment, Beurteilung von Patienten und Hilfesuchenden, etc.), welche innerhalb des Systems, vor allem im Bereich der sogenannten Low-Code-Einsätze, fallabschließend tätig werden und für eine Entlastung des Gesamtsystems sorgen können. Die Befähigung zur erweiterten Heilkunde (über die aktuellen Möglichkeiten des NotSanG hinaus) sollten an einen akademischen Abschluss gebunden sein.

Ein Entwurf für ein gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem ist auch in Abbildung 3 graphisch dargestellt:

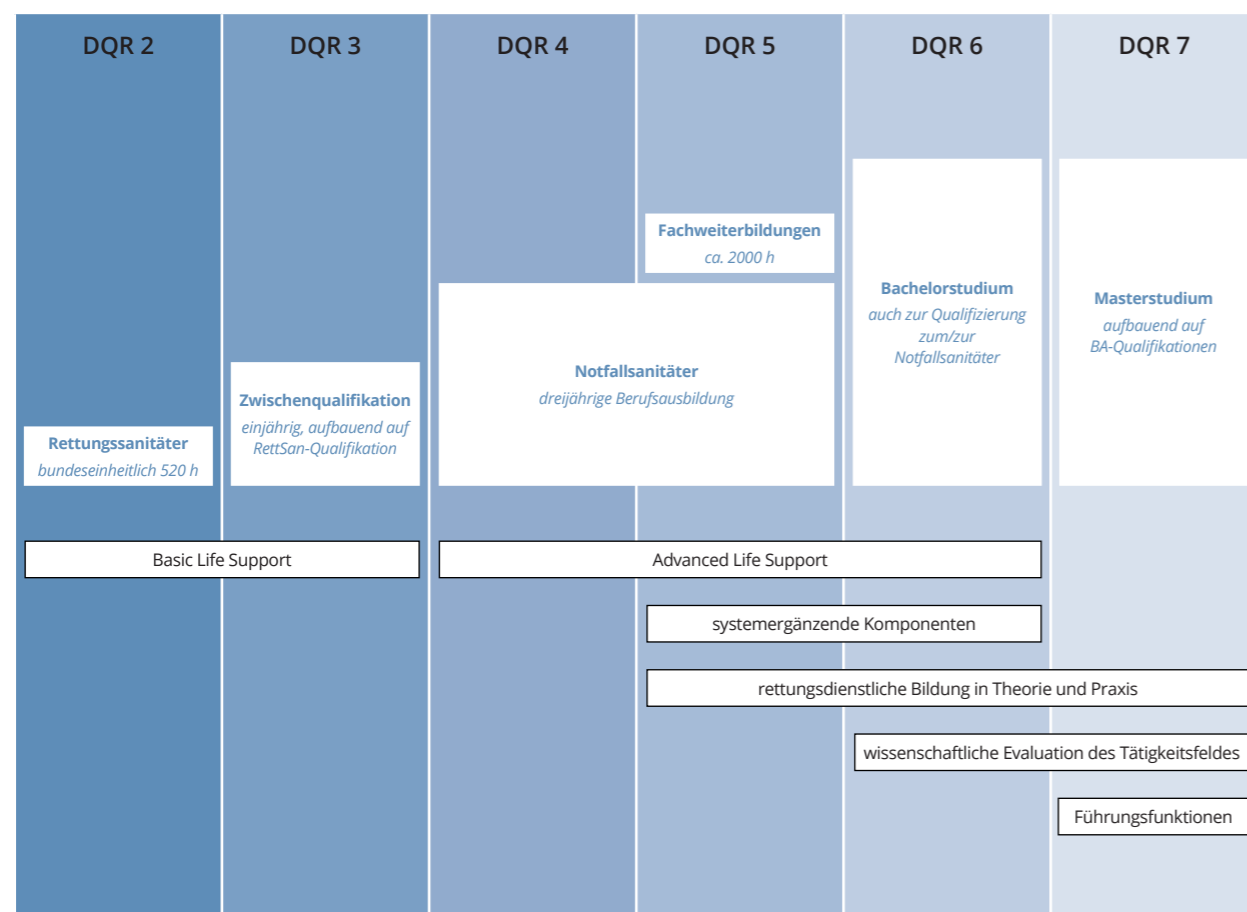
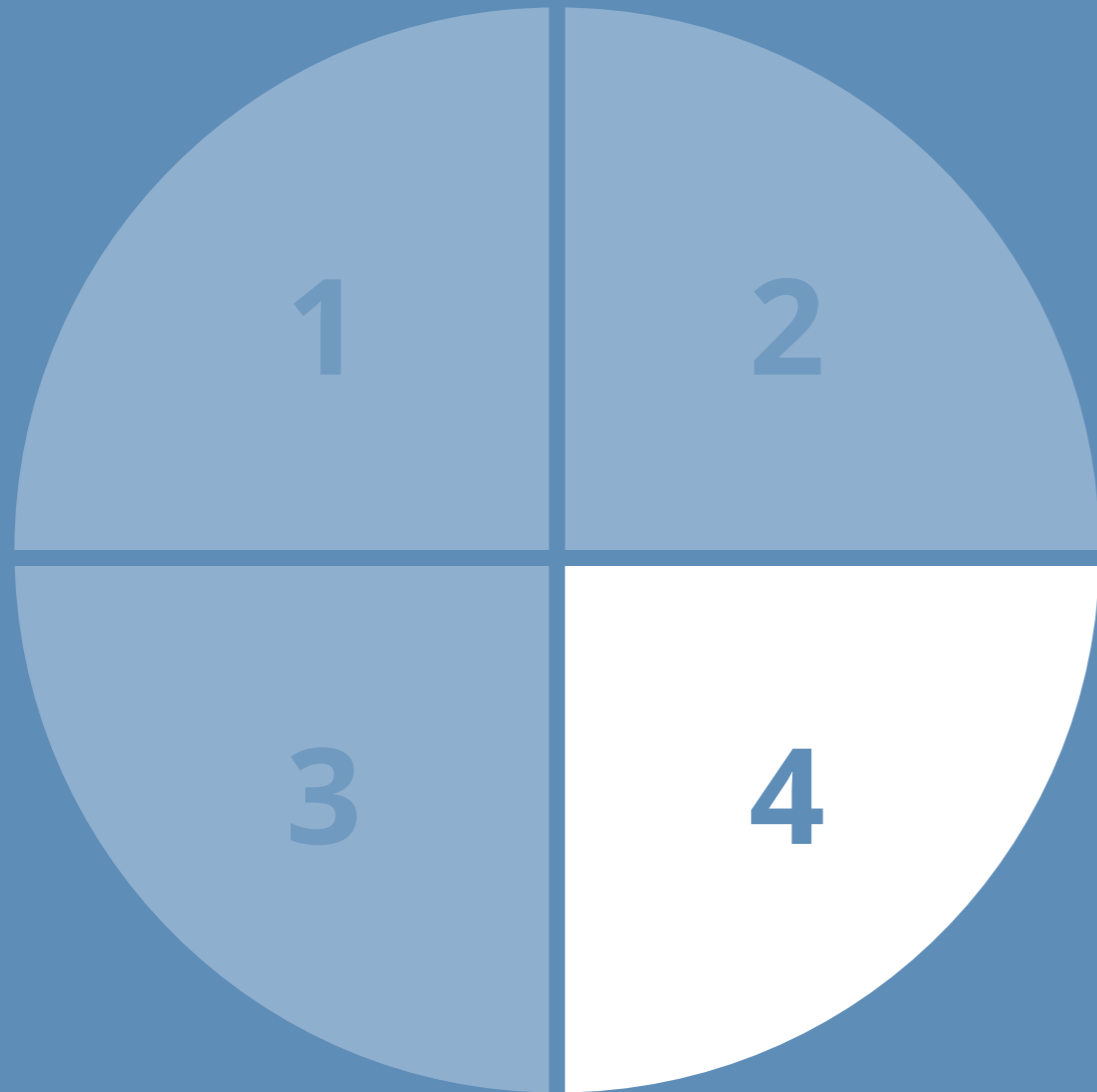


