



11 Thesen der

agswn

zur medizinischen
Notfallversorgung
der Bevölkerung

11 Thesen der agswn zur medizinischen Notfallversorgung der Bevölkerung

1. Die **agswn** setzt sich für eine sachlich-fachlich hochwertige Notfallversorgung ein, die nicht nur die aktuellen medizinischen Leitlinien berücksichtigt, sondern insbesondere auch eine empathische Patientenversorgung umfasst.
2. Die **agswn** setzt sich für eine Reform des notarztgestützten Rettungsdienstsystems ein und fordert, dass die Notfallmedizin von Mediziner*innen gestaltet und verantwortet wird.
3. Die **agswn** setzt sich für die Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter*innen ein. Sie hat entsprechend an der Entwicklung des Berufsbildes und an den Handlungsempfehlungen mitgewirkt und begleitet jetzt und zukünftig den weiteren Prozess.
4. Die **agswn** setzt sich dafür ein, dass Strategien entwickelt werden, um dem zunehmenden Personalmangel in allen Bereichen des Notarzt- und Rettungsdienstes entgegenzuwirken.
5. Die **agswn** setzt sich dafür ein, dass medizinische Leitlinien und Konzepte erarbeitet und umgesetzt werden.
6. Die **agswn** entwickelt und unterstützt notfallmedizinisches Qualitätsmanagement sowie Initiativen und Projekten mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung.
7. Die **agswn** setzt sich für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzt*innen inklusive einer verpflichteten Rezertifizierung ein.
8. Die **agswn** setzt sich dafür ein, dass nach jedem Rettungsdiensteinsatz ein Debriefing – im Sinne eines Crew Resource Management – stattfindet.
9. Die **agswn** setzt sich für die durchgängige Digitalisierung der Rettungskette in der Notfallmedizin sowie für die Entwicklung und den Einsatz intelligenter Technologien ein.
10. Die **agswn** setzt sich für die kommunale Trägerschaft des Notarzt- und Rettungsdienstes ein. Dies inkludiert die Amtshaftung für alle in der Notfallmedizin Tätigen.
11. Die **agswn** stellt sich den Herausforderungen, die durch den Klimawandel und die daraus resultierenden kurz- wie langfristigen Folgen für die notfallmedizinische Versorgung zu erwarten sind und setzt sich für die Berücksichtigung der Aspekte Ökologie und Nachhaltigkeit in allen Bereichen der Notfallversorgung ein.

Zu These 1: Die agswn setzt sich für eine sachlich-fachlich hochwertige Notfallversorgung ein, die nicht nur die aktuellen medizinischen Leitlinien berücksichtigt, sondern insbesondere auch eine empathische Patientenversorgung umfasst.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Notfall umfasst die gesamte Rettungskette, beginnend mit dem Erkennen und Melden des Notfalls bis hin zur definitiven Versorgung im Krankenhaus. Der Notarzt- und Rettungsdienst ist schon seit Langem nicht nur ein Transportdienst für die Patienten, sondern verantwortlich für die leitliniengerechte medizinische Diagnostik, Therapie und Versorgung von Menschen in Not.

Die agswn weist darauf hin, dass der Leitstelle für die Steuerung dieses medizinischen Systems eine besondere Bedeutung zukommt, da der Notfallpatient sein Krankheitsbild selbst nicht einschätzen kann. Schon an dieser Stelle sind medizinische Leitlinien und Konzeptpapiere gefordert(1), welche die Dringlichkeit und medizinische Versorgungstiefe definieren. Für die agswn ist es eine Selbstverständlichkeit, dass die gesamte Rettungskette für die medizinische Notfallversorgung entsprechend medizinischer Leitlinien zu erfolgen hat.

Die agswn setzt sich ebenfalls dafür ein, dass die Rettungskette auch dadurch gestärkt wird, dass die Bevölkerung gut in dem Erkennen von Notfallsituationen, der Alarmierung und der ersten Hilfe inklusive der Basismaßnahmen der Reanimation geschult wird. Zudem sollten in den Leitstellen sowohl die Telefonreanimation als auch die Alarmierung von Helfern über Geopositionierung und Smartphone fester Bestandteil des Systems Notfallrettung sein.

Darüber hinaus aber fordert die agswn, dass die Patientenversorgung – über die gesamte Rettungskette – empathisch und mit adäquater Kommunikation erfolgen sollte. Diese Aspekte werden bisher nicht hinreichend geschult, weswegen Kommunikation und empathische Patientenversorgung Lehr- und Lerninhalte sein sollten. Entsprechend sind Notfall- und Simulatorkurse zu planen und personell auszustatten. Dabei soll das Ziel – neben der bestmöglichen medizinischen Versorgung – immer auch der wertschätzende und patientenzentrierte Umgang mit den Menschen sein. Dies gilt selbstverständlich auch für die Angehörigen, denen in der Notfallsituation entsprechend Unterstützung angeboten werden sollte, durch z.B. „Krisen-Interventions-Teams“ oder im Rahmen der „Psychosozialen Notfallversorgung“.

