



Deutscher Berufsverband
Rettungsdienst e.V.

Kompetenzen beherrschen – Wann kann man „es“?



Frank Flake

**2. Bildungskongress
Rettungsdienst 2026**

Stadthalle Fürth // 16. + 17. März 2026





Interessenkonflikte



- Notfallsanitäter
- Leiter Rettungsdienst beim Landkreis Oldenburg
- 1. Vorsitzender Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.
- Interessenkonflikte – Keine!



Notfallsanitäter – auf zu neuen Ufern



be - herr - schen

§ 2a NotSanG – Neu sei 24. Februar 2021 – geändert 2023

§ 2a Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

- Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver oder medikamentöser Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn
 1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung **erlernt haben und beherrschen** und
 2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.



Originalien

Notfall Rettungsmed 2025 · 28:15–20
<https://doi.org/10.1007/s10049-022-01087-9>
 Angenommen: 4. Oktober 2022
 Online publiziert: 7. November 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Prähospitales Atemwegsmanagement in zwei deutschen Städten

Lukas F. Reinert¹ · Steffen Herdtle² · Christian Hohenstein³ · Wilhelm Behringer⁴ · Jasmin Arrich^{1,4}

- ¹ Klinik für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland
- ² Akut- und Notfallmedizin, Krankenhaus Agatharied, Hausham, Deutschland
- ³ Interdisziplinäres Notfallzentrum, Zentralklinik Bad Berka, Bad Berka, Deutschland
- ⁴ Universitätsklinik für Notfallmedizin, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Charakteristik des prähospitalen Atemwegsmanagements zweier deutscher Städte

| | |
|--|--|
|  Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie auf Basis eines Intubationsregisters (intubationsregister.de) |  Zielparameter Unterschiede im prähospitalen Atemwegsmanagement zwischen zwei deutschen Städten |
|  Patientenkollektiv Insgesamt 137 prähospitale Notfallpatienten |  Beobachtungszeitraum 01/2018–12/2018 |

Gesamtergebnisse im Überblick:

- Führende Indikation einer prähospitalen Intubation ist der Kreislaufstillstand
- 70% „first pass intubation success“ (FPS)
- 44% der Einsätze mit Komplikationen beim erweiterten Atemwegsmanagement

Prägnante Abweichungen zwischen den beiden Standorten:

| | Tübingen | Jena |
|--|----------|------|
| Intubation unter direkter Sicht auf die Glottis (in %) | 43 | 63 |
| Auftritt von Komplikationen (in %) | 45 | 16 |
| „First pass success“ (in %) | 58 | 77 |

Take Home Message:
 Ähnliche demografische und organisatorische Voraussetzungen im Rettungswesen erzielen dennoch unterschiedliche Erfolgsraten im erweiterten Atemwegsmanagement



Prähospitales Atemwegsmanagement in zwei deutschen Städten

Lukas F. Reinert¹ · Steffen Herdtle² · Christian Hohenstein³ · Wilhelm Behringer⁴ · Jasmin Arrich^{1,4}

¹Klinik für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

²Akut- und Notfallmedizin, Krankenhaus Agatharied, Hausham, Deutschland

³Interdisziplinäres Notfallzentrum, Zentralklinik Bad Berka, Bad Berka, Deutschland

⁴Universitätsklinik für Notfallmedizin, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Kein First pass success:

Tübingen: 42%

Jena: 23%

Charakteristik des prähospitalen Atemwegsmanagements zweier deutscher Städte



Studiendesign

Retrospektive Kohortenstudie auf Basis eines Intubationsregisters (intubationsregister.de)



Zielparameter

Unterschiede im prähospitalen Atemwegsmanagement zwischen zwei deutschen Städten



Patientenkollektiv

Insgesamt 137 prähospitaler Notfallpatienten



Beobachtungszeitraum

01/2018–12/2018

Gesamtergebnisse im Überblick:

- Führende Indikation einer prähospitalen Intubation ist der Kreislaufstillstand
- 70% „first pass intubation success“ (FPS)
- 44% der Einsätze mit Komplikationen beim erweiterten Atemwegsmanagement



Prägnante Abweichungen zwischen den beiden Standorten:

| | Tübingen | Jena |
|--|----------|------|
| Intubation unter direkter Sicht auf die Glottis (in %) | 43 | 63 |
| Auftritt von Komplikationen (in %) | 45 | 16 |
| „First pass success“ (in %) | 58 | 77 |



Take Home Message:

Ähnliche demografische und organisatorische Voraussetzungen im Rettungswesen erzielen dennoch unterschiedliche Erfolgsraten im erweiterten Atemwegsmanagement

Kann man bei der Rate von Fehlversuchen
noch von **beherrschen** sprechen?

