

Sicherstellung des Notarztdienstes im Regelbetrieb sowie zur Bewältigung von Sonderlagen

Facharbeit

im Rahmen der Ausbildung
für die Laufbahngruppe 2, 2. Einstiegsamt

Vorgelegt durch

Brandamtsrat

Dipl.-Ing (FH) Eiko Hinrichs

Feuerwehr Hamburg

Feenring 11

21244 Buchholz in der Nordheide

Abgabetermin: 27.12.2021



Inhaltsverzeichnis

1	Einführung und Überblick.....	3
1.1	Thema gemäß § 21 VAP2.2-Feu.....	3
1.2	Abgrenzung	3
1.3	Methodisches Vorgehen.....	4
2	Grundlagen des Rettungsdienstes.....	5
2.1	Ärztliches Personal im Rettungsdienst	6
2.2	Notärztliche Indikationen	7
2.3	Rettungsdienst bei Sonderlagen.....	8
3	Hauptteil.....	9
3.1	Sicherstellungsauftrag Notarzdienst.....	9
3.2	Handlungsfeld Notarzdienst	9
3.2.1	Vergütung.....	11
3.2.2	Quantität der Einsätze.....	11
3.2.3	Qualität der Einsätze	12
3.2.4	Arbeits- und Dienstzeiten.....	13
3.2.5	Abkopplung von Versorgungskrankenhäusern	13
3.2.6	Geändertes Freizeit- und Familienverhalten.....	13
3.3	Handlungsfeld ärztliches Personal bei Sonderlagen oder Großschadensereignissen.....	14
3.4	Lösungsansätze für den Notarzdienst	15
3.4.1	Legislative Faktoren.....	15
3.4.2	Persönliche Faktoren.....	16
3.4.3	Strukturelle Faktoren.....	17
3.4.4	Organisatorische Faktoren	19
3.5	Fazit.....	22
4	Quellenverzeichnis.....	24
5	Abkürzungsverzeichnis	26
6	Auflistung der Gesprächspartner:innen.....	27
7	Ehrenwörtliche Erklärung	28
8	Skripte der Interviews in Form von MindMaps	29

1 Einführung und Überblick

1.1 Thema gemäß § 21 VAP2.2-Feu

„Sicherstellung des Notarztdienstes im Regelbetrieb sowie zur Bewältigung von Sonderlagen“

Notärztinnen und Notärzte werden nicht selten durch Verträge zwischen Träger des Rettungsdienstes und der ortsansässigen Krankenhäuser im Rahmen von Personalgestellungsverträgen in den Rettungsdienst eingebunden. In der aktuellen Zeit ist festzustellen, dass die Träger des Rettungsdienstes zahlreiche Aufgaben im Rahmen z.B. der Abwehr von MANV Einsätzen oder der überörtlichen Hilfe haben, für welche sie nur schwer geeignete Notärztinnen und Notärzte rekrutieren können. Erarbeiten sie Lösungsansätze zur Sicherstellung des Notarztdienstes im Regelbetrieb sowie zur Bewältigung von Sonderlagen (NRW, 2021) .

1.2 Abgrenzung

Ziel dieser Arbeit ist, die Probleme der Träger des Rettungsdienstes und deren Beauftragten bei der adäquaten Besetzung der arztbesetzten Rettungsmittel im täglichen Dienst zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen bzw. Varianten bei der Akquise von Personal und bei der Besetzung darzustellen und gegeneinander abzuwägen.

Zudem werden innovative und kreative Ansätze für die Personalgewinnung und langfristige Bindung des Personals an die Organisationsformen aufgenommen, entwickelt und diskutiert.

Dazu werden die Besonderheiten des Notarztdienstes innerhalb des Rettungsdienstes herausgearbeitet und die damit verbundenen Abhängigkeiten zwischen ärztlichem Personal, welches überwiegend in Kliniken oder niedergelassenen Praxen tätig ist, und dem außerhalb des genannten Kontexts agierendem Rettungsdienst dargestellt.

Auch dieser Gegensatz führt dazu, dass die Träger des Rettungsdienstes immer mehr Schwierigkeiten dabei haben, die arztbesetzten Rettungsmittel quantitativ, aber auch qualitativ, adäquat zu besetzen. Daneben besteht noch eine Vielzahl weiterer Eckpunkte, die bei der Sicherstellung eines bedarfsgerechten Notarztsystems innerhalb des Rettungsdienstes zu berücksichtigen sind und ebenso auch Hürden darstellen können.

Neben dem Regelrettungsdienst werden auch die Aspekte der präklinischen Versorgung bei Großschadensereignissen und Katastrophen aufgeführt und diskutiert,

denn bei der ärztlichen Versorgung in solchen Fällen stehen sie in direktem Zusammenhang zum täglichen Notarztdienst.

1.3 Methodisches Vorgehen

Zunächst wird anhand von Literaturrecherche in einschlägigen Bibliotheken, Internetrecherche und in verschiedenen Gesprächen mit beteiligten Personen der aktuelle Stand der Wissenschaft zu diesem Thema analysiert und relevante Aspekte davon aufgegriffen, aufgeführt und ggf. vertieft diskutiert. Gleichzeitig werden die gesetzlichen Grundlagen des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin studiert, um daraus den rechtlichen Rahmen für Rettungsdienst und Notarztdienst zu analysieren, in dem sich die Ergebnisse dieser Arbeit bewegen. Aus den zusammengefassten Erkenntnissen werden die thematischen Schwerpunkte für die anschließenden vertieften Analysen zusammengestellt.

Um die praktischen Aspekte aus dem täglichen rettungsdienstlichen Umfeld herauszuarbeiten und daraus Problemfelder zu analysieren, werden halbstrukturierte Interviews mit verschiedenen Beteiligten des Rettungsdienstes geführt (vgl. Abschnitt 0), die jeweils sowohl die statistische Struktur einiger Rettungsdienstbereiche abdecken, als auch individuelle Sichten der Interviewpartner zur Problemstellung aufnehmen und diskutieren, um dadurch mögliche Handlungsfelder herauszuarbeiten und Anregungen und Diskussionspunkte für mögliche Lösungsansätze zu bieten.

Die interviewten Personen kommen aus den folgenden Bereichen:

- Ärzt:innen mit historischem Bezug zum Rettungsdienst, z.B. durch Zivildienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) oder Ärzt:innen in niedergelassenen Strukturen, die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nehmen und den Rettungsdienst aus einer distanzierteren Position betrachten können.
- Notärzt:innen, die aktuell im Rettungsdienst tätig sind oder waren, sowohl in festen Anstellungen bei Kliniken, als auch über Honorarverträge mit den Trägern oder deren Beauftragten.
- Leitende Notärzt:tinnen (LNA), die sich neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit im Krankenhaus auch - zumeist ehrenamtlich - in einer Leitenden-Notarztgruppe (LNG) engagieren.
- Ärztliche Verantwortliche von verschiedenen Rettungsdienst Trägern oder Beauftragten (ÄLRD).
- Personen, die als Repräsentanten von Rettungsdienst-Trägern oder deren Beauftragten agieren (z.B. Wachleiter).

Aufgrund der engen Verzahnung und thematischen Ähnlichkeiten der betroffenen Bereiche, decken einige Interviewpartner:innen gleichzeitig mehrere der genannten Punkte ab.

2 Grundlagen des Rettungsdienstes

Der „*Rettungsdienst*“ wird in Deutschland aufgeteilt und besteht aus qualifiziertem Krankentransport und der Notfallrettung. Während der qualifizierte Krankentransport ausschließlich von Mitarbeiter:innen des Rettungsdienstes mit Krankenkraftwagen nach DIN EN 1789 durchgeführt wird, kommen für die Notfallrettung unterschiedliche personelle Konstellationen und Fahrzeuge zum Einsatz. Das übliche Rettungsmittel ist ein Rettungswagen (RTW), der von zwei Mitarbeiter:innen mit der entsprechenden Qualifikation besetzt wird. Meist ein/e Rettungssanitäter:in (RS) als Unterstützung und Notfallsanitäter:in (NotSan) als medizinisch verantwortliche Fachkraft. Bei schwerwiegenden Einsatzsituationen wird das RTW-Personal noch durch Notärzt:innen unterstützt, um auch präklinisch Maßnahmen direkt am Patienten durchführen zu können, die grundsätzlich unter einem ärztlichen Vorbehalt nach §§ 15, 28 SGB V stehen. Das ärztliche Personal wird nach verschiedenen, historischen Entwicklungsstufen mittlerweile überwiegend durch ein separates Fahrzeug (Notarzteinsatzfahrzeug, NEF) der Einsatzstelle zugeführt, um eine größere Flexibilität bei der Disposition und örtlichen Bereitstellung zu ermöglichen (Stangl, et al., 2018).