Abbildung 3: Gestuftes und durchlässiges Qualifikationssystem RD





## **Gestuftes Notarztsystem:**

Komplexitätsabhängige  
Ressourcenzuordnung

## 3.4 | Gestuftes Notarztsystem:

### Komplexitätsabhängige Ressourcenzuordnung

Die prähospitalen Notfallmedizin ist ein Querschnittsfach. Da der Notarzt immer dann zum Einsatz kommt, wenn es darum geht, akute Lebensgefahr oder schwere Folgeschäden abzuwenden, reicht das Einsatzspektrum über weite Teile der Medizin und alle Altersgruppen. Damit situationsgerecht die indi-

zierten Maßnahmen auf einem hohen medizinischen Niveau vorgenommen werden können, benötigt der Notarzt eine breite Ausbildung. Obwohl die Musterweiterbildungsordnung zuletzt 2018 novelliert wurde, muss dringend eine erneute Überarbeitung diskutiert werden.

#### EMPFEHLUNG 1:

**Etablierung Spezialisierter Notärzte um der zunehmenden Komplexität und der Forderung nach klinischer Erfahrung und Expertise im Notarztdienst gerecht zu werden.**

Die sinnvollerweise gestiegenen Kompetenzen des Rettungsfachpersonals erfordern eine höhere Handlungssicherheit der Notärzte. Das bisherige System kann dabei den Anforderungen nicht immer gerecht werden, weshalb die Etablierung eines „Spezialiserten“ Notarztes empfohlen wird. Damit verbunden sollte die Weiterbildungsdauer verlängert und Inhalte wie Intensivmedizin aber auch die Simulation als Teil des Einsatzpraktikums obligate Bestandteile werden. Da der Spezialisierte Notarzt, zum Einsatz in Luftrettung oder Telemedizin, nicht allein in den Kliniken ausgebildet werden kann, benötigt er fundierte Einsatzerfahrungen, die nur durch eine Tätigkeit im Rettungsdienst erworben werden können. Gleichsam erscheint es

weder sinnvoll noch möglich, dass jeder Notarzt alle Maßnahmen, bis hin zu hochspezialisierten Maßnahmen, suffizient erlernen und aufgrund ihrer Seltenheit im Einsatzdienst ausreichend oft anwenden kann, um einen soliden Kompetenzerhalt zu sichern. Bei der Versorgung hochkomplexer Patienten sollte der spezialisierte Notarzt im Bedarfsfall auch an der Einsatzstelle als zusätzliche ärztliche Ressource neben Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeug eingesetzt werden. Genauso, wie es in den Schockräumen der Notaufnahmen selbstverständlich ist, dass mehrere Fachärzte mit Kompetenzen in der klinischen Akut- und Notfallmedizin zusammenkommen.

#### EMPFEHLUNG 2:

**Die Einsatzkomplexität bestimmt das notärztliche Kompetenzlevel.**

Die Etablierung eines Spezialisierten Notarztes erfordert, dass die Einsatzkomplexität das erforderliche Kompetenzlevel zu ihrer Bewältigung bestimmt. Einfachere Notfallbilder, bei denen der Notarzt aufgrund seiner klinischen Expertise oder erweiterter ärztlicher Maßnahmen an der Einsatzstelle benötigt wird, sollten auch in Zukunft von Notärzten adressiert werden. Die Kompetenz des Notarztes beginnt in diesem Fall dort, wo gut ausgebildete Notfallsanitäter, mit den durch Standardarbeitsanweisungen und erlern- und beherrschbaren Maßnahmen nicht allein weiterkommen. Die Maßnahmen nach §2a des Notfallsanitätergesetzes

sind dabei immer nur zur Überbrückung bis zur weiteren ärztlichen (auch teleärztlichen) Versorgung einzustufen. Handelt es sich bei den erforderlichen Interventionen um hochinvasive oder deutlich erweiterte Versorgungsoptionen bspw. durch Hämotherapie, dann sollte ein spezialisierter Notarzt in Ergänzung des übrigen Teams hinzugefügt werden. Dabei ist es die verantwortungsvolle Aufgabe der Integrierten Leitstellen, durch differenzierte Abfragesysteme zu diskriminieren, ob das jeweilige Meldebild die parallele Alarmierung mehrerer Kompetenzlevel erfordert.