Zu These 2: Die *agswn* setzt sich für eine Reform des notarztgestützten Rettungsdienstsystems ein und fordert, dass die Notfallmedizin von *Medizinern* gestaltet und verantwortet wird.

Notfallmedizin wird zukünftig mehr und mehr von Rettungsdienstfachpersonal – ohne ärztliche Approbation – ausgeführt werden müssen. Dies ist umsetzbar und notwendig, da einerseits die Qualifikation des Rettungsdienstfachpersonals durch die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter gesteigert werden konnte und andererseits die ärztliche Verfügbarkeit durch einen spürbaren Ärztemangel abnimmt. Die Steuerung dieses Systems der medizinischen Daseinsfürsorge und die Festlegung von Indikationen und Standards ist und bleibt eine ärztliche Aufgabe, die gemeinsam mit den anderen Leistungserbringern erfolgen soll.

Um diesen Herausforderungen des Jetzt und der Zukunft im Notarzt- und Rettungsdienstsystem gerecht zu werden, ist es unumgänglich, dieses System nachhaltig zu reformieren. Basis und Kernstück der Reform sind die ärztlichen Definitionen zur Dringlichkeit der medizinischen Notfallversorgung, medizinischen Versorgungstiefe und personellen Umsetzung.

Die *agswn* weist darauf hin, dass wir schon jetzt ein notfallmedizinisches Versorgungssystem haben und zukünftig weitere differenzieren, welches verschiedene Versorgungstiefen bietet, die sachgerecht den Notfallpatienten zugeordnet werden müssen, u.a.:

- ✓ ambulante Selbstversorgung nach telefonischer Beratung mit hausärztlicher Weiterversorgung
- ✓ ambulante Versorgung durch z.B. Gemeinde Notfallsanitäter in Absprache mit Telenotarzt
- ✓ (ambulante) Versorgung durch kassenärztlichen Notdienst
- ✓ Versorgung durch Notfallsanitäter in Vorabdelegation
- ✓ Versorgung durch Notfallsanitäter in Delegation / Absprache mit Telenotarzt
- ✓ Versorgung durch Notarzt, bodengebunden ggf. in Absprache mit Telenotarzt
- ✓ Versorgung und Transport durch Notarzt im Rettungshubschrauber
- ✓ Erweiterte Versorgung durch ein Medical Intervention Car (Notarzt PLUS)(2)

Die sachgerechte Zuordnung kann nur erfolgen, wenn nicht nur der Notarzteinsatzkatalog durch die Ärztekammern aktualisiert wird, sondern für jede oben genannte Versorgungstiefe ein Einsatzkatalog medizinisch-ärztlich definiert wird. Diese Einsatzkataloge müssen die Grundlage für IT-basierte Abfrage und Dispositionssysteme in den Leitstellen werden, um die komplexen Anforderungen rechtssicher für Disponenten und das Notarzt- und Rettungsdienstfachpersonal umsetzen zu können.

Diese Reform könnte dann zu einer Reduktion der Anzahl der Notarzteinsätze und konsekutiv der Notarztstandorte führen. Hierbei weist die **agswn** aber darauf hin, dass der Notarzt spätestens nach einer Hilfsfrist von 12 min beim schwer Erkrankten oder Verletzten sein sollte. Die reduzierten Notarztstandorte müssen nach Bedarf und nicht nach zufällig vorhandenen Krankenhäusern in der Fläche positioniert werden.

Des Weiteren erfordert die Reduzierung der Notarzteinsätze einen konsequenten weiteren Ausbau der Kompetenzen von Notfallsanitätern. Die verbleibenden Notärzte sollen eine exzellente notfallmedizinische Expertise aufweisen, so dass mittelfristig eine Anstellung in notfallmedizinischen Krankenhäusern / Zentren überlegt werden sollte. Dort sollten die Kollegen in der täglichen klinischen Routine interdisziplinär kritisch kranke Patienten versorgen. Eine Abkehr von freiberuflicher notärztlicher Tätigkeit ohne diese Anbindung ist zu prüfen.

Zu These 3: Die **agswn** setzt sich für die Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter ein. Sie hat entsprechend an der Entwicklung des Berufsbildes und an den Handlungsempfehlungen mitgewirkt und begleitet jetzt und zukünftig den weiteren Prozess.

Die **agswn** als Teil der BAND (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V.) hat sich schon Anfang der 2000er Jahre für eine dreijährige Ausbildung des damaligen Rettungsassistenten mit einer erweiterten Regelkompetenz eingesetzt. Schon damals wurde im Konzeptpapier der BAND gefordert, dass unter ärztlicher Ausbildung und Aufsicht folgende erweiterte Kompetenzen geschult und umgesetzt werden sollten:

- ✓ Feststellung einer Arbeitsdiagnose bei Notfallpatienten
- ✓ EKG-Ableitung mit Basisinterpretation
- ✓ erweiterte Reanimation mit Defibrillation und Medikation
- ✓ Intubation in ausgewählten Situationen (ohne Narkoseeinleitung)
- ✓ Legen eines periphervenösen Zuganges
- ✓ Infusion von Elektrolytlösungen
- ✓ Applikation ausgewählter Medikamente

Vor diesem Hintergrund war es selbstverständlich, dass sich die **agswn** maßgeblich an der Erarbeitung der Handlungsempfehlungen für den Notfallsanitäter beteiligt hat. Die Handlungsempfehlungen liegen aktuell in der Version 3.1 vor.