Je nach medizinischer Indikation oder geografischer Versorgung können auch andere Rettungsmittel zum Einsatz kommen: Notarztwagen (NAW), Rettungshubschrauber (RTH), Intensiv-Transportwagen (ITW), Mehrzweckfahrzeuge (MZF) oder spezial-Rettungsmittel wie Großraum-Rettungswagen (GRTW), Infektions-Rettungswagen (IRTW) etc., die aber meistens nur in größeren Ballungsräumen und bei Berufsfeuerwehren in eher geringerer Stückzahl vorgehalten werden (Breckwoldt, et al., 2002).

Der Rettungsdienst ist in Deutschland Teil der Daseinsvorsorge¹, also ein Element der staatlichen Organisation, die ein sicheres und sozial abgesichertes Leben für die Bürger:innen in Deutschland ermöglicht. Gemäß der föderalen Struktur in Deutschland ist Rettungsdienst Teil der konkurrierenden Gesetzgebung und damit primär Ländersache. Die 16 Bundesländer tragen dem Rechnung, indem jedes Bundesland eigene Rechtsvorschriften zur Aufstellung, Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes eingeführt hat. Je nach Stand und Ausführung der Landes-Rettungsdienstgesetze wurden von einigen Bundesländern noch konkretisierende Vorschriften im Sinne von Verordnungen erlassen. Die Länder haben die Sicherstellung des Rettungsdienstes meistens an die Kommunen (Landkreise, Städte und Gemeinden) übertragen. Hier entwickelte sich in den letzten Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Konstrukte, die seitens der Kommunen mit der Durchführung des

¹ Bei der „*Daseinsvorsorge*“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der insbesondere durch Ernst Forsthoff geprägt und definiert wurde. Daseinsvorsorge umfasst die Bereitstellung und die Sicherung des allgemeinen und diskriminierungsfreien Zugangs zu existentiellen Gütern und Leistungen für alle Bürger auf der Grundlage definierter qualitativer und quantitativer Standards (Gab21).

Rettungsdienstes beauftragt wurden: Kreiseigene Gesellschaften oder Abteilungen der öffentlichen Hand, Feuerwehren (meist Berufsfeuerwehren), Hilfsorganisationen, private- oder gemeinnützige Gesellschaften oder Kombinationen aus diesen wurden als Leistungserbringer in den öffentlichen Rettungsdienst integriert.

Kennzeichnend für die föderale Organisationsstruktur ist eine im Kern gleiche Ausrichtung der Landesgesetze, die allerdings in der Tiefe ein Vielzahl unterschiedlicher Vorgaben bei der detaillierten Umsetzung machen und damit auch nicht einfach miteinander verglichen werden können. Das gilt auch für die personelle Besetzung der Rettungsmittel. Hier wurde zwar mit der Einführung des Berufsbildes „Notfallsanitäter:in“ eine bundesweit einheitliche Qualifikation für eine verantwortliche Tätigkeit im Rettungsdienst geschaffen, aber die notwendigen Grundqualifikationen für die Fahrzeugbesetzung weichen in den Ländern immer noch in Teilen voneinander ab. Gleiches gilt auch für die Anforderungen für im Rettungsdienst tätige Notärzt:innen.

2.1 Ärztliches Personal im Rettungsdienst

Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern regeln die Qualifikationen und Voraussetzungen des ärztlichen Personals im Rettungsdienst. Weitestgehend ist mittlerweile die „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ gefordert, die gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2018) neben einer 80-stündigen Fortbildung Notfallmedizin, 50 Notfalleinsätzen unter Aufsicht auch eine mindestens 6-monatige Tätigkeit auf einer interdisziplinären Intensivstation fordert und insgesamt 24 Monate dauert. Damit wurde ein Standard geschaffen, der ein Äquivalent zu anderen Zusatzbezeichnungen bildet und den früher üblichen „Fachkundenachweis Rettungsmedizin“ ersetzt und qualitativ erweitert (Bundesärztekammer, 2011).

In den Landesgesetzgebungen für den Rettungsdienst wird nicht immer explizit ärztliches Personal im Rettungsdienst gefordert. Während z. B. in Nordrhein-Westfalen die notärztliche Versorgung eindeutig benannt wird (§ 6 (1) RettG NRW), stützen sich andere Bundesländer auf eine dahingehend schwächere Formulierung im Sinne einer „flächendeckenden“ und/oder „fach-/ bedarfsgerechten“ Aufstellung des Rettungsdienstes (z. B. §6 (2) HmbRDG), die bei entsprechender Interpretation nicht zwingend ärztliches Personal fordert. Hier müssen dann nachrangige Rechtsvorschriften und Fachempfehlungen bemüht werden, die eine ärztliche Versorgung im Rettungsdienst zweifelsfrei erfordern.

Zudem lässt sich aus den Ausführungen im SGB V die Notwendigkeit eines präklinischen Handelns mit ärztlichem Personal als „verlängerter Arm der Klinik“ ableiten. Ansonsten ist der Rettungsdienst im Bereich der Sozialgesetzgebung aktuell immer noch als Transportleistung nach §133 SGB V deklariert, was dem tatsächlichen Leistungsumfang nur in geringem Maße entspricht und schon seit vielen Jahren in den betroffenen Gremien kontrovers diskutiert wird. Daraus resultiert auch

die stete Forderung, den Rettungsdienst fest im Sozialgesetzbuch als medizinische Leistung im § 27 SGB V zu verankern (Schlechtriemen, et al., 1999).

Genau wie der gesamte Rettungsdienst unterwirft sich auch die Vorhaltung von Notärzt:innen den Forderungen aus den Landesgesetzen nach einem flächendeckenden und bedarfsgerechten Rettungsdienst. Die bedarfsgerechte Vorhaltung ergibt sich üblicherweise aus Strukturuntersuchungen, Bedarfsplänen oder Bereichsplänen, die entweder von den Trägern des Rettungsdienstes selbst, oder von beauftragten Gutachtern durchgeführt oder aufgestellt werden (§ 12 (1) RettG NRW). Dabei werden anhand von Vorgaben bzgl. der Versorgungsgüte² Empfehlungen ausgesprochen, die umgesetzt werden sollten, um einen vergleichbaren Qualitätsstandard zu etablieren, der den legislativen Anforderungen genügt (Breisgau-Hochschwarzwald, 2016).

2.2 Notärztliche Indikationen

Einsätze des Rettungsdienstes werden in der Regel über Rettungsleitstellen (RLST) disponiert, in denen auch der europaweit eingeführte „Notruf 112“ angenommen wird. Mittlerweile tendieren die Leitstellen dazu, sich auch für andere Notrufwege zu öffnen. Damit wird der zunehmenden Digitalisierung in der Bevölkerung Rechnung getragen. Aktuelles Beispiel dazu ist die Einführung der Notruf-App („NORA“), über die deutschlandweit auch über einen App-basierten Zugang barrierefrei ein Notruf initiiert werden kann, der von der zuständigen Leitstelle empfangen und weiterverarbeitet wird.

In den Leitstellen arbeiten Disponenten, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und meistens auch anhand eines vorgegebenen Abfrageschemas, die Hilfeersuchen der Bürger qualifizieren und daraus schlussendlich eine Entscheidung ableiten, ob die vom Anrufer oder App-Nutzer geschilderte Situation einen Einsatz von Feuerwehr und/oder Rettungsdienst rechtfertigt und welche Einheiten zum daraus entstandenen Einsatz alarmiert werden. Unterstützend wirken dabei Alarm- und Ausrückeordnungen (AAO), die vorgeben, welche Einheiten zu welchen Situationen zu alarmieren sind [9], [10].

Insbesondere bei der Einsatzschwelle zu einem arztbesetzten Rettungsmittel (NEF, NAW oder RTH) richten sich die Rettungsdienst-Träger meist nach einem Indikationskatalog, der sich an den diesbezüglichen Vorgaben der Bundesärztekammer (BÄK) orientiert und an die örtlichen Gegebenheiten angepasst ist. Dieser Katalog beinhaltet sowohl Leitsymptome, anhand derer der Einsatz von Notärzten zu prüfen ist, als auch konkrete (Verdachts-)Diagnosen, die den Einsatz eines arztbesetzten Rettungsmittels aus medizinischer Sicht rechtfertigen bzw. erfordern (Bundesärztekammer, 2013).

² Die Versorgungsgüte setzt sich zusammen aus der Hilfsfrist, also der Zeitvorgabe, innerhalb derer Rettungsmittel einen Einsatzort in einem prozentualen Anteil erreichen sollen und der Anzahl und Qualifikation, die innerhalb der Zeit erforderlich ist.

2.3 Rettungsdienst bei Sonderlagen

Einen vom täglichen Rettungsdienst etwas abgekoppelten Teil bildet die Versorgung von Betroffenen mit medizinischen Leistungen im Fall von Großschadensereignissen und Katastrophen. Die Mitwirkungspflicht für Rettungsdienste in solchen Situationen ergibt sich meist schon direkt aus den Gesetzen (z.B. § 2 (1) Nr. 3 RettG NRW; § 7 NRettDG; § 9 (1) HmbRDG).

Kennzeichnend für solche Einsatzlagen ist das Missverhältnis von vorhanden, medizinischen Versorgungsmöglichkeiten (Rettungsdienst, aber auch Krankenhäuser) zu den für eine größere Anzahl von Patienten erforderlichen Leistungen. Das führt notgedrungen zu einer Abkehr der üblichen Individualmedizin, hin zu einer triage-gesteuerten Strukturierung solcher Einsatzstellen, um Transport- und Behandlungsprioritäten festzulegen und einen geordneten Abfluss der Patienten in geeignete Kliniken zu steuern. Dort werden die Patient:innen meist von ähnlichen Organisationsstrukturen (LNA-Krankenhaus etc.) aufgefangen und einer weiteren Behandlung zugeführt.

Diesen organisatorischen Aufwand übernehmen in der Regel spezielle Funktionen aus dem rettungsdienstlichen Bereich, die über Fachkenntnisse und Ausbildungen für solche Situationen verfügen müssen. Für die medizinische Versorgung sind das Leitende Notärzte (LNA) und für die strukturelle Organisation der Einsatzstellen und die Transportorganisation die Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL).

Während sich die OrgL meist aus Führungskräften der beauftragten Rettungsdienstorganisationen mit entsprechender Qualifikation rekrutieren, werden die LNA oft aus einem Zusammenschluss ärztlichen Personals auf Landkreisebene (Leitende Notarztgruppe, LNG) gestellt. Die LNG besteht aus Ärzten, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen und sich für den jeweiligen Rettungsdienstbereich über ihre normale ärztliche Tätigkeit hinaus engagieren. Der LNA-Dienst wird oftmals als Bereitschaftsdienst durchgeführt und dementsprechend vergütet. Da naturgemäß überwiegend Krankenhausärzte über die notwendigen Qualifikationen verfügen, bestehen oft vertragliche Abkommen mit angeschlossenen Versorgungskrankenhäusern über die Abordnung von LNA im Tagesgeschäft. Nachts und am Wochenende basiert der LNA-Dienst oft auf freiwilligen Meldungen aus Reihen der LNG.

Für den Einsatzerfolg bei Großschadenslagen sind die genauen Kenntnisse der örtlichen Gegebenheiten essentiell. Daher sollten LNA und OrgL über möglichst genaue Kenntnisse der regionalen medizinischen Infrastruktur verfügen (Flemming, et al., 2007).

3 Hauptteil

3.1 Sicherstellungsauftrag Notarztdienst

Während die Sicherstellung der Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen auf Bundesebene im §72 SGB V verankert ist und diese im §75 (1b) SGB V auch den kassenärztlichen Notdienst nachts und an den Wochenenden einschließt, werden Notärzte des Rettungsdienstes hier bisher explizit ausgeschlossen.

Die Sicherstellung des Notarztdienstes ergibt sich aus den Landesgesetzen zum Rettungsdienst und davon abgeleiteten Bedarfsplänen. In einigen Bundesländern werden Ärzte im Rettungsdienst explizit gefordert, wie beispielsweise in Baden-Württemberg (§ 10 (1) RDG BW). Hier fällt die legale Begründung für Notärzte deutlich einfacher als z.B. in Niedersachsen, wo die Stellung von ärztlichem Personal im Rettungsdienst nicht explizit gefordert ist. Dort lässt sich direkt aus dem Gesetz z.B. nur über den Sicherstellungsauftrag (§ 2 (1) NRettDG) mit geeigneten Fahrzeugen (nach § 9 NRettDG) eine Notwendigkeit von ärztlichem Personal im Rettungsdienst ableiten.

Ähnlich verhält es sich mit der Einrichtung einer Funktion „Leitende/r Notarzt:in“ für die Abwicklung und Koordination von Großschadensereignissen. Allerdings findet sich mittlerweile in den meisten Landesgesetzen eine Verpflichtung zum Stellen einer ärztlichen Funktion für entsprechende Einsatzsituationen (z.B. §7 (2) NRettDG oder §10 (2) RDG-BW). Leitende Notärzt:innen rekrutieren sich nahezu ausschließlich aus den hauptberuflich im jeweiligen Bereich tätigen Notärzt:innen. Daher muss ein Fokus darauf liegen, primär diese Funktionen zu besetzen, um sekundär auch LNA gewinnen zu können.

3.2 Handlungsfeld Notarztdienst

Der entweder gesetzlich festgelegte oder über die Bedarfsplanungen abgeleitete Bedarf an Notärzt:innen im Rettungsdienst wird durch die Träger auf unterschiedliche Weise umgesetzt. Die früher übliche Verfahrensweise, die Versorgungskrankenhäuser im Rettungsdienstbereich vertraglich durch die personelle Besetzung der Notarzt-Standorte in den Rettungsdienst einzubinden, hat heutzutage nicht überall mehr Bestand. Viele Kliniken ziehen sich meist aus personellen Gründen aus dem Notarztdienst zurück, weil es ihnen schon schwerfällt, zunächst die intern notwendigen Stellen zu besetzen. In den hauseigenen Betrieb mit dem Notarztdienst zusätzlich eine weitere schichtdienstabhängige Funktion zu integrieren, ist nicht nur arbeitsrechtlich eine Herausforderung (vgl. Abbildung 1) (Reimann, et al., 2004).

Kompromiss ist dabei oftmals, zumindest im Tagdienst den Notarzdienst zu besetzen, der dann keine Schichtdienstanteile beinhaltet und die Notärzte tagsüber in der Klinik auch noch Tätigkeiten verrichten können, die einfach unterbrochen werden können. In den Nachtstunden und an Wochenenden sind die Träger dann gefordert, auf eigene Initiative adäquates ärztliches Personal zu finden. Das generiert sich häufig im Rahmen von Honorarverträgen aus den Notärzten im Krankenhaus, die zusätzlich noch beim Rettungsdienst zusätzlich Schichten übernehmen [1], (Schier, 2016).

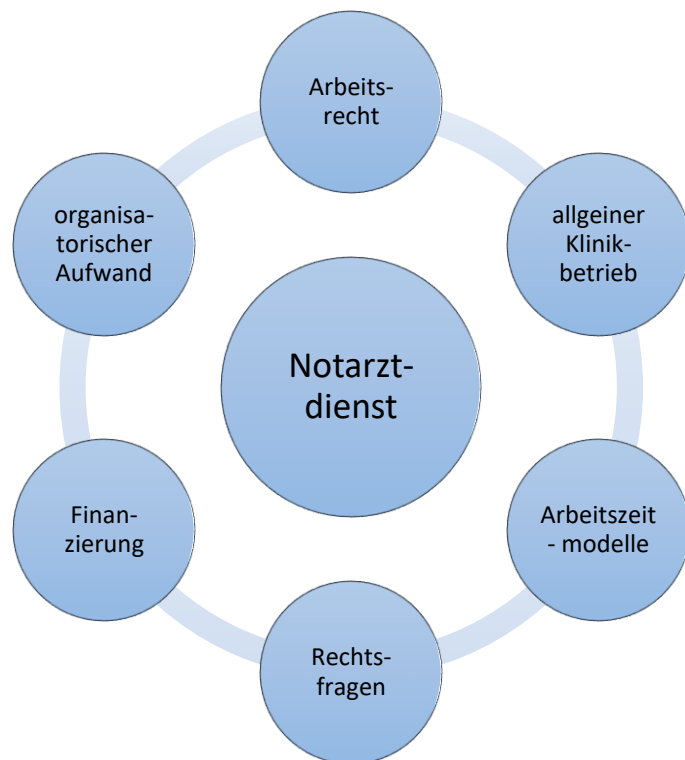


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf den Notarzdienst

Natürlich verliert sich durch die schleichende Trennung des Notarzdienstes von den angeschlossenen Versorgungskrankenhäusern auch immer weiter das fachliche Wissen über die Leistungsfähigkeit und die Abläufe der Kliniken, welche bei der Entscheidung über eine adäquate Zielklinik für die verschiedenen präklinischen Diagnosen eine große Rolle spielen. Aber auch bei der Abwicklung größerer Einsatzsituationen ist dieses Wissen wertvoll. Nicht zuletzt das fehlende gegenseitige Verständnis für die Situation des jeweils anderen Partners, was im täglichen Einsatzgeschehen viele kleine Probleme unkompliziert lösen ließe (Ramadanov, et al., 2019).

In einigen Bundesländern (z.B. Sachsen-Anhalt und Thüringen) ist die jeweilige kassenärztliche Vereinigung (KV) nicht nur für die Stellung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD), sondern auch für die Besetzung der Notarztstandorte zuständig.

Im Folgenden sind die hauptsächlichen Schwierigkeiten oder Kriterien aufgeführt, die sowohl den Kliniken oder den Trägern Probleme bei der Besetzung der Dienste machen oder die potenzielle Ärzt:innen davon abhalten könnten, sich im Notarzdienst zu engagieren.

3.2.1 Vergütung

Während einige Träger oder Leistungserbringer des Rettungsdienstes ihren Notärzt:innen eine pauschale Vergütung für die Übernahme von Diensten zahlen, die unabhängig von der Einsatzbelastung ist, gibt es beispielsweise in Hamburg und anderen Bereichen zusätzlich zu einer geringeren Grundvergütung auch eine Fallpauschale von derzeit ca. 28,00 € (brutto). Dabei ist unerheblich, ob der Einsatzanlass mit einem großen Folgeaufwand verbunden ist (z.B. Reanimationen) oder ob es sich um eine Fehlfahrt handelt. Die Fallpauschale begründet sich aus der früher im § 33 BAT und aktuell im § 19 TVÖD möglichen Gefährdungs- bzw. Erschwerniszulage, die Ärzt:innen für ihre Tätigkeit außerhalb des besser geschützten Klinikumfelds gezahlt wird. In einigen Rettungsdienstbereichen ist es auch üblich, beispielsweise das Ausstellen einer Totenbescheinigung mit erster Leichenschau noch als separate Leistung abzurechnen [7], [5], [4].

Bei Notärzt:innen, die über eine flexiblere Vereinbarung wie eine Honorarvereinbarung an einen Standort gebunden sind, differieren die Vergütungen und Systematiken bei der Entlohnung noch weiter als bei einem festen Anstellungsverhältnis.

Diese unterschiedlichen Verfahrensweisen führen zu einer deutlichen Akzentuierung der Besetzungsproblematik bei Standorten, die vergleichsweise wenig für die Übernahme eines Dienstes zahlen. Noch gravierender wird das Gefälle innerhalb eines Rettungsdienstbereiches mit mehreren Notarztstandorten, die eine Fallpauschale zahlen und unterschiedliche Einsatzhäufigkeiten bei den Standorten aufweisen [3], [5].

Auch wenn sich die (Zusatz-)Verdienstmöglichkeiten für Krankenhausärzte als Notärzte sich für viele als lukrativer Nebenerwerb erweisen, kann in der Betrachtung nicht entfallen, dass es andere Bereiche gibt, in denen sich Ärzte mit speziellen Qualifikationen finanziell deutlich besser stellen, als im notärztlichen Umfeld.

3.2.2 Quantität der Einsätze

Seit vielen Jahren ist eine deutliche Zunahme bei den rettungsdienstlichen Einsätzen und damit auch bei den Einsätzen mit Notarztbeteiligung zu verzeichnen. Die Gründe dafür sind vielfältig:

- Präklinische Versorgung mit medizinischen Leistungen (z.B. niedergelassene Ärzt:innen) wird immer schlechter, so dass auch weniger akut erkrankte Patient:innen den Weg zum Rettungsdienst suchen, weil es zeitnah keinen anderen Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems gibt. Hier lässt sich auch ein deutliches Stadt-Land-Gefälle erkennen.
- Wirtschaftlichen Interessen oder Notwendigkeiten folgend, gibt es eine immer weitere Zentralisierung von kleineren Kliniken, parallel dazu sterben Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung aus wirtschaftlichen Gründen

immer weiter aus. Das führt zu einer verlängerten Einsatzdauer durch Ziele in weiter entfernten Spezialabteilungen und auch zu einer Steigerung der Einsatzzahlen, weil mehr sekundäre Verlegungsfahrten notwendig sind.

- Krankenhäuser sind einem immer höher werdendem Kostendruck ausgesetzt, so dass sich die Liegezeiten der Patient:innen oftmals nicht an ihrem klinischen Zustand, sondern an der Fallpauschale orientieren. Dadurch werden Patient:innen frühzeitig entlassen und müssen bei Verschlechterung ihres Zustandes erneut den Kliniken zugeführt werden.

Oben genannte Punkte führen im Rettungsdienst allgemein, aber auch im Notarzdienst zu einer Arbeitsverdichtung, die zum einen arbeitsrechtlich Konsequenzen fordert, aber auch mit einer gestiegenen physischen und psychischen Belastung einhergeht. Notwendige Regenerationszeiten, die abseits von dienstlichen Belangen auch für private Dinge genutzt werden konnten, sind reduziert oder fehlen gänzlich. Die Auswertung von Behrendt zeigt dabei auch, dass sich bei steigender Einsatzzahl die Anzahl der arztbesetzten Rettungsmittel nur unwesentlich erhöht hat (Behrendt, et al., 2003) (Bernhard, et al., 2006).

3.2.3 Qualität der Einsätze

Viele Leitstellen fragen die Notrufe mittlerweile mit Hilfe einer standardisierten Abfragesoftware ab, die am Ende der Abfrage entsprechend eines Indikationskatalogs einen Einsatz des Rettungsdienstes, ggf. mit ärztlicher Unterstützung, empfiehlt. Die Abfragestrukturen mit folgender Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) werden von den Ärztlichen Leiter:innen Rettungsdienst der jeweiligen Rettungsdienstbereiche verantwortet.

Weil den Disponent:innen in den Leitstellen am Telefon naturgemäß differentialdiagnostische Möglichkeiten fehlen, werden die Einsätze schnell überbeschickt und mit dem jeweils höher qualifizierten Rettungsmittel disponiert. Das liegt nicht nur an der Abfragequalität, sondern oft auch an einer offensiven Zuordnung der Alarmarten durch die ärztliche Leitung. Insgesamt wird hier u. a. das Ziel verfolgt, Angriffspunkte für eine mögliche juristische Nachbearbeitung zu reduzieren.

Dazu lassen sich Schilderungen der Anrufer:innen, die sich oftmals in einer psychisch sehr fordernden und teilweise traumatisierenden Ausnahmesituation mit existenziellen Ängsten befinden, nur schwer medizinisch eindeutigen Symptomen zuordnen (z. B. bei Fragen nach der Bewusstseinslage). Die Interpretation der Aussagen, kombiniert mit einer hohen Gesprächsdynamik und emotionalem Druck, der seitens der Anrufer auf die Disponent:innen ausgeübt wird, führt zu einer Erhöhung der Rettungsdienstlichen Einsätze (Sefrin, 2018).

In der Konsequenz werden damit auch Notärzt:innen vermehrt zu Einsätzen alarmiert, die qualitativ betrachtet auch von Notfallsanitäter:innen auf einem RTW adäquat abgewickelt werden könnten (Bernhard, et al., 2006).

3.2.4 Arbeits- und Dienstzeiten

Kernaspekt des Rettungsdienstes ist, dass die Leistungen im 24/7 Betrieb vorgehalten und durchgeführt werden müssen. Damit werden auch für Notärzt:innen viele Dienste notwendig, die nachts, an Wochenenden oder an Feiertagen liegen. Allgemein Zeiten, zu denen andere Freizeitaktivitäten angeboten werden und die zur Regeneration vom Arbeitsalltag genutzt werden sollten. Auch werden dadurch oftmals übliche Familienzeiten reduziert, was die Attraktivität in der Regel weiter reduziert.

Verbunden mit den quantitativen Aspekten aus Abschnitt 3.2.2 ergibt sich für das ärztliche Personal eine Verdichtung bei den Arbeitszeiten, die auch bei der Berechnung von Bereitschaftszeit-Anteilen stärker ins Gewicht fällt. Damit können viele Dienste nicht mehr so unkompliziert besetzt werden, wie das früher an einigen Stellen der Fall war. Bei nur einer geringen Zahl von Einsätzen außerhalb der Regelarbeitszeit konnten bei der Gestaltung der Arbeitszeitmodelle größere Anteile Bereitschaftszeit angerechnet werden. Damit war insgesamt der Personalbedarf geringer.

3.2.5 Abkopplung von Versorgungskrankenhäusern

Notarztstandorte oder deren personelle Versorgung werden immer weiter von den örtlich zuständigen Versorgungskrankenhäusern gelöst. Dadurch fehlt von externen Notärzt:innen die wichtige Bindung an die klinischen Strukturen der Krankenhäuser. Den Notärzt:innen fehlen Fachwissen über die Versorgungsmöglichkeiten und persönliche Beziehungen in die Kliniken, die sich nicht nur beim allgemeinen Betriebsklima, sondern auch bei der optimalen Versorgung von Patienten auswirken (Schier, 2016).

Beispielsweise werden Patient:innen manchmal in die örtlich zuständigen Versorgungskliniken befördert, die aber nicht optimal für die Versorgung ausgestattet sind. Neben einer schlechteren Gesamtprognose müssen die Patient:innen dann teilweise noch aufwendig weiterverlegt werden [1], [2], [9].

3.2.6 Geändertes Freizeit- und Familienverhalten

Unter dem Stichwort „work-life-balance“ lassen sich eine Vielzahl von Phänomenen zusammenfassen, die in den letzten Jahren einen größeren Fokus der Arbeitnehmer:innen in Richtung eines flexibleren Freizeitverhaltens erkennen lassen. Aufgrund einer Vielzahl verschiedener Einflüsse sind auch Ärzt:innen oft nicht mehr in Vollzeit tätig, sondern reduzieren zugunsten eines größeren Freizeitanteils ihre

Arbeitszeit. Auch familiär notwendige oder gewünschte Betreuungsmodelle in Form von Elternzeit etc. spielen in diesem Bereich eine große Rolle.

Da befristete Abwesenheiten meistens ohnehin nicht personell kompensiert werden, aber auch Stellenanteile, die sich nicht zu Vollzeit-Äquivalenten zusammenfassen lassen offen gelassen werden, entsteht hier eine weitere Lücke bei der Besetzung notwendiger Dienste, die ebenfalls zu einer Mehrbelastung der übrigen Belegschaft führt und damit zusätzlich dämpfend auf die Motivation potenzieller Ärzt:innen wirkt [5].

Des Weiteren sind nicht nur Ärzt:innen seltener bereit, zusätzliche Dienste bzw. Dienste zu ungünstigen Zeiten zu übernehmen, wenn sie sich in ihrer hauptsächlichen Beschäftigung an einer Klinik durch Reduktion der regelmäßigen Arbeitszeit bewusst einen Freiraum im Freizeitbereich geschaffen haben [1], [2], [3].

3.3 Handlungsfeld ärztliches Personal bei Sonderlagen oder Großschadensereignissen

Gemäß der Landesrettungsdienstgesetze sind in den meisten Bundesländern die Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, ärztliches Personal in der Form von Leitenden Notärzt:innen für die Abarbeitung von Großschadensereignissen oder ähnlich gelagerten Sonderlagen zu stellen. Wie in Abschnitt 2.3 bereits kurz skizziert, folgen die Träger der Systematik, dass aus den aktiv tätigen Notärzt:innen oder anderen fachlich beteiligten Personenkreisen mit entsprechender Qualifikation eine Leitende Notarztgruppe (LNG) initiiert wird oder wurde.

Die in den LNG organisierten Ärzt:innen organisieren die Rahmenbedingungen des LNA-Dienstes überwiegend selbstständig und stellen aus der Gruppe heraus die jeweils diensthabenden LNA. Meist betätigen sich die LNG im Rahmen eines ehrenamtlichen Engagements, welches per Aufwandsentschädigung den zeitlichen Umfang ausgleicht. Für die Diensthabenden LNA wird je nach vertraglicher Abmachung ein Stundensatz gezahlt.

Der Einsatzerfolg einer medizinischen Großschadenslage (MANV) hängt unter anderem auch wesentlich von der Routine, Qualifikation und Kenntnis der örtlichen Strukturen der jeweiligen LNA ab (Flemming, et al., 2007). Dementsprechend muss es Ziel der Kommunen, Träger und Beauftragten sein, möglichst viel Personal mit entsprechender Qualifikation zu generieren und in den lokalen Strukturen zu halten. Dementsprechend sollte Wert darauf gelegt werden, dass eine Betätigung im Bereich der LNG adäquat entlohnt wird und zeitlich zu den hauptberuflichen Tätigkeiten kompatibel ist.

Da sich die Mitglieder der LNG ausschließlich aus (ehemaligen) Notärzt:innen mit entsprechender Qualifikation nach den Vorgaben der BÄK rekrutieren, kommt der Aus- und Fortbildung von Notärzt:innen entscheidende Bedeutung zu.

3.4 Lösungsansätze für den Notarzdienst

Im vorherigen Abschnitt wurde das komplexe Konstrukt, welches sich um das ärztliche Personal im Rettungsdienst gebildet hat, erklärt und einige der damit verbundenen Schwierigkeiten dargestellt. Der folgende Abschnitt stellt mögliche Lösungsansätze dar, die seitens des Gesetzgebers, der Träger des Rettungsdienstes, der Kliniken mit angebundenem Notarzt-Standort und der Ärzt:innen selbst geprüft werden sollten, um die notärztliche Versorgung kurz-, mittel-, aber auch längerfristig sicherstellen zu können.

3.4.1 Legislative Faktoren

3.4.1.1 Gesundheitspolitische Richtungsänderung

Im Umfeld der Sozialgesetzgebung ist Rettungsdienst auf Bundesebene weiterhin als reine Transportleistung (SGB V) unterrepräsentiert. Da die Leistungen des Rettungsdienstes schon seit vielen Jahren einen deutlich größeren Rahmen abdecken, sollte hier eine Anpassung stattfinden.

Zudem wird der Rettungsdienst zunehmend eingesetzt, um Lücken an anderen Stellen des Sozial- und Gesundheitssystems zu schließen. Hier müsste durch eine umfangreiche Anpassung der gesetzlichen Vorgaben erwirkt werden, dass der Rettungsdienst wieder mehr seinen ursprünglichen Aufgaben im Sinne von §2 (1) RettDG-BE, §2 (2) NRettDG etc. nachkommen kann.

3.4.1.2 Verantwortung der Kliniken für den Notarzdienst schaffen

Aktuell sind die Krankenhäuser in vielen Rettungsdienstbereichen für die Gestellung des ärztlichen Personals mit entsprechender Qualifikation vertraglich verantwortlich. Da auch die Kliniken in personelle Schwierigkeiten geraten und auch einem hohen ökonomischen Druck unterliegen, fällt es ihnen schwer, ihrer Verantwortung adäquat nachzukommen. Daher steht der Notarzdienst bei vielen Kliniken auf der Liste entbehrlicher Tätigkeiten. Häufig wird auch versucht, offene Dienste durch Personal, welches über Internetbörsen gebucht wurde, abzudecken.

Hier sollte ein stärkeres Augenmerk darauf gelegt werden, die positiven Aspekte eines Notarztstandortes zu nutzen:

- Größere personelle „Verfügungsmenge“ durch Stellen, die durch den Notarzdienst generiert werden
- Größere interdisziplinäre Kenntnisse der Ärzt:innen im Notarzdienst
- Gezielte Patientenzuweisung durch Notärzt:innen mit Kenntnissen in der örtlichen Klinikstruktur

- Zusätzliche Weiterbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten für das ärztliche Personal verschiedener Fachabteilungen möglich

Perspektivisch wäre es wünschenswert, dass die Kliniken auch von legislativer Seite stärker an den Notarzdienst gebunden werden. Man sollte auf Bundesebene notärztliches Personal bzw. notärztliche Leistungen im SGB V integrieren, weil sich dadurch einfacher eine mit den Kostenträgern abrechnungsfähige Leistung generieren ließe. Weiterhin sollten alle Landes-Rettungsdienstgesetze den Notarzdienst explizit mit aufnehmen und die (Versorgungs-)Krankenhäuser dabei involviert werden.

3.4.2 Persönliche Faktoren

3.4.2.1 *Finanzielle Anreize erhöhen*

Notärztliche Tätigkeit wird bei vielen Dienstleistern in diesem Bereich durchaus als finanziell attraktiv angesehen. Insbesondere bei jüngeren Mediziner:innen ist eine Betätigung als Notarzt:in eine interessante Möglichkeit des Zuverdienstes. Dabei sind aber zwei Faktoren zu beachten: Zum einen sind die Zuverdienst-Möglichkeiten in anderen Fachbereichen oder im selben Fachbereich bei anderen Tätigkeiten höher als im Notarzdienst, zum anderen ergibt sich durch Fallpauschalen eine Schieflage zwischen einsatzreichen und einsatzärmeren Standorten. Hier sollte eine übergreifende Angleichung angestrebt werden.

Lokal in den einzelnen Rettungsdienstbereichen ist ein Ausgleich zwischen verschiedenen frequentierten Standorten anzustreben. Dieser kann durch gleichmäßige Verwendung des Personals über alle Standorte erreicht werden oder durch strukturell mögliche Anpassung z.B. von Ausrückebereichen, um eine gleichmäßige Auslastung zu erreichen.

Insgesamt sollten die Betreiber von notärztlichen Standorten die Kalkulation ihrer Kosten im Hinblick auf mögliche finanzielle Anreize für das ärztliche Personal hinterfragen. Ggf. lassen die vertraglichen Abhängigkeiten mit den Trägern, den Kostenträger aber auch dem Personal Anpassungen zu, die finanziell noch größere Anreize für die Ärzt:innen darstellen würden.

Letztendlich ist dabei auch einzukalkulieren, wie sich die Kosten für den jeweiligen Dienst erhöhen, wenn aufgrund kurzfristiger Lösungen deutlich höhere Beträge für die Übernahme eines Dienstes gezahlt werden müssen.

3.4.2.2 *Gewichtung geänderten Freizeitverhaltens*

Die wachsende Fokussierung der Arbeitnehmer:innen weg von der klassischen Lebensweise „erst die Arbeit, dann das Vergnügen“, hin zu einem individuell ausgeprägten Freizeitverhalten sollte auch oder gerade in einem stark belastenden Bereich wie dem Notarzdienst berücksichtigt werden, um die Triggerpunkte für

chronische psychische aber auch physische Erkrankungen möglichst niedrig zu halten (Hinzmann, et al., 2021).

Dazu an dieser Stelle einige Stichpunkte, die in diesem Zusammenhang betrachtet und ggf. berücksichtigt werden können:

- Individuelle Modelle zur Schichtplanung im Hinblick auf Ablösezeiten, Schichtlängen und Schichtfolgen,
- Ausgleichsmöglichkeiten auch für Betätigungen während der Dienstzeiten schaffen, z.B. durch ansprechende Aufenthaltsräume, Sporteinrichtungen, nutzbare Außenanlagen, unkomplizierte Versorgungsmöglichkeiten, WLAN-Versorgung in den Aufenthaltsräumen etc.,
- Möglichkeiten oder Anreize für die außerdienstliche Freizeitgestaltung, z. B. vergünstigten oder kostenlosen Eintritt in kommunale Einrichtungen (Schwimmbäder, Parks, ...),
- Unterstützung bei der Suche von adäquatem Wohnraum im Einsatzbereich,
- Geplante Ausgleichsmöglichkeiten (Freizeit) für Dienste im Nacht- oder Wochenendbereich.

3.4.3 Strukturelle Faktoren

Strukturelle Faktoren beziehen sich auf die Stellung der Notärzt:innen und der Rettungsdienste im Zusammenhang mit anderen Beteiligten des Gesundheitssystems und deren Beziehungen zum Notarzdienst.

3.4.3.1 Kopplung zwischen Notarzdienst und Notfallversorgung der Kliniken

Krankenhäuser generieren über das Angebot einer Notfallversorgung eine hohe Wirtschaftskraft. Über die Notaufnahmen werden durch den Rettungsdienst eine Vielzahl von Patient:innen den Kliniken zugeführt. Damit wird durch den Rettungsdienst, aber auch durch direkten Kontakt zur jeweiligen Notaufnahme der Kliniken, der Grundstein für den Bezug von Leistungen aus dem Gesundheitssystem gelegt.

Wie schon in einigen Bundesländern praktiziert, sollten alle Versorgungskrankenhäuser, die über den Rettungsdienst in ihren Notaufnahmen Patienten und damit in letzter Konsequenz auch Wirtschaftskraft generieren, zur Teilnahme am Notarzdienst verpflichtet werden. Dadurch kann die enge Bindung der Rettungsdienste, Notärzt:innen und aufnehmenden Krankenhäuser beibehalten und intensiviert werden. Die Rettungsdienste verfügen über fachlich versiertes Personal und die Kliniken können durch Ärzt:innen mit Kenntnis über die örtlichen Strukturen wesentlich zielführender mit Patienten belegt werden. Schlussendlich profitieren auch die Patient:innen von optimalen Versorgungsprozessen vom präklinischen in den klinischen Bereich [6], [4].

3.4.3.2 *Infrastruktur der Standorte verbessern*

Rettungswachen oder Standorte von arztbesetzten Rettungsmitteln sollten den Ansprüchen an einen modernen Arbeitsplatz genügen, bestenfalls sogar repräsentativ sein. Dadurch steigt der Identifikationsgrad der Mitarbeiter:innen mit ihrer Dienststelle und bindet sie enger an den Notarzdienst. Dem Rettungsdienst würde dadurch auch im Gesundheitssystem der nötige Respekt seitens der Arbeitgeberseite entgegengebracht werden, der sich auch im Engagement des Personals für ihren Rettungsdienst rentieren würde.

Die Ausstattung der Fahrzeuge und Wachen mit modernem technischem Gerät würde ebenfalls nicht nur die Einsatzqualität und –effizienz steigern, sondern auch für einen innovativen Arbeitsplatz stehen.

Zusätzlich würden IT-gestützte Planungstools bei der Besetzung der Dienste unterstützen können und nicht nur bei möglichen kurzfristigen Ausfällen zu einem unkomplizierten Werkzeug bei der Nachbesetzung werden (App oder Webseite, die vom Personal bedient werden kann) [1], [2].

3.4.3.3 *Telemedizinische Versorgung etablieren*

Telemedizin kann im Bereich des Telenotarztes eine deutliche Entlastung für die fahrzeugbezogenen Einsatzmittel bedeuten. Deutschlandweit sind aktuell vielfältige Projekte in Vorbereitung und Umsetzung, die analysieren, in wieweit telemedizinische Angebote auch im Notarzdienst angewendet werden können.

Erste Ergebnisse im engen Zusammenspiel mit Notfallsanitäter:innen, die vor Ort deligierte ärztliche Maßnahmen durchführen oder sich über ein Telenotarzt-System diagnostisch und im Hinblick auf eine weitere Therapie absichern können, sind sehr vielversprechend [3], [5], [7].

Diese Systeme sind eine gute Möglichkeit, um die Einsatzhäufigkeit arztgebundener Rettungsmittel zumindest für einfache ärztliche Tätigkeiten deutlich zu reduzieren und damit eine höhere Verfügbarkeit der NEF für vitalkritische Einsatzsituationen zu generieren. Perspektivische Berechnungen für den Bereich Hamburg haben ergeben, dass ein telenotärztlicher Arbeitsplatz etwa 3,5 Mal mehr Einsätze abdecken kann, als fahrzeuggebundene Notärzte [7].

Dabei darf die Einführung von Telenotarzt-Systemen nicht automatisch zu einer Reduktion der Anzahl arztbesetzter Rettungsmittel führen. NEF müssen weiterhin flächendeckend verfügbar sein, um therapiefreie Intervalle im ärztlichen Sektor bei besonders kritischen Einsätzen zu minimieren. Müssen solche wirtschaftlichen Aspekte diskutiert werden, sollte hier eher in die Richtung interveniert werden, die Notärzte im klinischen Alltag stärker einzubinden.

3.4.3.4 Weiterbildungsmöglichkeiten im notärztlichen Bereich schaffen

Aktuell werden die Notärzt:innen in den meisten Rettungsdienstbereichen nur grundqualifiziert. Das heißt, sie bekommen eine Qualifikation analog der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“. Eine weitergehende Qualifizierung, Spezialisierung oder Fortbildungsverpflichtung besteht nicht in allen Bundesländern. Hier könnten auch noch zusätzliche Anreize geschaffen werden, um die Qualifikation der Notärzt:innen zu erhöhen, für mehr Sicherheit im Einsatz zu sorgen und die Stellung der Ärzt:innen im Rettungsdienst gegenüber anderen Fachabteilungen zu stärken.

Denkbar wäre auch, Kombinationen z.B. für LNA „auf der Straße“ und LNA „im Krankenhaus“ zu schaffen, die im Fall von Großschadensereignissen einen ähnlichen Arbeitsauftrag verfolgen und hier gut abgestimmte und synchronisierte Vorgehensweisen zwischen Rettungsdienst und Aufnahmekrankenhäusern sinnvoll sind.

3.4.4 Organisatorische Faktoren

Der Notarzdienst ist über verschiedene Modelle in die Organisationsformen der Rettungsdienste integriert. Auch hier ergeben sich Möglichkeiten, durch Veränderungen in der strukturellen Organisation oder dem Verlauf der etablierten Prozesse dem Notarzdienst mehr Beachtung und Respekt entgegenzubringen, was in der Folge zu einer Verbesserung der Situation für die im Rettungsdienst tätigen Ärzt:innen führen und damit auch die Attraktivität des Notarzdienstes steigern würde.

3.4.4.1 Notfallmedizinische Zentren

Eine weitere Möglichkeit, die Attraktivität des Notarzdienstes zu steigern, aber auch um Aspekte der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen, liegt darin, nicht jedem Rettungsdienstbereich oder jedem Beauftragten die Gestellung ärztlichen Personals in Eigenregie zu überlassen, sondern die Kompetenzen sowohl auf medizinischer Seite, als auch auf organisatorischer Seiten zu bündeln. Sinnvoll wäre eine Einrichtung der Zentren an größeren Kliniken. Dadurch ergeben sich verschiedene Vorteile, sowohl für die Ärzte, als auch die Träger der Zentren (Luiz, 2003):

- Der organisatorische und administrative Aufwand zum Betrieb eines Notarztstandortes würde sich im Zentrum konzentrieren, welches gleichzeitig für mehrere Standorte zuständig wäre.
- Kosten für Materialien und sonstige Anschaffungen werden reduziert, weil entweder größere Stückzahlen bezogen werden können oder nicht jeder Standort bestimmte Geräte oder Einrichtungen beschaffen muss.

- Die Zentren könnten zu Kompetenzzentren für präklinische Notfallmedizin entwickelt werden. Dadurch würde die fachliche Qualität der medizinischen Leistungen gesteigert werden.
- Durch den überregionalen oder bereichsübergreifenden Austausch innerhalb der Belegschaft kann Fachwissen unkomplizierter transportiert werden. Dadurch lassen sich standardisierte Vorgehensweisen einfacher etablieren.
- Es können qualitativ höherwertige Fortbildungen angeboten werden, weil größere finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.
- Durch den insgesamt größeren Personalpool können kurzfristige Schwankungen besser ausgeglichen werden (z.B. kurzfristige Erkrankungen).
- Lokale Verschiebungen hin zu interessanteren oder einsatzreicheren Standorten könnten so durch eine transparente Verteilung der Dienste vermieden werden.
- Notfallmedizinische Zentren sind ideale Einrichtungen, um auch LNA-Dienste zu organisieren bzw. von dort aus zu betreuen. Sie wären auch als Standort für die LNG geeignet. Je nach geografischer Lage, können LNA und OrgL auch von den Zentren gemeinsam ausrücken.
- Ist das notfallmedizinische Zentrum Teil eines größeren Klinikums, lassen sich personelle Ressourcen mit entsprechenden Qualifikationen lagebedingt auch innerhalb der Klinik oder des zuständigen Bereiches verschieben. So könnte spontan auch besser auf eventuelle Großschadenslagen reagiert werden.

3.4.4.2 Qualitätssteigerung der Einsatzanlässe

Eine große Herausforderung, die nahezu von allen Notärzt:innen und anderem Personal im Rettungsdienst berichtet wird, ist die mangelnde Qualität der Einsätze. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass Selbstbild und Selbstwahrnehmung leiden, wenn man sich regelhaft die Frage stellt, was ein hochqualifizierter Notfallmediziner an einer Einsatzstelle soll, an der oftmals nicht einmal der Rettungsdienst per se erforderlich ist [6], [5].

Hier ergeht ein klarer Hinweis an die legislative, einen rechtlichen Rahmen für die Beteiligten (insbesondere Leitstellen, aber auch NotSan) zu schaffen, der ein sicheres Handeln ermöglicht, auch wenn man eine geschilderte Situation mal unterbeschickt oder sogar aus nachvollziehbaren Gründen gänzlich auf die Alarmierung eines Rettungsmittels verzichtet.

Weiterhin sind die medizinischen Kompetenzen hier gefordert, als Bundes- oder Landesärztekammern eine Vorgabe für notärztliche Indikationen zu machen, die aktuelle Entwicklungen wie z.B. Telenotarztsysteme berücksichtigt. Des Weiteren sind die ärztlichen Leiter:innen gefragt, auf der Basis der Leitlinien, Indikationskataloge und der medizinischen Versorgungsstruktur der Bereiche angepasste Alarm- und

Ausrückeordnungen zu den entsprechenden Abfrageergebnissen der Leitstellen zu entwickeln, die den Anteil von Fehlfahrten deutlich reduzieren [5], [10] (Felzen, et al., 2020).

Nicht zuletzt muss das Personal der Leitstellen so gut geschult sein und sich so gut im medizinischen Bereich auskennen, dass auch bei vagen oder unklaren Situationen nicht aus falsch verstandenem Respekt schon automatisch eine möglichst sichere und damit zu hoch qualifizierte Alarmierung erfolgt [9], [10].

Das impliziert auch deutlich, dass nur einfach oder gar nicht notfallmedizinisch qualifiziertes Personal anhand einer Abfrageunterstützung keine qualifizierte Notrufabfrage mit anschließender adäquater Alarmierung durchführen kann [4], [9], [10].

3.4.4.3 Kompetenz der Notfallsanitäter:innen erweitern

Durch das 2014 neu eingeführte Notfallsanitätergesetz ist es möglich, Maßnahmen, die bisher nur ärztlichem Personal vorbehalten waren, auch an nichtärztliches Personal im Rettungsdienst zu delegieren (§4 (2) Nr. 2c NotSanG). Neben den allgemein delegierten Maßnahmen befähigt die Ausbildung zum/r Notfallsanitäter:in auch dazu, eigenverantwortlich invasive Maßnahmen durchzuführen, wenn sonst bis zum Eintreffen von ärztlichem Personal eine Verschlechterung der Situation eintreten würde (§4 (2) Nr. 1c NotSanG). Eine offensivere Delegation dieser Maßnahmen an NotSan würde zu einer deutlichen Entlastung der arztbesetzten Rettungsmittel führen. Dadurch würde die Funktion des NotSan aufgewertet und gleichzeitig die Einsatzqualität der Notärzt:innen gesteigert werden [2], [5], [7] (Kanz, 2018).

Knüpft man die erweiterten Kompetenzen an klare Vorgaben und prozessuale Abläufe, die intensiv trainiert und auch qualitätsgesichert werden, ist das Risiko für Patient:innen und Fachpersonal überschaubar, der Nutzen für alle Beteiligten aber deutlich spürbar (Breuer, et al., 2021).

Dabei darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Notärzt:innen eine große Routine im Umgang mit Notfalleinsätzen benötigen, um bei kritischen Fällen die nötige Umsicht und Ruhe walten lassen zu können. Daher ist systematisch auch dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere neue Notärzt:innen ausreichend Gelegenheit bekommen, die etablierten Abläufe und Routinen des Rettungsdienstes zu erlernen und so zu festigen, dass der Einsatzerfolg bei komplexen Situationen davon unterstützt wird [4], [5].

3.4.4.4 Notärzt:innen fest bei den Leistungserbringern anstellen

Für die im Rettungsdienst tätigen Ärzte ist es immer von Vorteil, wenn sich möglichst alle möglichen oder gewünschten Betätigungsfelder unter dem Dach eines Arbeitgebers zusammenfassen lassen. Das reduziert für die Ärzt:innen die Komplexität

der Planung, Organisation und Synchronisation verschiedener Arbeitgeber und mindert auch mögliche Rechtfertigungen einzelner Arbeitnehmer:innen gegenüber den möglicherweise unterschiedlichen Arbeitgebern. Aber auch für die Arbeitgeber ist eine klarere Abgrenzung der einzelnen Tätigkeitsbereiche zueinander von Vorteil, weil das Risiko arbeitsrechtlicher Konsequenzen dadurch minimiert wird [2], [6].

Daher ist anzustreben, die notärztliche Tätigkeit weiterhin bei den versorgenden Kliniken zu konzentrieren und durch individuelle und innovative Arbeitszeitmodelle in den klinischen Alltag zu integrieren. Der Notarzdienst wäre dann integrativer Bestandteil des Klinikums oder einer Fachabteilung, der dann auch entsprechend mehr gewürdigt werden würde [6].

3.4.4.5 Soziale Aspekte

Eine weitere Möglichkeit, Ärzte an ihre Tätigkeit zu binden und damit auch den Sicherstellungsgrad zu erhöhen, sind Maßnahmen, die alle Arbeitgeber gleichermaßen treffen können und die nicht explizit auf ärztliches Personal reduziert werden müssen. Hier geht es um soziale, ökonomische und organisatorische Maßnahmen, die die Lebensqualität für die Arbeitnehmer:innen erhöhen und damit für eine größere Arbeitszufriedenheit sorgen und die Bindung an Arbeitgeber und Region erhöhen:

- Zusicherung von Kinderbetreuungsplätzen oder Unterstützung bei der Vermittlung,
- Unterstützung bei der Wohnungssuche bis hin zur Gestellung von Dienstwohnungen,
- Vergünstigungen oder Vorkaufsrechte für Wohnungen oder Grundstücke für Angestellte aus bestimmten systemrelevanten Berufszweigen,
- Vergünstigungen bei der Benutzung öffentlicher Einrichtungen,
- Gestellung von dienstlichen Smartphones bis hin zu Dienstwagen, die natürlich auch zur Ableistung der LNA-Dienste oder anderer Organisationsformen im Bereich der Sondereinsatz- oder Großschadensabwicklung.

Die hier aufgeführten Punkte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und erfordern eine von den lokalen Gegebenheiten inspirierte Innovationsfähigkeit auf Arbeitgeber- aber auch auf Arbeitnehmerseite [2], [5], [6].

3.5 Fazit

Der Notarzdienst ist eine der Schlüsselfunktionen im Bereich der präklinischen Notfallversorgung. Auch aktuelle Entwicklungen, wie z.B. Telenotarztsysteme, können die Funktion eines speziell für kritische Notsituationen ausgebildeten Mediziner:innen

als lebensrettende Interventionsmaßnahme direkt bei den Patient:innen und außerhalb eines geschützteren klinischen Rahmens nicht ersetzen. Gleiches gilt für die Betrachtung im Umfeld von Sondereinsätzen oder Großschadensereignissen, wo den Leitenden Notärzt:innen eine wichtige Funktion bei der Organisation der Einsatzstellen aber auch zur Klassifizierung und Versorgung der Patient:innen zukommt.

Wie in vielen anderen medizinischen Bereichen auch, reduziert sich der verfügbare Personalstamm auch bei der notärztlichen Versorgung und führt nicht selten zu Funktionen, die durch orts- oder fachfremde Notärzt:innen besetzt werden oder sogar zu unbesetzten Diensten und damit zu Lücken in der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund eines flächendeckenden Systems, welches wichtige medizinische Leistungen auch außerhalb der Kliniken bereitstellt und durch die frühe Intervention oft Langzeitfolgen und langwierige Therapien verringert, ist die Systematik des Notarzteinsatzdienstes als Teil des Rettungsdienstes unbedingt zu erhalten und dafür strukturell an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

Daher müssen alle beteiligten Stellen sowohl auf legislativer, als auch auf struktureller und operativer Ebene dafür Sorge tragen, dass diesem etablierten System auch genügend qualifizierte Ärzt:innen zur Verfügung gestellt werden und die schon tätigen Personen diesem System möglichst lange erhalten bleiben. Weiterhin muss die althergebrachte Systematik der Kombination aus RTW und NEF als Standard-Einsatzmittel bei kritischen Einsatzsituationen überdacht werden. Hier können die Entwicklungen hin zu Telenotarzteinsatzsystemen und die Kompetenzerweiterung in der Gruppe der Notfallsanitäter:innen die Last im ärztlichen Teil des Rettungsdienstes erheblich reduzieren.

Individuell kann bei vielen Ärzt:innen im Rettungsdienst eine hohe intrinsische Ausgangsmotivation festgestellt werden. Diese für die Träger der Rettungsdienste sehr wichtige Ausgangssituation führt meistens zu einem komfortablen Setting bei der Sicherstellung von LNA-Diensten und der Organisation in Leitenden Notarztgruppen. Perspektivisch reicht das aber nicht aus, um auch langfristig ausreichend Personal zur Verfügung zu haben. Daher müssen innovative Arbeitszeitmodelle geschaffen werden, die auch individuelle Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen berücksichtigen. Im klinischen Alltag müssen Bedingungen geschaffen werden, die den Notarzteinsatzdienst nicht als „Bestrafung“, sondern eher als wünschenswerte, zusätzliche Qualifikation sehen. Des Weiteren sollten die Tendenzen, den Notarzteinsatzdienst aus dem klinischen Kontext zu lösen, überdacht und ggf. revidiert werden. Auch die an vielen Stellen interessanten und von vielen Ärzt:innen gewünschten Honorarsysteme lassen sich an vertragliche Abhängigkeiten mit den Versorgungskliniken koppeln.

Eine enge Bindung an den jeweiligen Träger des Rettungsdienstes, die stellenden Versorgungskliniken und regionale Identifikation über z.B. den Wohnort sind begrüßenswerte Begleiteffekte. Sie versetzen die verantwortlichen Stellen in die

Situation, einfacher an genügend qualifiziertes Personal zu gelangen und dieses auch längerfristig an die Organisation binden zu können. Damit gestaltet sich die notwendige Hintergrundorganisation von LNA-Diensten auch verhältnismäßig unkompliziert. Auch wenn mit solchen Faktoren auch meist ein finanzieller Aufwand verbunden ist, der sich nicht unmittelbar in eine Leistung umrechnen lässt, so gewinnen die „weichen“ Faktoren immer mehr an Gewicht und sollten von allen Verantwortlichen kritisch hinterfragt werden und sehr ernst genommen werden.

4 Quellenverzeichnis

Behrendt H. und Schmiedel R. Die aktuelle Infrastruktur des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland im zeitlichen Vergleich [Artikel] // Notfall & Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer, 2003. - 6.

Bernhard M. [et al.] Patientenspektrum im Notarztdienst [Artikel] // Der Anästhesist. - [s.l.] : Springer, 2006. - 55.

Breckwoldt J. und Arntz H.R. Das Notarztsystem in Berlin [Artikel] // Notfall & Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer Verlag, 2002. - 10.

Breisgau-Hochschwarzwald Bereichsausschuss RD-Bereich Bereichsplan Rettungsdienst. - 2016.

Breuer F. [et al.] Generaldelegation von heilkundlichen Maßnahmen an Notfallsanitäter [Artikel] // Notfall und Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer, 2021. - 24.

Bundesärztekammer Bundesweiter Überblick über die Notarztqualifikation. - 2011.

Bundesärztekammer Indikationskatalog für den Notarzteinsatz [Online] // Bundesärztekammer. - 22. 02 2013. - 01. 11 2021. - https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/NAIK-Indikationskatalog_fuer_den_Notarzteinsatz_22022013.pdf.

Bundesärztekammer Muster Weiterbildungsordnung [Online]. - 2018. - 05. 11 2021. - https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf.

Felzen M. [et al.] Wie oft sind Notärzte an der Einsatzstelle erforderlich [Artikel] // Notfall und Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer, 2020. - 23.

Flemming A. und Adams H. A. Rettungsdienstliche Versorgung bei Massenanfall von Verletzten (MANV) [Artikel] // Intensivmedizin. - [s.l.] : Thieme, 2007. - 44.

Gabler Wirtschaftslexikon [Online]. - Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. - 16. 11 2021. - <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/daseinsvorsorge-28469>.

Hinzmann Dominik [et al.] Resilienz in der Notfallmedizin [Artikel] // Der Notarzt. - [s.l.] : Thieme, 2021. - 37.

Kanz Daniela Kann der Notfallsanitäter mit seinen erweiterten Kompetenzen das Notarztsystem entlasten. - Berlin : Charité - Medizinische Fakultät, 2018.

Luiz Th. Notfallmedizin morgen [Artikel] // AINS. - [s.l.] : Thieme, 2003. - 38.

NRW IdF Facharbeitsthema LG 2.2, AZ Z2-5-2-05 [Bericht]. - Münster : Berthold Penkert, Schulleiter, 2021.

Ramadanov N., Klein R. und Behringer W. Arbeitsqualität von Honorarnotärzten [Artikel] // Notfall und Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer, 2019. - 23.

Reimann B. [et al.] Gefährdung der Notarztversorgung im ländlichen Gebiet [Artikel] // Notfall und Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer, 2004. - 7.

Schier Wilhelm Die Zukunft des Notarztes im Rettungsdienst [Artikel] // Der Notarzt. - [s.l.] : Thieme, 2016. - 2.

Schlechtriemen Th. und Altemeyer K.H. Probleme der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland [Artikel] // Notfall & Rettungsmedizin. - [s.l.] : Springer Verlag, 1999. - 6.

Sefrin Peter Neuordnung der Notfallversorgung im ambulanten/präklinischen Bereich [Artikel] // Der Notarzt. - [s.l.] : Thieme, 2018. - 34.

Stangl Robert [et al.] 60 Jahre Notarzdienst in Köln [Artikel] // Der Notarzt. - [s.l.] : Thieme, 2018. - 34.

5 Abkürzungsverzeichnis

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ÄLRD	Ärztliche/r Leiter:in Rettungsdienst
BÄK	Bundesärztekammer
BAT	Bundes-Angestellten-Tarifvertrag
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GRTW	Großraum-Rettungswagen
IRTW	Infektions-Rettungswagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LNA	Leitende/r Notarzt:in
MZF	Mehrzweckfahrzeug
NA	Notarzt/Notärztin
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NORA	Notruf-App
NotSan	Notfallsanitäter:in
OrgL	Organisatorische/r Leiter:in Rettungsdienst
RA	Rettungsassistent:in
RLST	Rettungsleitstelle
RS	Rettungssanitäter:in
RTW	Rettungstransportwagen
TvöD	Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst

6 Auflistung der Gesprächspartner:innen

- [1] **Rainer Freese**, Leiter der Rettungswache Aurich (NEF-Standort),
Rettungsdienst Landkreis Aurich gGmbH
- [2] Dr. med. **Detlev Schmitz**, Leitender Notarzt und Ärztlicher Leiter
Rettungsdienst, Landkreis Aurich
- [3] Dr. med. **Frank Koberne**, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst,
Regierungspräsidium Freiburg im Breisgau
- [4] Dr. med. **Erwin Schoolmann**, Anästhesist und Notarzt, Ubbo-Emmius-
Klinikum Aurich
- [5] Dr. med. **Tim Straakholder**, Anästhesist, Notarzt und Dozent am Institut für
Notfallmedizin, Universitätsklinikum Oldenburg-Kreyenbrück
- [6] Dr. med. **Till Illies** MSc., Neuroradiologe und ehemaliger Rettungsdienst-
Mitarbeiter, Asklepios Klinikum Hamburg-Altona
- [7] **Tanja Hemmi**, Ärztliche Leiterin Rettungsdienst/V und Dozentin an der
Berufsfachschule für NotSan, Feuerwehr Hamburg
- [8] Dipl. med. **Michael Naitha**, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr
Potsdam
- [9] **Bernd Saathoff**, Disponent in der Kooperativen Regionalleitstelle
Ostfriesland (KRLO) in Wittmund
- [10] **Malte Sieling**, Fachlehrer und Leiter der Leitstellenausbildung bei der
Feuerwehr Hamburg

7 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Facharbeit selbständig angefertigt habe. Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut habe ich als solches kenntlich gemacht. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form ganz oder teilweise noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

8 Skripte der Interviews in Form von MindMaps