#### EMPFEHLUNG 3:

**Die Ausbildung von Notärzten muss praxisnah und kompetenzorientiert reformiert werden, um den Anforderungen außerklinischer Notfallmedizin gerecht zu werden.**

Ähnlich wie in Köln oder Berlin [20] sollten Qualifizierung und Einsatz von Notärzten einerseits den Möglichkeiten zu einer validen Ausbildung und andererseits einem zielgerichteten Einsatz entsprechend des benötigten Kompetenzlevels angepasst werden. Da die prähospitalen Notfallmedizin sich in vielen Aspekten von den innerklinischen Bedingungen unterscheidet und Notärzte früh ärztlich auf sich allein gestellt sind, muss die Ausbildung angepasst werden. Über die bereits oben geschilderte Aktualisierung der Weiterbildung, sollte der Lernende intensiv im System eingesetzt und dort engmaschig begleitet werden. Neben Anleitung erfordert die Ausbildung des Notarztes regelmäßige Einsatz- bzw. Fallbesprechungen und strukturiertes Feedback. Hier erscheinen die zitierten Modelle ebenso wie in der Grundidee auch das eines weiterbildungsermächtigten Notarztes aus Niedersachsen vielversprechend. Gerade in großstädtischen Systemen kann hier eine vorübergehende Integration des Lernenden in das Rettungsdienstsystem hilfreich sein, um die Ausbildungsintensität zu steigern. Nach Abschluss der Notarzausbildung sollten Notärzte zusätzlich curriculare Kurse zu Erwachsenenreanimation, Kindernotfall- und Schwerverletztenversorgung sowie zum Intensivtransport absolvieren und diese Qualifikation durch regelmäßige Auffrischung aktuell halten. Da

es jedoch unmöglich erscheint, alle Notärzte in besonders seltenen und komplexen Maßnahmen zu schulen, ist zu diskutieren, ggf. auch in Unterstützung eines bereits vor Ort befindlichen ersteintreffenden Notarztes, ab einem bestimmten Kompetenzlevel einen spezialisierten Notarzt hinzuzuziehen. Diese werden in manchen Ballungsgebieten bereits als Senior HEMS Physician [20] und teilweise mit besonderen Einsatzmitteln. Auch diejenigen, die als Telenotfallmediziner eingesetzt werden sollen, benötigen einen umfassenden Erfahrungsschatz aus dem Notarztdienst, da sie in komplexen Situationen beratend, als Lehrer oder im Intensivtransport zur Unterstützung des Rettungsfachpersonals tätig werden.

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





### **Klaus Meyer**

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

### **Prof. Dr. med. Harald Dormann**

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

### **Prof. Dr.-Ing. Sascha Müller-Feuerstein**

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

### **Prof. Dr. habil. Thomas Prescher**

Fachbereichsleiter Pädagogik,  
Institut für notfallmedizinische Bildung und  
Professur für Didaktik in den Gesundheits-  
berufen, FH Münster

### **Prof. Dr. med. Viktoria Bogner-Flatz**

Ärztliche Leiterin Rettungsdienst München und  
Chefärztin, Zentrale Notaufnahme Kreisklinik  
Ebersberg

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

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

### **Dr. phil. Philipp Dahlmann**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,  
Technische Hochschule Deggendorf

### **Kersten Enke**

Leiter der Johanniter-Akademie Niedersachsen/  
Bremen

### **Dipl. Ing. Marc Gistrichovsky**

Abteilungsleiter Integrierte Leitstelle,  
Stadt Nürnberg – Feuerwehr und  
Vorsitzender Fachverband Leitstellen

### **Bernhard Gliwitzky**

FERC, Geschäftsführender Gesellschafter  
MegaMed GbR, Maikammer,  
Geschäftsführer GRC Akademie GmbH,  
Bellheim

### **Stefanie Gonschorek**

Zweite Vorsitzende, DGR Deutsche Gesellschaft  
für Rettungswissenschaften e.V.

