



13. November 2023

## **AGNNW-Stellungnahme zu den Empfehlungen der Regierungskommission „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“**

Als Notarzt-Arbeitsgemeinschaft in NRW halten wir es für notwendig, eine eigene Stellungnahme zu den Empfehlungen der Regierungskommission vom 7. September 2023 mit dem Titel „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ abzugeben. Diese Stellungnahme steht im Einklang mit den bereits veröffentlichten Statements der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND e.V. vom 22.10.23 und des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst BV ÄLRD e.V. vom 23.10.2023. Daneben sehen wir aber einzelne Aspekte, die für unser Bundesland spezifisch sind. Diese Aspekte möchten wir ergänzend darstellen.

### **Der Notarzt muss ein nicht in Frage stehender Teil der Notfallversorgung bleiben**

Wesentlicher Anlass unserer Besorgnis ist die Empfehlung der Regierungskommission, den bestehenden Notarztendienst weitgehend durch nicht-ärztliches Personal zu ersetzen. Nach Vorstellung der Regierungskommission sollen die bisherigen Aufgaben des Notarztes durch Absolventen von Paramedic-Studiengängen mit Bachelor-Abschluss übernommen werden, welche „nur in besonders komplexen Fällen und überwiegend per Luftrettung“ durch speziell qualifizierte Notärzte am Einsatzort oder durch „Telenotärzte“ unterstützt werden sollen. Die bisher bestehende flächendeckende bodengebundene notärztliche Versorgung soll demnach, so die Empfehlung der Regierungskommission, zukünftig wegfallen.

### **Nordrhein-Westfalen verfügt über einen hervorragend aufgestellten Rettungsdienst**

Es gibt gute Gründe, zu betonen, dass der Rettungsdienst in unserem Bundesland außerordentlich gut aufgestellt ist. Dies wurde selbst in der Phase der Pandemie unter Beweis gestellt, als die gesamte medizinische Versorgung besonderen Stressoren ausgesetzt war. Im Vergleich mit anderen Bundesländern hat NRW besonders anspruchsvolle Zeitziele zum Erreichen des Einsatzortes. In städtischen Bereichen soll der Rettungsdienst innerhalb von acht Minuten, in ländlichen innerhalb von 12 Minuten am Einsatzort eintreffen. Auf diese Zielsetzung ist die Standortplanung für Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge ausgerichtet. Für die Erstversorgung bedrohlicher Krankheitsbilder steht überall regelmäßig und innerhalb kurzer Zeit ein Team aus Notfallsanitätern, Rettungssanitätern und Notärzten zur Verfügung, welche im Rendezvous-System mit einem Rettungswagen und einem Notarzteinsatzfahrzeug oder einem Rettungshubschrauber zum Einsatzort kommen. Allein die Halbierung dieses bewährten 4-Personen-Teams auf ein Zweierteam, wie es die Empfehlungen der Regierungskommission vorsehen, würde in kritischen Situationen zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Behandlungsmöglichkeiten führen.

### **Den als Grund für einen Systemwechsel angeführten Mangel an Notärzten sehen wir in NRW nicht**

Die Regierungskommission nennt als einen Grund für die beabsichtigte Substitution der Notärzte einen Personalmangel („verstärkt in Flächenländern“) im ärztlichen Bereich. Wir können jedoch feststellen, dass

es einen solchen notärztlichen Personalmangel in relevantem Umfang nicht gibt, entgegen dem offenkundigen Mangel an Notfall- und Rettungssanitätern. Ist es daher sinnvoll, Notärzte durch Paramedics zu ersetzen? Notärzte müssen nach Absolvierung eines sechsjährigen Studiums eine mindestens zweijährige Weiterbildung in der stationären Patientenversorgung und sechs Monate Weiterbildung in Anästhesie, Intensivmedizin oder Notaufnahme absolviert haben, bevor sie nach einer ergänzenden theoretischen und praktischen Schulung und einer abschließenden Prüfung zur Zusatzweiterbildung in den Notarzdienst gehen. Dieser Erfahrungshintergrund ist nach unserer Meinung notwendig, um den Notfallpatienten in komplexen Situationen auch präklinisch einen Facharztstandard zu gewährleisten, der ihnen gesetzlich zusteht (z.B. § 630a BGB, § 2 SGB V).

### **Notfallsanitäter führen heilkundliche Maßnahmen im Rahmen der erlernbaren Kompetenzen aus**

Dabei übersehen wir nicht, dass ein größerer Teil der rettungsdienstlichen Einsätze von Notfallsanitätern eigenständig bearbeitet werden kann. Im Notfallsanitätergesetz wird den Notfallsanitätern bereits jetzt eine fachgebundene Heilkundebefugnis zugesprochen. Wir befürworten ausdrücklich, dass diese Kompetenzen nach den dort beschriebenen Regeln zum Einsatz kommen. Darüber hinaus ist belegt, dass in bestimmten Situationen eine telemedizinische Unterstützung der Notfallsanitäter die Frequenz der Notarzteinsätze senken und die Dichte an Notarztstandorten im Ballungsraum reduzieren kann. In Kürze wird unser Bundesland eine flächendeckende „Telenotarzt“-Unterstützung gewährleisten und damit auch den Notarzdienst auf vier Rädern unterstützen und entlasten.

Die bisherige dreijährige Berufsausbildung für Notfallsanitäter sieht ein Klinikpraktikum im Umfang von 720 Stunden (18 Wochen) vor. Hier sollen diagnostische und praktische Kompetenzen als Voraussetzung für die Durchführung von denjenigen Behandlungsmaßnahmen (auch invasiven Maßnahmen) am Patienten erworben werden, welche zu den Ausbildungszielen der Notfallsanitäter gehören. Das richtige Erkennen und Differenzieren von Erkrankungen ist objektiv in dem verfügbaren Zeitrahmen nur begrenzt möglich. Fehlende diagnostische Kompetenzen lassen sich zum Teil durch den "Telenotarzt" ergänzen, aber eben nicht alle. Auch in einem Bachelor-Studium kann der Zeitrahmen für die Ausbildung am kranken Patienten nicht wesentlich umfangreicher sein, da bereits jetzt in der klinischen Ausbildung der Notfallsanitäter im Krankenhaus deutliche Engpässe bestehen. Der bereits bestehende Personalmangel beim medizinischen Fachpersonal wird durch eine Verlängerung der Ausbildungszeit weiter verschärft.

### **Die Anwesenheit eines Notarztes am Einsatzort ist in vielen Fällen unverzichtbar**

Die Anwesenheit eines Notarztes am Einsatzort ist nicht nur - wie von der Regierungskommission vorgeschlagen - in „besonders komplexen Fällen“ unverzichtbar, zu denen beispielsweise die Narkoseeinleitung bei Schwerverletzten oder lebensbedrohlich Erkrankten zählt. Denn es gibt darüber hinaus zahlreiche andere komplexe Notfälle, welche differenzierte diagnostische Fähigkeiten und umfassende klinische Erfahrung erfordern. Dies ist z.B. der Fall bei der zunehmenden Zahl von älteren Patienten mit multiplen Vorerkrankungen oder Polymedikation, genauso aber auch bei Säuglingen und kleinen Kindern mit ihren altersspezifischen Herausforderungen. Die notwendigen Fähigkeiten können in den sechs Semestern eines Bachelorstudiums nicht vermittelt werden. Die entsprechenden Erfahrungen und Kompetenzen - insbesondere für eine differenzierte Diagnosestellung - werden nicht einmal in einem Medizinstudium in vollem Umfang erworben, sondern erst später in der klinischen Patientenversorgung im Rahmen der Weiterbildung.

Auch ethische Entscheidungen, z.B. über eine Therapiebegrenzung in palliativen oder aussichtslosen Situationen, können nur mit ärztlichen Kompetenzen und Erfahrungen getroffen werden. Die freiheitsentziehende Unterbringung eines sich selbst oder Andere akut gefährdenden psychisch kranken Menschen erfordert ein ärztliches Gutachten am Einsatzort, welches grundsätzlich von einem

entsprechend erfahrenen Arzt nach persönlicher Untersuchung ausgestellt werden muss. Ebenso ist die für die Zukunft erwünschte „fallabschließende“ ambulante Behandlung durch den Rettungsdienst unter Verzicht auf weiterführende Diagnostik und Therapie - beispielsweise durch ein ärztliches Beratungsgespräch mit Aufzeigen von Behandlungsalternativen - durch Paramedics nicht möglich<sup>1</sup>. In der Klinik ist hierfür ein Facharztstandard erforderlich.

### **Die Veränderungen in der Krankenhauslandschaft erfordern einen leistungsfähigen Rettungsdienst einschließlich einer notärztlichen Versorgung**

In NRW werden die bevorstehenden Veränderungen der Krankenhauslandschaft (Insolvenzen, Zentralisierung, Wegfall von Akutkliniken) zur Verlängerung von Transportwegen führen. Neben Einsätzen, die in der Verantwortung von Notfallsanitätern - auch unter Begleitung durch „Telenotärzte“ - erfolgen können, wird bei vielen Patienten allein aufgrund langer Transportzeiten eine unmittelbare notärztliche Versorgung sowohl bei Primäreinsätzen wie auch bei Sekundärverlegungen in Zentrumskliniken notwendig werden.

### **Sicherheitsniveau und Outcome von schwer erkrankten oder verletzten Patienten dürfen sich nicht verschlechtern**

Unabdingbare Voraussetzung für den Wegfall der bisherigen flächendeckenden Notarztversorgung wäre nach der Vorstellung der Regierungskommission die Neu-Etablierung von Bachelor-Studiengängen mit Ausbildung einer Anzahl von einigen Tausend Absolventen, ggfs. zusätzlich zur dreijährigen Notfallsanitäterausbildung. Hinzu käme der flächendeckende Ausbau der Luftrettung auch für nächtliche Primäreinsätze. Beides würde viele Jahre in Anspruch nehmen – bei ungeklärter Effizienz. Es darf darüber hinaus nicht vergessen werden, dass der Rettungsdienst in NRW nach wie vor zu einem großen Teil von Feuerwehrbeamten getragen wird. Auch bei der Feuerwehr würde daher ein erheblicher Bedarf an „studierten“ Paramedics entstehen, um sich der vorgeschlagenen neuen Einsatzrealität zu stellen. Wie soll man sich die Einpassung eines mehrjährigen Aufbaustudiums in eine Feuerwehrausbildung vorstellen?

Die Fragen zur Ausgestaltung eines solchen Studiums und zum nachfolgenden Betrieb von Studiengängen sind bislang ungeklärt. Aus notärztlicher Sicht wird die notfallmedizinische Versorgung in NRW durch eine Substitution des bisherigen Notarztsystems durch akademisch ausgebildete Notfallsanitäter nicht verbessert. Vielmehr käme es damit zu einer Absenkung des Sicherheitsniveaus. In umfangreichen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl Reanimationspatienten als auch Schwerverletzte in einem arztgeleiteten Team bessere Überlebenschancen haben<sup>2,3</sup>. Uns geht es daher in oberster Priorität um die Versorgungsqualität in komplexen Notfallsituationen.

3/4

---

<sup>1</sup> Poloczek S, Blau J, Günther A, Lechleuthner A, Neumann H, Reichel J, Neupert M (2018). Umgang mit Alarmierungen des Rettungsdienstes zu banalen Erkrankungen und Verletzungen - Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Transportverweigerung“ des Bundesverbandes der ÄLRD in Deutschland e. V. Notfall- und Rettungsmedizin 21:438–444, <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0483-y>

<sup>2</sup> Böttiger B, Bernhard M, Knapp B, Nagele P (2016). Influence of EMS-physician presence on survival after out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: systematic review and meta-analysis. Critical Care 20:4, DOI 10.1186/s13054-015-1156-6.

<sup>3</sup> Knapp J, Häske D, Böttiger B, Limacher A, Stalder O, Schmidt A, Schulz S, Bernhard M (2019). Influence of prehospital physician presence on survival after severe trauma: Systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg. 87: 978–989. DOI: 10.1097/TA.0000000000002444.

Die aktuell auch in NRW bestehenden Probleme der Notfallversorgung (Überlastung von Rettungsdienst und Notaufnahmen durch Patienten mit leichten oder nicht akut behandlungsbedürftigen Beschwerden) werden jedenfalls von einem Paradigmenwechsel hin zu einem „Rettungsdienst mit möglichst wenig Notarzt“ in keiner Weise gelöst. Eine Folgeabschätzung, wie sie der Gemeinsame Bundeauschuss für andere Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung erstellt hat, wurde für diese schwerwiegende Empfehlung nicht vorgenommen.

### **Es gibt andere Optionen zur Verbesserung der Notfallversorgung**

Dagegen gibt es unter den Vorschlägen der Regierungskommission eine Reihe von Ansatzpunkten, welche kurzfristig zu einer Verbesserung der Notfallversorgung beitragen können und deren Fokussierung wir sehr befürworten. Zentraler Punkt ist die Forderung nach einer effektiven und effizienten Beantwortung von Hilfeersuchen und der sachgerechten Disposition von Einsatzmitteln durch „Integrierte Leitstellen“ oder „Gemeinsame Notfalleitstellen“. Dies hatte die Regierungskommission bereits in ihrer 4. Stellungnahme zum Thema gemacht. Für alle Leitstellen sollte eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage verpflichtend sein, und für die Ausgestaltung des medizinischen Leitstellenkonzeptes sollte ein ärztliches Qualitätsmanagement eingerichtet werden.

Der flächendeckenden und zu allen Tageszeiten für ambulant zu versorgende Akutfälle verfügbaren vertragsärztlichen Versorgung (incl. Fahrdienst) kommt eine Schlüsselrolle zu. Zusammen mit dem Ausbau komplementärer Versorgungsangebote (z.B. Gemeindenotfallsanitäter) und einer strukturierten Einbeziehung der Bevölkerung wird hier zukünftig eine effektive Steuerung der Ressourcennutzung möglich.

### **Wie können sich die Notärzte perspektivisch in den bevorstehenden Reformprozess einbringen?**

- Die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin sollte verbindliche Voraussetzung (Ausnahme: aufgenommene Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten im Rettungsdienst) für die Teilnahme am Notarztdienst sein und im Rettungsgesetz NRW verankert werden.
- Wir halten darüber hinaus eine spezifische Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin für erforderlich.
- Eine verpflichtende jährliche Fortbildung für alle aktiven Notärzte, wie sie bereits im Rettungsgesetz NRW vorgesehen und von den Ärztekammern formal umgesetzt ist, muss als Voraussetzung für die Tätigkeit als Notarzt konsequent umgesetzt werden.
- Notwendig sind regelmäßige gemeinsame berufsgruppenübergreifende Trainings im Team mit den Fachkräften des Rettungsdienstes.

Mit der gesammelten Expertise aus 40 Jahren gemeinsamen Engagements für das Notarztwesen in NRW bringen wir uns als AGNNW auch in Zukunft weiter in die Gremienarbeit um die Neugestaltung des Rettungsgesetzes NRW ein.

*Die 1983 gegründete AGNNW ist ein gemeinnütziger Verein mit dem satzungsgemäßen Ziel, die Notärztinnen und Notärzte im organisierten Rettungsdienst von Nordrhein-Westfalen zu vereinen, die in NRW bestehenden Notarztdienste zu koordinieren und zu geeigneten Vereinbarungen mit den Trägern des Rettungswesens beizutragen. Die AGNNW möchte einen bestmöglichen Einsatz der Notarztdienste erreichen und wirkt an der Fortbildung der Notärztinnen und Notärzte mit. Seit den 1980-er Jahren ist die AGNNW an der Ausgestaltung des Rettungswesens in NRW beteiligt. Sie ist Mitglied im Landesfachbeirat für den Rettungsdienst gemäß RettG NRW und hat aktuell über 2.700 Mitglieder.*