Die **agswn** unterstützt die Umsetzung der Vorabdelegation durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) im Saarland und Rheinlandpfalz und das Delegationskonzept im Baden-Württemberg (siehe hierzu Rettungsdienstplan BW).

Die **agswn** unterstützt die Einführung der „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst“ (SAA und BRP) der fünf / bald sechs Länderearbeitsgruppe als Grundlage für die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, da damit Ausbildungskonzepte über Bundesländergrenzen vereinheitlicht werden.

Die **agswn** befürwortet prinzipiell die Umsetzung der heilkundlichen Delegation in Baden-Württemberg durch „Ärztlich Verantwortliche für den Rettungsdienst“, stellt aber fest, dass die Steuerung des Notarzt- und Rettungsdienstsystems im oben genannten Sinne erheblich erschwert wird. Denn für einen Rettungsdienstbereich in BW ist nicht ein „ÄLRD“ – wie in allen anderen Bundesländern – für die Systemsteuerung verantwortlich, sondern fünf bis sechs Ärzte der verschiedenen Hilfsorganisationen, der Notarztstandorte und des ÄLRD auf Regierungspräsidiumsebene.

Zu These 4: Die *agswn* setzt sich dafür ein, dass Strategien entwickelt werden, um dem zunehmenden Personalmangel in allen Bereichen des Notarzt- und Rettungsdienstes entgegenzuwirken.

Der aktuell im Notarzt- und Rettungsdienst herrschende Personalmangel wird sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und nicht durch eine Maßnahme alleine zu beheben. Die Fragen nach attraktiverer Bezahlung und Arbeitszeiten müssen hier wohl genauso diskutiert werden wie die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Zufriedenheit der Mitarbeiter im Rettungsdienst der Schlüssel zur Bekämpfung des Personalmangels ist. Zufriedenheit wird jedoch nicht ausschließlich durch Bezahlung oder Arbeitsbelastung definiert. Hier spielt eine Vielzahl von Problemen eine Rolle, die aus Sicht der *agswn* dringend gelöst werden müssen. Unter anderem seien hier erwähnt:

- ✓ Reduktion der Anzahl der Einsätze mit wenig oder fehlendem notfallmedizinischem Bezug
 - o Zusammenführen der Versorgungssysteme des kassenärztlichen Notdienstes, des Rettungsdienstes wie auch neueren Entwicklungen wie z.B. den Gemeindenotfallsanitäter
 - o Einsatz und Fortentwicklung strukturierter Abfragesysteme zur zielgerichteten Disposition
- ✓ Schaffung von alternativen Lösungen bezüglich Arbeitszeiten, hier sicherlich auch hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Es werden weiterentwickelte, auch die Schlafphysiologie berücksichtigende Schichtmodelle benötigt.
- ✓ Verbindliche Dienstpläne mit Reserven zum Personalausfallmanagement, um ungeplantes Einspringen und Anfragen in der Freizeit deutlich zu reduzieren. Bsp: Geplante Rufbereitschaften für Ausfälle, die vergütet sein müssen.
- ✓ Schaffung eines optimierten Arbeitsumfeldes
 - o zeitgemäß ausgestattete Rettungswachen und Rettungsmittel
 - o optimierter Arbeitsschutz und Gewaltprävention
 - o wertschätzender Umgang
- ✓ Schaffung von Perspektiven im Beruf Rettungssanitäter & Notfallsanitäter
 - o Kombination von unmittelbarer Funktion als Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter und anderen Aufgaben (Schulung, etc.) mit entsprechender Aufstiegsmöglichkeit und Entlohnung
 - o sicheres Arbeiten in Delegation (vorab und/oder durch Telenotarzt)
- ✓ Notarztstätigkeit als Dienstaufgabe aus einem notfallmedizinischen Zentrum heraus
 - o Reduktion der Arbeitszeit
 - o Sicherheit durch Supervision, Praxiserhalt und Kollegenaustausch

Zu These 5: Die *agswn* setzt sich dafür ein, dass medizinische Leitlinien und Konzepte erarbeitet und umgesetzt werden.

Die Arbeit im Notarzt- und Rettungsdienst ist eine hoch spezialisierte medizinische Versorgung, welche zudem extrem zeitkritisch ist und nicht in einem gewohnten Umfeld stattfindet. Die Basis für eine evidenzbasierte medizinische Versorgung der Notfallpatienten sind medizinische Leitlinien, welche durch die medizinischen Fachverbände in Kooperation erarbeitet werden. Darüber hinaus sind im Notarzt- und Rettungsdienst logistische und einsatztaktische Entscheidungen zu treffen, die von elementarer Bedeutung für die Patientenversorgung im Notfall sind.