### **Johannes Gottschalk**

Referatsleiter Bildung, Bayerisches Rotes Kreuz,  
Kreisverband Regensburg

### **Kevin Grigorian**

Geschäftsbereichsleiter Geschäftsbereich  
Rettung & Medizinische Dienste, Johanniter-  
Unfall-Hilfe e.V.

### **Sebastian Habicht**

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

### **Dominik Hahnen**

Schulleiter Malteser Bildungszentrum  
Euregio

### **Alexander Hameder**

Bereichsleiter Einsatz- und Notrufdienste,  
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

### **Dr. sc. hum. David Häske**

Wissenschaftlicher Geschäftsführer,  
Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen  
und Versorgungsforschung

### **Claus Kemp**

Bezirksgeschäftsführer Malteser Hilfsdienst  
gGmbH, Bildungszentrum HRS

### **Prof. Dr. med. Clemens Kill**

Vorsitzender, Deutsche Gesellschaft für  
Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin  
e.V. und Direktor, Zentrum für Notfallmedizin,  
Universitätsmedizin Essen

### **Prof. Dr. Sebastian Koch**

Professor an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena  
im Fachbereich Gesundheit und Pflege

### **Stefan Kornhaas**

Leiter Rettungsdienst,  
BRK Kreisverband Fürth

### **Prof. Dr. med. Christian K. Lackner**

Vorstandsvorsitzender Enneker Stiftung

### **Sebastian Lange**

Abteilungsleiter Rettungsdienst,  
Bayerisches Rotes Kreuz

### **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner**

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

### **Marc Lechner**

Fachbereichsleiter Abteilung Rettungsdienst,  
BRK Landesgeschäftsstelle München

### **Josef Pemmerl**

Leiter Rettungsdienst Bayern, Malteser Rettungs-  
dienst gGmbH Landesgeschäftsstelle Bayern

### **Martin Pin**

Präsident der Deutschen Gesellschaft  
interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin  
DGINA e.V.

### **PD Dr. med. Stephan Prückner**

Geschäftsführender Direktor, Institut für  
Notfallmedizin und Medizinmanagement  
(INM)

### **Helge Regener**

Geschäftsführer, SIRMED Schweizer Institut für  
Rettungsmedizin AG

### **Dr. med. Florian Reifferscheid**

Vorstandsvorsitzender der Bundesvereinigung  
der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte  
Deutschlands BAND e.V.

### **Dr. rer. medic. Henning Sander**

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

### **Mirjam Schmidt**

Geschäftsführerin und Direktorin,  
Institut für notfallmedizinische Bildung und  
Leiterin Bildungszentrum, Klinikum Fürth

### **Christoph Tögel**

stellv. Schulleiter, Bildungszentrum DRK  
Rettungsdienst Mittelhessen

### **Prof. Dr. habil. Clemens Werkmeister**

Präsident der SRH Wilhelm Löhe  
Hochschule Fürth

---

Für die Co-Finanzierung der Sachkosten durch  
die BINZ Stiftung sprechen wir unseren herzlichsten  
Dank aus. Die Ergebniserarbeitung erfolgte  
unabhängig der finanziellen Unterstützung.

[www.stiftung-binz.de](http://www.stiftung-binz.de)

STIFTUNG **BINZ**<sup>®</sup>

[1]

Regierungskommission, Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung (2023), Erreichbar unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf), Stand: 12.12.2023.

[2]

AGNNW, AGNNW-Stellungnahme zu den Empfehlungen der Regierungskommission „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ (2023), Erreichbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2212-0848.pdf>, Stand: 23.11.2023.

[3]

GKV, Reform des Rettungsdienstes Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes. (2023), Erreichbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/20231115\\_Positionspapier\\_Rettungsdienst\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20231115_Positionspapier_Rettungsdienst_barrierefrei.pdf), 13.11.2023.

[4]

DGRe, Kommentar zur "Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung." (2023), Erreichbar unter: <https://www.dgre.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen/kommentar-zur-9-stellungnahme-und-empfehlung-der-regierungskommission-fur-eine-moderne-und-bedarfsgerechte-krankenhausversorgung-reform-der-notfall-und-akutversorgung-rettungsdienst-und-finanzier/>, Stand: 12.12.2023.

