

M. Lange

**Leserbrief zum Beitrag:****Die Zukunft der Notfallmedizin gestalten – aus Sicht von DGAI und BDA**

(Anästh Intensivmed 2024;65:V142–147)

**Die Zukunft der prähospitalen Notfallmedizin – Quo vadis?**

Gräsner et al. ist herzlich für ihre in jeder Hinsicht begrüßenswerte Initiative zu danken, welche dazu geeignet ist, die inner- und präklinische Notfallmedizin noch fester in das Fachgebiet der Anästhesiologie zu verankern und dabei die Qualifikation des ärztlichen Personals in der Notfallmedizin zu steigern. Die daraus resultierenden Konsequenzen für die zukünftige Organisation und Finanzierung der prähospitalen Notfallmedizin sollten genauer betrachtet werden.

Wahrscheinlich wird sich jeder, der längerfristig im Rettungsdienst tätig war, bereits die Frage gestellt haben, wodurch die bisher vergleichsweise geringe ärztliche Qualifikation in der prähospitalen Notfallmedizin gerechtfertigt war, wenn man diese mit der erforderlichen Qualifikation für ähnlich anspruchsvollen und verantwortungsvollen Tätigkeiten innerhalb der Klinik vergleicht. Zugegebenermaßen stellt sich ein Großteil der Noteinsätze als gut zu beherrschende „Routine“-Notfälle dar. Doch schon der nächste Einsatz kann herausfordernd sein, wie das kindliche Polytrauma mit schwieriger Atemwegssicherung, komplexem Volumenmanagement und Notwendigkeit weiterer invasiver Notfallverfahren. Die bisherige notärztliche Mindestqualifikation besteht vielerorts in einer lediglich 1,5-jährigen klinischen Tätigkeit, Absolvierung eines 80-Stunden-Notfallkurses und 10 begleiteten Realeinsätzen (entsprechend dem Fach-

kundenachweis Rettungsdienst in NRW). Die meisten werden zustimmen, dass es im intrahospitalen Setting kaum denkbar wäre, derart komplexe Behandlungssituationen, wie sie gelegentlich im Rettungsdienst vorkommen, einer Person mit diesem Aus- und Weiterbildungsstand ohne Supervision und direkte Hilfestellung zu überlassen. Hier sind umfangreiche notfallmedizinische Expertise und Erfahrung gefragt, um Überforderung des Personals und Unterversorgung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden! Eine optimierte Vorbereitung für komplexe prähospitalen Notfallszenarien ist durch die von Gräsner et al. geforderten Maßnahmen zu erwarten und somit vollumfänglich zu unterstützen.

Doch wie können die notärztlichen Zusatzqualifikationen in der Praxis erreicht werden und welche Folgen könnte diese Veränderung mit sich bringen? Neben den enormen organisatorischen Herausforderungen, die eine flächendeckende, bundesweite Einführung zusätzlicher zertifizierter Kursformate und regelmäßiger Simulations- und Anwendungstrainings beinhaltet, werden sich dadurch unweigerlich relevante Kostensteigerungen ergeben. Wir dürfen mit Spannung erwarten, ob die Forderung nach der Finanzierung der zusätzlichen Aus- und Fortbildungskosten durch die Träger des Rettungsdienstes auf fruchtbaren Boden fallen wird. Die Kostensteigerung ergibt

sich jedoch nicht nur aus den unmittelbaren Kosten für die Kursformate. Zu berücksichtigen sind auch die indirekten Ausgaben, die dadurch entstehen, dass das umfangreichere Ausbildungsformat den Eintritt in die notärztliche Tätigkeit verzögern wird. Somit wird mehr fachärztliches Personal im Notarztdienst tätig sein, mit der entsprechend höheren Vergütung.

Interessant wäre ebenfalls zu überlegen, inwiefern eine Refinanzierung der Kosten für freiberufliches, notärztliches Personal gelingen könnte. Die vermutlich relevanten Kosten von den zusätzlich geforderten zertifizierten Kursen und deren Rezertifizierungen sowie der damit verbundene Zeitaufwand könnten die freiberufliche notärztliche Tätigkeit unwirtschaftlich werden lassen. Eine direkte Kostenübernahme durch die Rettungsdienststräger könnte wiederum den Status der Freiberuflichkeit gefährden und als Indiz für eine „Scheinselbstständigkeit“ gewertet werden. Um dies zu verhindern, wäre eine Refinanzierung nur indirekt durch deutlich gesteigerte Honorarkosten möglich. Wird es aus diesen Gründen zukünftig weniger freiberufliche Notärztinnen und Notärzte geben? Andererseits wird der von Gräsner et al. angesprochene Fachkräftemangel vermutlich verhindern, dass alle Notarztdienste von festangestelltem Personal oder durch Personalstellung aus Krankenhäusern besetzt werden

können. Zumindest wäre dies nicht umsetzbar, ohne Personal aus den Kliniken abzuziehen und dadurch die klinische Versorgung weiter zu beeinträchtigen.

Es ist mit Spannung abzuwarten, wohin uns diese wichtige Debatte führen wird: Als mögliches Ergebnis ergibt sich einerseits die dargestellte deutliche Kostensteigerung für notärztliches Personal in Deutschland. Als kostenneutrale Lösung könnte demgegenüber nur eine Reduktion von Notarztstandorten dienen. Dies würde die unabdingbare Notwendigkeit zur Optimierung der Indikationsstellung

zur Entsendung eines Notarzteinsatzfahrzeuges oder Rettungshubschraubers bedeuten. In diesem Zukunft-Szenario würden weniger Notärztinnen und Notärzte, die besser qualifiziert sind als heutzutage, nur noch für die wirklich schweren Notfälle ausrücken. Aufgrund der längeren Eintreffzeiten der ärztlich besetzten Rettungsmittel müsste die initiale medizinische Versorgung über längere Zeiträume vom – in den letzten Jahren bereits höher qualifizierten – Rettungsdienstpersonal übernommen werden. Für leichtere Notfälle, die lediglich eine notärztliche Beratung erfordern,

könnte zukünftig ein flächendeckendes Telenotarztsystem zur Verfügung stehen.

So schwer überwindbar die angesprochenen Hürden für eine höhere Qualifizierung des notärztlichen Personals in Deutschland erscheinen mögen, so vehement ist der Forderungskatalog von Gräsner et al. zu unterstützen – sei es eventuell unter Inkaufnahme einer reduzierten Standortdichte mit dann allerdings geschärfter Indikationsstellung für den notärztlichen Einsatz.

**Prof. Dr. med Matthias Lange,**  
**DESA, EDIC, Münster**