Die *agswn* als auch die Mitglieder der *agswn* haben sich in den letzten Jahren aktiv eingebracht, notfallmedizinische Leitlinien, wissenschaftliche Arbeiten und Konzeptpapiere zu entwickeln und fortzuschreiben. Nachfolgend seien beispielhaft aufgeführt:

- ✓ Das Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik (1, 3-6)
- ✓ Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation (7-10)
(<https://www.cprguidelines.eu/>)
- ✓ S3-Leitlinie zur Schwerverletztenversorgung (11)
(https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-023l_S3_Polytrauma-Schwerverletzten-Behandlung_2023-02.pdf)
- ✓ S2K-Leitlinien Anaphylaxie (12, 13)
- ✓ Atemwegsmanagement und Notfallnarkose (14-22)
- ✓ Schmerztherapie in der Notfallmedizin (23)
- ✓ Intraossärer Zugang (24, 25)
- ✓ Hilfsfrist (26, 27)

Zu These 6: Die agswn entwickelt und unterstützt notfallmedizinisches Qualitätsmanagement sowie Initiativen und Projekten mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung.

Die agswn hat sich seit Jahrzehnten für die stete Fortentwicklung und ein umfassendes Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin eingesetzt.

Zunächst wurden standardisierte Notarztprotokolle eingeführt, welche maschinenlesbar, nicht nur zur Dokumentation, sondern auch zum notärztlichen Qualitätsmanagement (QM) eingesetzt wurden (28-30). Das QM wurde in Kooperation mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg durchgeführt.

Aus diesem Konzept einwickelte sich die „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ (SQR-BW), welche der Landesausschuss für den Rettungsdienst im Jahr 2011 begründete. Die SQR-BW ist mit der Entwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherung im Notarzt- und Rettungsdienst von Baden-Württemberg beauftragt und beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg als interdisziplinär besetzte, fachlich unabhängige und eigenständige Organisationseinheit angesiedelt. Die agswn ist als Geburtshelfer für diese Einrichtung bis heute im Beirat der SQR-BW fachlich eingebunden, um die Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln und eine umfassendes QM-System zu etablieren. Die jährlichen Berichte erscheinen seit 2012 und sind online verfügbar (<https://www.sqrbw.de/sqr-bw/qualitaetsberichte/>).

Neben dem QM-System NADOK/SQR-BW war die agswn durch ihre Mitglieder an der Entwicklung eines weiteren QM-Systems für den Rettungsdienst federführend beteiligt: dem Deutschen Reanimationsregisters (GRR) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (31, 32).

Aktuell sind mehr als 110 Notarzt- und Rettungsdienstbereiche im Deutschen Reanimationsregister aktiv, darunter auch das Land Rheinland-Pfalz.

Die agswn unterstützt die Teilnahme am GRR, da nur das GRR ein QM-System bietet, welches die aktuellen Leitlinien zur Reanimation fordern (9, 33). Die Leitlinien empfehlen ein QM-System zu implementieren, welches die Effektivität des Rettungsdienstes hinsichtlich der Reanimationsbehandlung messen kann. Das GRR berechnet Überlebensraten nach Reanimation – risikoadjustiert und über die gesamte Rettungskette – im Vergleich mit den anderen Rettungsdiensten (34-41). So kann jeder Notarzt- und Rettungsdienst seine Stärken und Schwächen erkennen und zielgerichtet Maßnahmen zur Verbesserung der Notfallversorgung einleiten.

Zu These 7: Die agswn setzt sich für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzten inklusive einer verpflichteten Rezertifizierung ein.

Die Medizin und damit auch die Notfallmedizin steht in einem andauernden Wandel. Leitlinien und Behandlungspfade werden regelmäßig evaluiert und an den neusten Stand der Wissenschaft und der evidenzbasierten Medizin angepasst, neue technische Möglichkeiten und Entwicklungen werden in die Behandlung integriert. Als Beispiele seien hier die Leitlinien zur Behandlung des Herzinfarktes, die Reanimations- und Polytraumaleitlinien, hochinvasive Notfallverfahren oder die Möglichkeiten der Telemedizin genannt.

Die agswn setzt sich insbesondere dafür ein, dass angehende Notärzte nach dem jeweiligen Stand der Medizin und nach modernen und bewährten Lehr- und Lernmethoden ausgebildet werden. Um eine theoretisch und praktisch hochwertige Ausbildung zu gewährleisten sind moderne Ausbildungskonzepte wie zum Beispiel Simulationskurse zu fördern. Kurskonzepte zu verschiedenen notfallmedizinischen Schwerpunkten müssen zertifiziert sein, um einen durchgehend hohen medizinischen und lernpädagogischen Standard garantieren zu können. Notfalltrainings und Kurskonzepte sollten nach Möglichkeit überwiegend interprofessionell ausgerichtet sein.

Die agswn empfiehlt, dass Notarztstandorte, um auch in der Fort- und Weiterbildung eine hohe notfallmedizinische Qualität gewährleisten zu können, an ein notfallmedizinisches Krankenhaus / Zentrum angebunden sein sollten.

Aktive Notärzte müssen sich, damit sie ihren Patienten nach den jeweils aktuellen Leitlinien und Vorgaben behandeln können, regelmäßig fort- und weiterbilden. Die agswn setzt sich dafür ein, dass, wie schon in verschiedenen Modellprojekten in Deutschland erprobt, eine spezielle Fortbildungspflicht für Notärzte eingeführt wird. Die jeweilig zuständigen Ärztekammern überprüfen diese Fortbildungspflicht und könnten die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ ruhen lassen, wenn dieser Pflicht nicht nachgekommen wurde.

Zu These 8: Die agswn setzt sich dafür ein, dass nach jedem Rettungsdiensteinsatz ein De-briefing – im Sinne eines Crew Resource Management – stattfindet.

Notfallmedizin ist immer eine Teamleistung. Um medizinisch und einsatztaktisch gute Notfallmedizin zum Wohle des Patienten leisten zu können, müssen sich Teams weiterentwickeln.

Eine gute Teamleistung ist nur möglich, wenn sich alle Teammitglieder sowohl weiterbilden als auch aus ihren Fehlern und Handlungen lernen. Ein Debriefing bietet den Rettungsteams die Möglichkeit ihre Teamleistung zu evaluieren und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Ein Debriefing muss strukturiert und nach festen Regeln ablaufen. Um ein Debriefing fest in den rettungsdienstlichen Alltag zu integrieren, sollte es niederschwellig nach jedem Einsatz angeboten und durchgeführt werden.

Die agswn unterstützt entsprechende Aktivitäten, da sie inhaltlich und wissenschaftlich geboten sind (42, 43).

Zu These 9: Die agswm setzt sich für die durchgängige Digitalisierung der Rettungskette in der Notfallmedizin sowie für die Entwicklung und den Einsatz intelligenter Technologien ein.

Vor über 300 Jahren verkündete Galilei das Prinzip der modernen naturwissenschaftlichen Forschung: „Man muss messen, was messbar ist, und messbar machen, was zunächst nicht messbar ist.“

Die **agswm** sieht die Voraussetzung für nachhaltiges Qualitätsmanagement und kontinuierliche Verbesserung in der Verfügbarkeit, Analyse und Bewertung von Daten. Um ein System zu verbessern, das aus vielen verschiedenen Personen, Institutionen, und Schnittstellen besteht (Rettungskette), müssen die Daten aus dem gesamten Prozess verfügbar und auswertbar sein. „Denn was man nicht messen kann, kann man nicht lenken“ (nach Peter F. Drucker, 10 Thesen der Bad Boller Reanimationsgespräche (44)).

Die **agswm** ist sich sicher, dass es zur Erreichung dieses Ziels nicht genügt, Schnittstellen zwischen einzelnen Dokumentationssystemen zu programmieren. Es muss ein Datenökosystem geschaffen werden, in welchem Daten und Dienste souverän, sicher und DSGVO-konform gesammelt, bearbeitet und geteilt werden können. Die Möglichkeit besteht, wenn GAIA-X-Standard [1] eingehalten wird.

Es besteht jedoch nicht nur die Notwendigkeit aus Datenanalysen Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten. In Krisensituationen wie Naturkatastrophen, Pandemien, großflächigen Stromausfällen und Großschadensereignissen ist es erforderlich, große Mengen von Informationen zusammenzuführen, zu bewerten und daraus ein Gesamtlagebild zu erstellen. Dies und die Vernetzung aller Beteiligten ist Voraussetzung, um die Entscheidungen abzuleiten und Ressourcen richtig zu verteilen.

Die **agswm** stellt fest, dass wir aktuell auch in alltäglichen notfallmedizinischen Entscheidungen nur einen Bruchteil der zur Verfügung stehenden Informationen nutzen. Selbst Daten, welche den Leitstellen [2] automatisch übermittelt werden, können nicht ohne Systembrüche automatisch oder komfortabel übernommen werden. Bei der Verwendung automatischer Notrufsysteme oder Apps werden deutlich weniger Informationen übermittelt als möglich und nutzstiftend wären. Systeme zur Spracherkennung, Transkription, Analyse und Bewertung der dargebotenen Informationen werden nicht genutzt. Bei der Verwendung von Bild- und Sensordaten, welche ständig und in großen Mengen automatisch generiert werden, ist es nicht anders. Die Systeme, welche zur Entscheidungsunterstützung in Leitstellen verwendet werden, berücksichtigen nicht ausreichend die Bedürfnisse der Anwender. Sie sind häufig technisch geprägt und erfüllen nicht die Anforderungen einer guten Mensch-Maschine Interaktion. Letztendlich würde die Berücksichtigung aller Informationen, die zur Verfügung gestellt werden, den einzelnen Menschen in seiner Entscheidungsfindung überfordern. Die Lösung besteht daher darin, geeignete Dienste unter Verwendung künstlicher Intelligenz zu entwickeln. Nur damit lässt sich das Spannungsfeld zwischen guten und schnellen Entscheidungen beherrschen.

Die Bundesregierung unterstützt diese Entwicklung im SPELL-Projekt [3].

[1] Weitere Informationen unter <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Dossier/gaia-x.html> oder <https://gaia-x.eu/>

[2] Leitstelle: Der Begriff wird gleichermaßen für Rettungsleitstellen, Integrierte Leitstellen oder BOS-Leitstellen verwendet und lässt sich auch auf Industrie- und Logistikleitstände übertragen

[3] Weitere Informationen unter <https://spell-plattform.de/>

Zu These 10: Die *agswn* setzt sich für die kommunale Trägerschaft des Notarzt- und Rettungsdienstes ein. Dies inkludiert die Amtshaftung für alle in der Notfallmedizin Tätigen.

Die Aufgabe des Notarzt- und Rettungsdienstes ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes zu sozial tragbaren Benutzungsentgelten. Gegenstand der Notfallrettung ist es, bei Notfallpatienten medizinische Maßnahmen zur Diagnose und zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete medizinische Einrichtung zu befördern (RD-Gesetz BW).

Die Notfallrettung ist Bestandteil der Gefahrenabwehr und der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Anders als in den meisten anderen Bundesländern obliegt in Baden-Württemberg die Ausgestaltung dieser, dem Grunde nach hoheitlicher Aufgabe, nicht den Kommunen, sondern einer sogenannten Selbstverwaltung. Die Organe dieser Selbstverwaltung sind auf Rettungsdienstbereichsebene die Bereichsausschüsse (§ 3 Abs. 2 RDG) und auf Landesebene der Landesausschuss für den Rettungsdienst (§ 4 RDG). Die Ausschüsse setzen sich aus entsandten Personen der Kostenträger und der Leistungsträger zusammen. Über eine demokratische Legitimation verfügen die Mitglieder der Selbstverwaltung nicht. Weder werden die Mitglieder öffentlich benannt, noch werden Entscheidungen der Sitzungen publiziert. Eine Beteiligung der (Not)Ärztenschaft mit Stimmrecht ist weder im Landesausschuss RD noch im Bereichsausschuss gesetzlich vorgesehen, obwohl in diesen Ausschüssen über das Maß und die Qualität der medizinischen Notfallversorgung entschieden wird.

Wenngleich auf Landesebene der Staat, vertreten durch das Innenministerium, den Vorsitz hat, ist die Kommune auf Bereichsebene lediglich als Rechtsaufsicht (nicht Fachaufsicht) tätig. Stimmberechtigt sind dort ausschließlich die paritätisch vertretenen Kosten- und die Leistungsträger. Da zu jeglichem Beschluss eine einfache Mehrheit notwendig ist, führt ein Stimpatt zu keinem Beschluss. Eine inhaltliche Einflussnahme durch die Kommune, Vertretern der Notärzteschaft oder der Krankenhäuser ist aufgrund des fehlenden Stimmrechts nicht möglich.

Da die Sicherstellung des Notarzt- und Rettungsdienstes den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt, sollte nach Auffassung der *agswn* diese verantwortungsvolle Aufgabe von staatlicher Stelle (Landkreise und kreisfreie Städte) geleitet werden. Sie kann in Führung und Verantwortung nicht einzelnen Vereinen überlassen werden. Nur so sind direkte Entscheidungswege möglich und können verlässliche Strukturen zur Versorgung der Bevölkerung mit möglichem Zugriff auf alle beteiligten Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter vorgehalten werden. Nachgeordnet werden im Auftrag der Kommunen die einzelnen Hilfsorganisationen in die Versorgung eingebunden.

Die **agswn** vertritt die Meinung, dass die Leitstelle in kommunaler Trägerschaft zu führen ist, damit die Einsatzalarmierung neutral und bedarfsgerecht erfolgt und die Bevölkerung nach dem aktuellen Stand der Notfallmedizin versorgt wird. So kann gewährleistet werden, dass die Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich einheitlich ausgestattet sind, wodurch Kosteneinsparungen erreicht werden können. Durch die Führung des Bereiches in kommunaler Trägerschaft können die Vorgaben der Qualitätssicherungsstelle Baden-Württemberg zeitnah umgesetzt und kontrolliert werden.

Durch eine Zuständigkeit der Kommunen ist eine enge Verzahnung mit den anderen Kräften der Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Polizei) gegeben, um eine bestmögliche Hilfe bei Menschen in Not zu gewährleisten. Gleichzeitig ist über die Kette Innenministerium - Regierungs-präsidien - Kommunen eine Vereinheitlichung mit schnellen Kommunikationswegen möglich. Dazu gehört auch die Bewältigung von Großschadensereignissen, die dann in der gleichen Struktur (auch bereichsübergreifend) bearbeitet werden können.