[5]

Drucksache 20/0951, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/9651 – Maßnahmen der Bundesregierung zur Reform der Rettungsdienstfinanzierung. (2024), Erreichbar <https://dserver.bundestag.de/btd/20/099/2009959.pdf>, Stand: 12.01.2024.

[6]

Bohn, A., Kerner, T. & Reifferscheid, F., Editorial Keine Angst vor Veränderung. In: NOTARZT 2023; 39(06): 293, DOI: 10.1055/a-2187-0013, (2023), S. 293

[7]

Meyer, K., Dormann, H. & Prescher, T. Fürther Gespräche: Expertenforum für den Rettungsdienst mit Forderungen an Politik und Gesellschaft. Notfall Rettungsmed (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9>

[8]

Breuer, F., Dahmen, J., „Fehleinsätze“ im Rettungsdienst – Notwendigkeit einer einheitlichen Begriffsdefinition und Abgrenzung zu Bagatelleinsätzen. Notfall Rettungsmed (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01166-5>

[9]

Breuer, F., Beckers, S.K., Dahmen, J. et al. Vorbeugender Rettungsdienst – präventive Ansätze und Förderung von Gesundheitskompetenz an den Schnittstellen zur Notfallrettung. Anaesthesiologie 72, 358–368 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01272-6>

[10]

Gottschalk, J., Jerrentrup, A., Plöger, B. et al. Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll?. Notfall Rettungsmed (2024). <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1>

[11]

Bundesministerium für Bildung und Forschung, Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR). (2013), [https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr\\_handbuch\\_01\\_08\\_2013.pdf?\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?_blob=publicationFile&v=1). Zugegriffen: 24.März 2024

[12]

Regierungskommission, Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. (2023) Erreichbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Notfall\\_ILS\\_und\\_INZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf), Stand: 12.04.2024.

[13]

AGBF, Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter der Berufsfeuerwehren zur Rollenbeschreibung und Fähigkeiten Leitstellenmitarbeiter:in der Zukunft. Leitstelle und Ausbildung. (2023), Erreichbar unter: <https://www.agbf.de/downloads-ak-ausbildung/category/25-ak-ausbildung-oeffentlichempfehlungen?download=400:2023-11-lst-mitarbeitende-zukunft>, Stand: 11.02.2024.

[14]

Fachverband Leitstellen e.V, Positionspapier 2022 zu den zukünftigen Schwerpunkten der Verbandsarbeit. (2022), Erreichbar unter: <https://www.fvlst.de/wp-content/uploads/2022/01/FVLST-Positionspapier-2022.pdf>, Stand: 23.06.2023.

[15]

Habicht S, Hahnen D, Strategien gegen den Personalmangel im Rettungsdienst. Notfall + Rettungsmedizin, (2023).

[16]

Hoffmann T, Macke M, Berufstreu von angehenden Notfallsanitäter\*innen: Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib. In: Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst, Aachen, (2020).

[17]

Hahnen D, Karutz H, Charakteristika der Berufsrealität im Rettungsdienst: Didaktische Überlegungen für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Lehren und Lernen im Gesundheitswesen 10/2023: 22-29.

[18]

Sommer A, Rehbock C, Seeger I et al., Zwei Jahre Pilotphase Gemeindenotfallsanitäter in der Region Oldenburg (Niedersachsen). Notfall + Rettungsmedizin, (2022).

[19]

Bündnis Pro Rettung, Akademisierung im Rettungsdienst. (2024) Erreichbar unter: <https://pro-rettungsdienst.org/2024/akademisierung-im-rettungsdienst/>, Stand: 01.05.2025.

[20]

Breuer, F., Dahmen, J., Malysch, T. et al., Strukturqualität im Berliner Notarztdienst: Funktionen, Qualifikationen und Kompetenzerhalt. Notfall Rettungsmed 26, (2023), 602–610. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01020-0>

Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung gGmbH

Deutenbacher Straße 1  
90547 Stein

Geschäftsführer:  
Klaus Meyer, Mirjam Schmidt

[www.inob.org](http://www.inob.org)



**Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung**