

Leserbrief zum Beitrag:

de Pay A W, Sefrin V P: Algorithmen: Leitplanken oder Fesseln? Stehen sie über der ärztlichen Entscheidung? – Ein Statement

(Anästh Intensivmed 2026;67:300)

M. Deicke

Der Notarzt als Teil des Systems

De Pay und Sefrin ist darin zuzustimmen, dass Algorithmen die individuelle klinische Beurteilung eines Patienten nicht ersetzen können. Kein Algorithmus kann jede notfallmedizinische Situation abbilden, sodass im Einzelfall eine Abweichung vom Standard medizinisch notwendig sein kann. Das im Beitrag vermittelte Rollenverständnis des Notarztes erscheint für einen modernen Rettungsdienst jedoch zu undifferenziert. Insbesondere die Aussage, der Notarzt trage die „medizinische Gesamtverantwortung“ und benötige bei einer Abweichung „keine Rechtfertigung, aber eine Erklärung“, greift zu kurz [1].

Die Rolle des Notarztes

Der Notarzt wird im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst nicht als unabhängiger Einzelarzt tätig. Er ist Teil eines umfassenden Versorgungssystems, für dessen Organisation und Qualität der Rettungsdienststräger Verantwortung trägt. Breuer et al. beschreiben die Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) als verantwortlich für die fachliche Gesamtkonzeption der Patientenversorgung und das medizinische Qualitätsmanagement [2]. Gerade weil Notärzte auf sehr unterschiedliche Weise in den Rettungsdienst eingebunden sind, bedarf es verbindlicher, qualitätsgesicherter Verfahren. Für das notärztliche Personal werden eine zuverlässige Integration in die Organisationsstrukturen, die Einhaltung rettungsdienstlicher Standards so-

wie Supervision und Feedback gefordert [2]. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen in Niedersachsen folgen diesem Gedanken. Die ÄLRD leitet den Rettungsdienst in medizinischen Angelegenheiten, verantwortet das medizinische Qualitätsmanagement und legt medizinisch-organisatorische Versorgungsrichtlinien auch für arztbesetzte Rettungsmittel fest [3]. In anderen Bundesländern sind darüber hinaus ausdrückliche fachliche Weisungsbefugnisse der ÄLRD auch gegenüber dem ärztlichen Personal normiert, so etwa in Bayern [4] und Sachsen [5]. Die individuelle Verantwortung des Notarztes für die konkrete Behandlungsentscheidung bleibt davon unberührt. Aus ihr lässt sich aber keine grundsätzliche Freiheit von den im Rettungsdienstsystem festgelegten Standards ableiten.

Clinical Governance als gemeinsamer Bezugsrahmen

Genau hier setzt Clinical Governance an. Sie beschreibt einen Rahmen, in dem Verantwortung, Transparenz und Rechenschaftspflicht mit der kontinuierlichen Verbesserung medizinischer Versorgungsqualität verbunden werden [6]. Medizinische Qualität darf nicht allein von individueller Erfahrung oder persönlichen Behandlungspräferenzen abhängen. Gemeinsame Standards, Aus- und Fortbildung, Fallbesprechungen, Clinical Effectiveness, Risikomanagement und eine offene Lernkultur bilden

hierfür wesentliche Elemente [6]. SOPs und Algorithmen sind in diesem Verständnis keine Hilfsmittel für weniger erfahrene Anwender, sondern bilden einen gemeinsamen medizinischen Bezugsrahmen für ein multiprofessionelles und lernendes System.

Notfallsanitäter übernehmen heute zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen eigenständig. Breuer et al. sehen gerade in diesen erweiterten Kompetenzen einen zunehmenden Bedarf an medizinischer Fachaufsicht, Qualitätssicherung und standardisierten Versorgungsprozessen [2]. Mit der zunehmenden Etablierung der Telenotfallmedizin gewinnt ein gemeinsamer medizinischer Bezugsrahmen zusätzlich an Bedeutung. Sie setzt voraus, dass Notfallsanitäter, Telenotärzte und Notärzte vor Ort ein gemeinsames Verständnis von Indikationen, Behandlungsstandards, Kompetenzen und Eskalationskriterien haben. Es wäre schwer nachvollziehbar, Notfallsanitäter anhand definierter Standards auszubilden und zu überprüfen und darauf telemedizinische Strukturen aufzubauen, während dieselben Standards für den Notarzt nur eine unverbindliche Orientierung darstellen.

Abweichung vom Standard als Teil des Systems

Standardisierung und individuelle ärztliche Entscheidungsverantwortung sind dabei kein Widerspruch. SOPs sind

keine starren Vorgaben, sondern müssen durch praktische Erfahrung und neue Evidenz kontinuierlich weiterentwickelt werden [6]. Erfordert der individuelle Patientenfall ein abweichendes Vorgehen, muss dies möglich sein. Der Aussage, eine solche Entscheidung bedürfe „keiner Rechtfertigung, aber einer Erklärung“ [1], ist dennoch ausdrücklich zu widersprechen. Wer bewusst von einem festgelegten Standard abweicht, muss die dafür maßgeblichen medizinischen Erwägungen darlegen können. Diese gehören in die Dokumentation und müssen einer späteren Qualitätsbetrachtung zugänglich sein.

Gerade die systematische Betrachtung solcher Abweichungen ist Bestandteil von Clinical Governance. Kritische Ereignisse einschließlich Abweichungen von Standards sollen analysiert werden, um Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen [6]. Als möglicher Qualitätsindikator wird ausdrücklich die Frage genannt, wie konsequent SOPs eingehalten werden und welche Gründe für Abweichungen bestehen. Nur so lässt sich beurteilen, ob die Abweichung Ausdruck individualisierter Patientenversorgung war, ob der bestehende Standard verbessert werden muss oder ob lediglich eine persönliche Behandlungspräferenz an seine Stelle getreten ist. Dadurch wird die Erfahrung

des Einzelnen für das gesamte System nutzbar.

Auch wenn ein Notfallsanitäter eine solche Abweichung erkennt und anspricht, ist dies keine Verunsicherung, sondern professionelles „Speaking up“ und damit Teil einer funktionierenden Sicherheitskultur. Clinical Governance setzt gerade darauf, dass sicherheitsrelevante Ereignisse offen angesprochen und ohne vorschnelle Schuldzuweisung analysiert werden können [6].

Der moderne Notarzt steht nicht über dem Rettungsdienstsystem. Er ist ein hochqualifizierter Teil dieses multiprofessionellen und lernenden Systems. Seine besondere Kompetenz zeigt sich nicht darin, von gemeinsamen Standards grundsätzlich frei zu sein, sondern auch darin, deren Grenzen beim einzelnen Patienten zu erkennen. Algorithmen sind tatsächlich Leitplanken und keine Fesseln. Eine medizinisch notwendige Abweichung muss jederzeit möglich sein. Wer aber die Leitplanken bewusst verlässt, muss medizinisch rechtfertigen und dokumentieren können, warum dies für den konkreten Patienten erforderlich war. Das beschränkt ärztliche Entscheidungsverantwortung nicht – es ist Ausdruck dieser Verantwortung in einem modernen, qualitätsgesicherten Rettungsdienst.

M. Deicke, Osnabrück

Literatur

1. de Pay AW, Sefrin P: Algorithmen: Leitplanken oder Fesseln? Stehen sie über der ärztlichen Entscheidung? – Ein Statement. *Anästh Intensivmed* 2026;67:300
2. Breuer F, Beckers S, Blunck D, Bohn A, Lechleuthner A, Schröder H et al: Ärztliche Leitungen Rettungsdienst in Deutschland: Struktur, Verantwortung, Selbstwahrnehmung. *Notfall Rettungsmed* 2026. DOI:10.1007/s10049-026-01741-6
3. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport: Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Ärztliche Leitung Rettungsdienst. *Bek. d. MI v. 24.04.2019 – 35.22-41576-10-13/0* (Nds. MBl. S. 873)
4. Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22.07.2008 (GVBl. S. 429), Art. 12 Abs. 1 Satz 3
5. Sächsische Landesrettungsdienstplanverordnung (SächsLRettDPVO) vom 05.12.2006 (SächsGVBl. S. 532), § 11 Abs. 2
6. Strobel J, Rücker K, Stanley M, Dahmen J: Clinical Governance – Perspektiven für eine bessere prähospitalen Notfallversorgung. Was wir aus internationalen Modellen lernen können und wie die Umsetzung in Deutschland gelingen kann. *Notfall Rettungsmed* 2026. DOI:10.1007/s10049-025-01677-3.