Die **agswn** vertritt die Auffassung, dass die kommunale Trägerschaft auch deswegen anzustreben ist, um die Mitarbeiter im Rettungsdienst (Notärzte und Notfallsanitäter) bei dieser Tätigkeit im Rahmen der Amtshaftung abzusichern. Die Möglichkeit des Rückgriffs bei grober Fahrlässigkeit bleibt natürlich bestehen.

Zu These 11: Die [agswn](#) stellt sich den Herausforderungen, die durch den Klimawandel und die daraus resultierenden kurz- wie langfristigen Folgen für die notfallmedizinische Versorgung zu erwarten sind und setzt sich für die Berücksichtigung der Aspekte Ökologie und Nachhaltigkeit in allen Bereichen der Notfallversorgung ein.

Ressourcenschonung, Entwicklung zur CO₂-Neutralität und eine Berücksichtigung ökologischer Aspekte stellen eine Selbstverständlichkeit im Lebensalltag vieler Menschen dar.

Auch in der Notfallmedizin sollen diese Werte beispielsweise im Sinne einer nachhaltigen Materialnutzung und Beschaffung wie auch bei der Entwicklung neuer Medizinprodukte, Behandlungsverfahren und auch den Rettungsdienstfahrzeugen berücksichtigt werden.

LITERATUR:

1. Fischer M, Kehrberger E, Marung H, et al.: Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 387-95.
2. Schneider NRE, Weilbacher F, Maurer T, et al.: Präklinische Bluttransfusion bei lebensbedrohlicher Blutung – erweiterte lebensrettende Therapieoptionen durch das Konzept Medical Intervention Car. Notfall + Rettungsmedizin 2022; 25: 552-60.
3. Rötter J, Dichgans M, Bohn A, et al.: [Tracer diagnosis stroke]. Der Nervenarzt 2017; 88: 180-2.
4. Trentzsch H, Fischer M, Kehrberger E, et al.: [Key issues paper 2016: specific recommendations for tracer diagnoses]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 959-60.
5. Mauer UM, Fischer M, Kehrberger E, et al.: [Consensus Document on the Tracer Diagnosis of Severe Head and Brain Trauma]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 964-6.
6. Schweigkofler U, Flohé S, Hoffmann R, et al.: [Tracer diagnosis severe injury/polytrauma in key issue paper 2016]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 961-3.
7. Lott C, Truhlar A, Alfonzo A, et al.: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation 2021; 161: 152-219.
8. Michels G, Bauersachs J, Bottiger BW, et al.: [Guidelines of the European Resuscitation Council (ERC) on cardiopulmonary resuscitation 2021: update and comments]. Anaesthesist 2022; 71: 129-40.
9. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, et al.: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation 2021; 161: 1-60.
10. Soar J, Bottiger BW, Carli P, et al.: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 2021; 161: 115-51.
11. Hilbert-Carius P, Wurmb T, Lier H, et al.: [Care for severely injured persons : Update of the 2016 S3 guideline for the treatment of polytrauma and the severely injured]. Der Anaesthesist 2017; 66: 195-206.
12. Ring J, Beyer K, Biedermann T, et al.: Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update: S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergology and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Pediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergology and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology (DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). Allergo journal international 2021; 30: 1-25.
13. Ring J, Beyer K, Biedermann T, et al.: Messages for patients and relatives from the 2021 update of the guideline on acute therapy and management of anaphylaxis. Allergo journal international 2021; 30: 243-8.
14. Hossfeld B, Bein B, Boettiger BW, et al.: Recommended practice for out-of-hospital emergency anaesthesia in adults: Statement from the Out-of-Hospital Emergency Anaesthesia Working Group of the Emergency Medicine Research Group of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care. European journal of anaesthesiology 2016; 33: 881-97.
15. Behrens NH, Fischer M, Krieger T, et al.: Effect of airway management strategies during resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest on clinical outcome: A registry-based analysis. Resuscitation 2020; 152: 157-64.

16. Bernhard M, Behrens NH, Wnent J, et al.: Out-of-hospital airway management during manual compression or automated chest compression devices : A registry-based analysis. *Der Anaesthesist* 2018; 67: 109-17.
17. Gernoth C, Jandewerth O, Contzen M, Hinkelbein J, Genzwurker H: [Comparison of two different laryngeal mask models for airway management in patients with immobilization of the cervical spine]. *Anaesthesist* 2006; 55: 263-9.
18. Genzwurker H, Finteis T, Hinkelbein J, Ellinger K: [First clinical experiences with the new LTS. A laryngeal tube with an oesophageal drain]. *Anaesthesist* 2003; 52: 697-702.
19. Genzwurker H, Hundt A, Finteis T, Ellinger K: [Comparison of different laryngeal mask airways in a resuscitation model]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2003; 38: 94-101.
20. Luckscheiter A, Lohs T, Fischer M, Zink W: [Airway management in preclinical emergency anesthesia with respect to specialty and education]. *Der Anaesthesist* 2020; 69: 170-82.
21. Luckscheiter A, Lohs T, Fischer M, Zink W: [Preclinical emergency anesthesia : A current state analysis from 2015-2017]. *Der Anaesthesist* 2019; 68: 270-81.
22. Luckscheiter A, Fischer M, Zink W: [Different levels of experience with anesthetic agents of German emergency physicians : Results of an online survey]. *Der Anaesthesist* 2018; 67: 9-17.
23. Häske D, Böttiger BW, Bouillon B, et al.: Analgesia in Patients with Trauma in Emergency Medicine. *Deutsches Arzteblatt international* 2017; 114: 785-92.
24. Krieger T, Fischer M, Westenfeld R, Bernhard M: Der Einfluss des Applikationswegs von Adrenalin bei prähospitalen Herz-Kreislaufstillstand auf das 30-Tages-Überleben mit gutem neurologischen Behandlungsergebnis. *Anästh Intensivmed* 2021; 62: 29-33.
25. Bernhard M, Gräsner JT, Gries A, et al.: Die intraossäre Infusion in der Notfallmedizin. Empfehlungen des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin und des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 2010; 2010;51:S615-S620.
26. Neukamm J, Gräsner J-T, Schewe J-C, et al.: The impact of response time reliability on CPR incidence and resuscitation success: a benchmark study from the German Resuscitation Registry. *Critical care (London, England)* 2011; 15: R282.
27. Bürger A, Wnent J, Bohn A, et al.: The Effect of Ambulance Response Time on Survival Following Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 541-8.
28. Messelken M, Kehrberger E, Dirks B, Fischer M: The quality of emergency medical care in Baden-Württemberg (Germany): four years in focus. *Deutsches Arzteblatt international* 2010; 107: 523-30.
29. Moecke H, Dirks B, Friedrich HJ, et al.: [DIVI emergency medicine protocol, version 4.0]. *Anaesthesist* 2000; 49: 211-3.
30. Fischer M, Messelken M: Notarztdokumentation (NADOK). In: Baubin M, (Hrsg.) ea, (eds.): *Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin (1 Auflage)*: Springer Verlag 2013; p. S 233-40.
31. Gräsner JT, Meybohm P, Fischer M, et al.: A national resuscitation registry of out-of-hospital cardiac arrest in Germany-a pilot study. *Resuscitation* 2009; 80: 199-203.
32. Fischer M, Messelken M, Wnent J, et al.: Deutsches Reanimationsregister der DGAI. *Notfall Rettungsmed* 2013; 16: 251-9.
33. Semeraro F, Greif R, Bottiger BW, et al.: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives. *Resuscitation* 2021; 161: 80-97.
34. Fischer M, Wnent J, Gräsner J-T, et al.: Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters Außerklinische Reanimation 2021. *Anästh Intensivmed* 2022; 63: V116-V22.
35. Fischer M, Wnent J, Gräsner JT, et al.: Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters

Außerklinische Reanimation 2020. *Anästh Intensivmed* 2021; 62: V68-V73.

36. Hubar I, Fischer M, Monaco T, Grasner JT, Westenfeld R, Bernhard M: Development of the epidemiology and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest using data from the German Resuscitation Register over a 15-year period (EpiCPR study). *Resuscitation* 2023; 182: 109648.
37. Seewald S, Wnent J, Gräsner J-T, et al.: Survival after traumatic cardiac arrest is possible—a comparison of German patient-registries. *BMC emergency medicine* 2022; p. 158.
38. Günther A, Schildmann J, In der Schmitt J, Schmid S, Weidlich-Wichmann U, Fischer M: Opportunities and Risks of Resuscitation Attempts in Nursing Homes. *Deutsches Arzteblatt international* 2020; 117: 757-63.
39. Seewald S, Wnent J, Lefering R, et al.: CaRdiac Arrest Survival Score (CRASS) - A tool to predict good neurological outcome after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2020; 146: 66-73.
40. Wnent J, Bein B, Fischer M, German Resuscitation Registry S: Epinephrine in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England journal of medicine* 2019; 380: 396-7.
41. Grasner JT, Seewald S, Bohn A, et al.: [German resuscitation registry : science and resuscitation research]. *Anaesthesist* 2014; 63: 470-6.
42. Coppens I, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D: The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2017.
43. Malmstrom B, Nohlert E, Ewald U, Widarsson M: Simulation-based team training improved the self-assessed ability of physicians, nurses and midwives to perform neonatal resuscitation. *Acta Paediatr* 2017; 106: 1273-9.
44. Wnent J, Geldner G, Werner C, et al.: [Bad Bolter resuscitation talks: 10 basic ideas for 10,000 lives]. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* : *AINS* 2014; 49: 208.



© 2023

Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V.

Rita-Maiburg-Straße 2

70794 Filderstadt

www.agswn.de

geschaeftsstelle@agswn.de