Ja

Nein



**Wann kann man es?
Was ist ausbildbar?**

Notfallsanitäter – Pyramidenprozess



Was ist für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen notwendig?

Öffentl. Träger

Kommunen, Bundesländer

Was ist für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen notwendig?

Selbstverwaltungs-körperschaften

Bundesärztekammer, Landesärztekammern
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Was ist für den Arbeitgeber verantwortbar und leistbar?

Arbeitgeber

Hilfsorganisationen, Feuerwehren,
Kommunen, Unternehmen

Was ist in der Zeit ausbildbar?

Ausbildungseinrichtungen

Ausbildungseinrichtungen
Prüfungsbehörden

Was ist fachlich akzeptabel?

Medizinische Fachgesellschaften

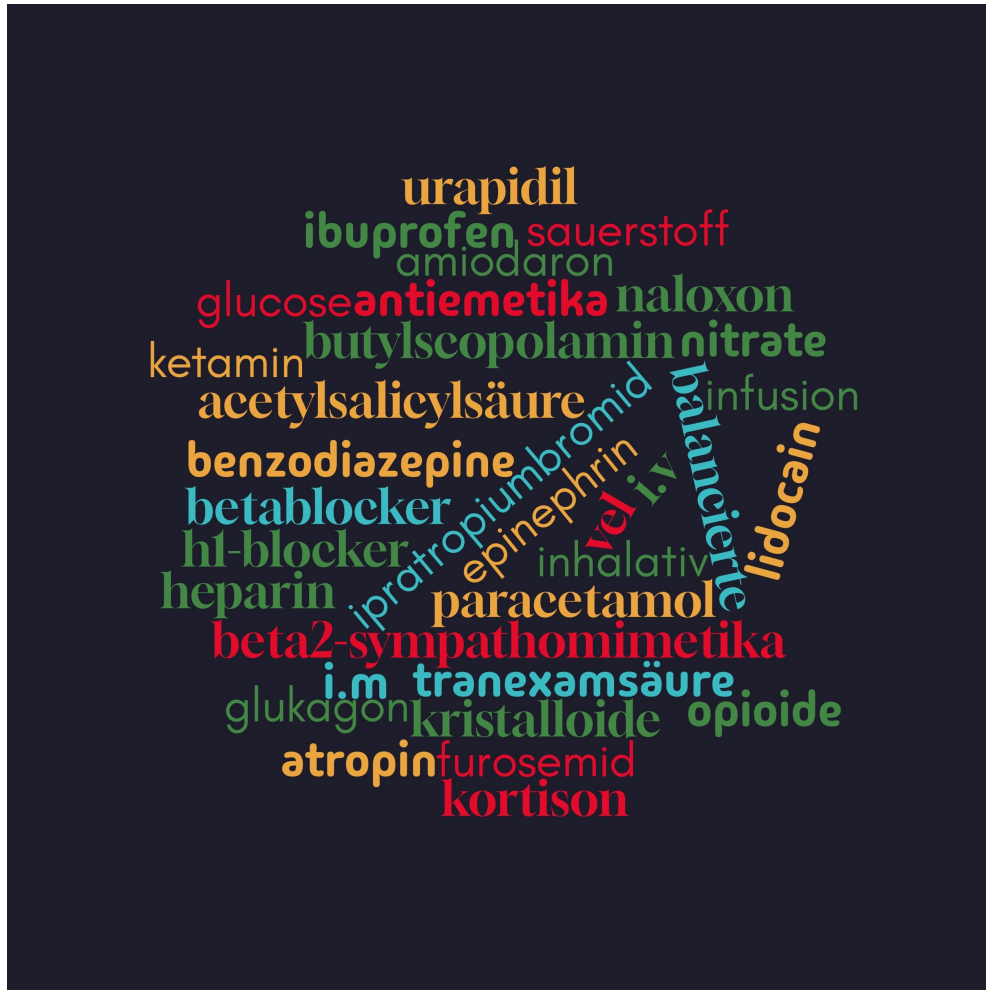
Medizinische Fachgesellschaften

Was ist in der Praxis notwendig

An der Ausführung Beteiligte

Notfallsanitäter
Notärzte
ÄLRD

Pyramidenprozess 2024



Wird bei Ihnen nach dem Pyramidenprozess ausgebildet?

Ja

Nein

§ 4 NotSanG – Ausbildungsziel - Beherrschen

Beherrscht wird eine Maßnahme nach den allgemeinen Maßstäben beruflicher Bildung, wenn sie auf der Basis sicheren theoretischen Wissens praktisch sicher angewendet werden kann.

Dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die anzuwendenden Maßnahmen beherrschen, haben sie in aller Regel mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung nachgewiesen. Insofern gilt in Bezug auf die Neuregelung kein anderer Maßstab.



Bundestag Drucksache 19/24447

Beherrschen „frisch“ ausgebildete Notfallsanitäter/Innen den Inhalt des Pyramidenprozess?

Ja

Nein

Zum richtigen Vorgehen eines Notarztes bei einem Nabelschnurvorfall: Oberlandesgericht Köln 07-01- 2026



(22.1.2026) Erleidet eine junge, gesunde Mutter in der 35.

Schwangerschaftswoche einen Nabelschnurvorfall, so muss der hinzutretende Notarzt die Mutter beim Transport in die Klinik so lagern, dass die Nabelschnur entlastet wird und er muss versuchen, dass die Nabelschnur belastende Körperteil des Kindes transvaginal manuell von der Nabelschnur wegzuschieben. Tut er dies nicht, so stellt dies einen groben Behandlungsfehler dar und das dann schwerbehinderte Kind hat einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 650.000 € (Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 7.1.2026 - [5 U 115/24](#)).



Hintergrund:

Ursache des Nabelschnurprolapses ist der Druck des Körpers des noch ungeborenen Kindes auf die Nabelschnur. Die Beckenhochlagerung oder Brust-Knie-Lage sollen zu einer Verlagerung des Kindes führen.

Die Beckenhochlagerung dient mithin dazu, die Nabelschnur zu entlasten und die Herstellung der vitalen Blutzufuhr des Kindes gewährleisten.

Falsch ist es dagegen, die Schwangere flach zu lagern oder z.B. sitzen oder gehen zu lassen.

Notärzten kann nur geraten werden, sich auch auf im Notdienst üblicherweise selten auftretende gynäkologische bzw. geburtsmedizinische Situationen einzustellen. Der Fall verdeutlicht, dass auch ein erfahrener Arzt (hier ein erfahrener Notarzt) immer wieder in ihm unbekannt Situationen kommen kann und er dann zum schnellen und entschlossenen Handeln verpflichtet ist. Das fehlende Wissen vom richtigen Vorgehen entbindet den Notarzt dann nicht von seiner Verantwortung.

Auch für Schwangere ist wichtig zu wissen, dass wenn ihr Fruchtwasser abgeht und die Nabelschnur aus der Scheide hervortritt, sie unbedingt das Becken hochlagern und sofort den Notarzt rufen müssen. Keinesfalls dürfen sie gehen oder sitzen. Der Partner oder anwesende Dritte sollen versuchen, das Kind per Hand so in



Notärzten kann nur geraten werden, sich auch auf im Notdienst üblicherweise selten auftretende gynäkologische bzw. geburtsmedizinische Situationen einzustellen. Der Fall verdeutlicht, dass auch ein erfahrener Arzt (hier ein erfahrener Notarzt) immer wieder in ihm unbekannte Situationen kommen kann und er dann zum schnellen und entschlossenen Handeln verpflichtet ist. Das fehlende Wissen vom richtigen Vorgehen entbindet den Notarzt dann nicht von seiner Verantwortung.

Der Notarzt – Realität im Notarztsystem

- 2 Jahre ärztliche Tätigkeit in stationärer Patientenversorgung, davon
- 6 Monate in Intensivstation, Notfallaufnahme oder Anästhesiologie
- 80 Stunden-Kurs Weiterbildung
- 50 Einsätze als Praktikum
- Mündliche Prüfung bei den Ärztekammern
- Meist keine notfallmedizinische Pflichtfortbildung





NOTÄRZTE INTENSIVER AUF EINSÄTZE VORBEREITEN (MAI 2025)

Bundesvereinigung fordert Ausweitung der Ausbildungszeit – Einführung eines spezialisierten Notarztes für schwierige Einsätze empfohlen – Warten auf Reform der Notfallversorgung

FUNDIERTE GRUNDAUSBILDUNG UND KONTINUIERLICHER KOMPETENZERHALT FÜR NOTÄRZTINNEN UND NOTÄRZTE

BAND-Memorandum an die Bundesärztekammer zum Deutschen Ärztetag 2025

Der Notarzt – Realität im Notarztsystem

Defizite in manuellen Fertigkeiten

Der bodengebundene Notarzt wird:

- alle 0,4 Monate mit einem ACS,
- alle 0,8 Monate mit einem Schlaganfall,
- alle 1,8 Monate mit einem SHT,
- alle 14,5 Monate mit einem Polytrauma,
- alle 1,5 Monate mit einer Reanimation,
- alle 3,7 Monate mit Intubation außerhalb Reanimation,
- alle 76,5 Monate mit einer Thoraxdrainage konfrontiert



Der Notarzt – Realität im Notarztsystem 2024/2025 LKO

Gerade an Standorten mit geringer Einsatzfrequenz kann daher durch die ausschließliche Teilnahme am Notarztdienst eine zum Management anspruchsvoller Notfallsituationen erforderliche Routine nicht erworben bzw. aufrecht erhalten werden.





Wie erhält man seine Expertise?

Notfallsanitäter – Fortbildungsregelung

| Bundesland | Fortbildungsregelung |
|------------------------|--|
| Baden-Württemberg | mind. 30h jährlich |
| Bayern | Regelmäßig |
| Berlin | mind. 40h für NotSan |
| Brandenburg | Mind. 24h für RFP; Disponenten |
| Bremen | 32h jährlich |
| Hamburg | Mind. 30h jährlich |
| Hessen | KT |
| Mecklenburg-Vorpommern | |
| Niedersachsen | Nicht empfohlen |
| NRW | 30h jährlich, max. 10h Fernunterricht |
| Rheinland-Pfalz | Mind. 30h jährlich |
| Saarland | 30 UE à 45 Min. = 22,5h jährlich |
| Sachsen | NFS: 40h, RA: 30h, RS: 20h |
| Sachsen-Anhalt | Keine Angaben |
| Schleswig-Holstein | Ø 40h, mind. 30h; Disponenten +24h spez. Fortbildung |
| Thüringen | Mind. 30h jährlich; Disponenten +40h RTW-Praktikum |

Im Mittel 30h p.a.

Notärzte – Fortbildungsregelung

1. Allgemeine ärztliche Fortbildungspflicht (bundesweit für alle Ärzte)

- Grundlage: § 95d SGB V (bzw. § 136b SGB V für Krankenkassenärzte)
- Umfang: 250 CME-Punkte innerhalb von 5 Jahren

2. Rettungsdienstgesetze der Länder (z. B. Bundesländer)

- z. B. 16 Stunden pro Jahr in Notarztfortbildung (Durchführungsverordnung.)
- 10 notfallmedizinische Fortbildungspunkte pro Jahr (z. B. NRW, Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt)

3. Politische Empfehlungen


- Notfallmedizinische Organisationen fordern seit Jahren eine einheitliche Regelung.
- Typische Forderung: mindestens 10 spezifische Notarzt-Fortbildungspunkte pro Jahr

Im Mittel 10 CME-Punkte (7,5h)

Zwischenfazit



Neben demjenigen der die Fortbildung verantwortet, hängt es von jedem einzelnen ab, was er daraus macht, was er am Ende kann und wie er seine Expertise und damit das Beherrschen von Maßnahmen erhält!

A close-up photograph of a person's hand tearing a piece of white paper. The paper is being pulled apart, creating a jagged, irregular tear. The word "Eigenverantwortung" is printed in a black, serif font on the white paper, positioned centrally between the two pieces of paper. The background is a plain, light-colored surface.

Eigenverantwortung

Bei - spiel

SHRDG Referentenentwurf - § 23 Fortbildung

(1) Der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung ist verpflichtet das Rettungsdienstfachpersonal jährlich fortzubilden. Im Falle einer Beauftragung nach § 7 ist diese Verpflichtung dem oder der Beauftragten aufzuerlegen. Hierfür sollen **trägerübergreifende Fortbildungskonzepte entwickelt werden**, die die Möglichkeiten zur Durchführung der theoretischen Fortbildung im Rahmen von Online-Angeboten angemessen berücksichtigen.

(2) **Notärztinnen und Notärzte** sind jährlich durchschnittlich **30 Stunden** in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Davon müssen mindestens **acht Stunden gemeinsam mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern** durchgeführt werden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet.

SHRDG Referentenentwurf - § 23 Fortbildung

(3) **Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter** sind jährlich durchschnittlich **40 Stunden** in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet. Davon sind **mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren** und mindestens acht Stunden gemeinsamen mit Notärztinnen und Notärzten durchzuführen. **Die gemeinsamen Fortbildungsmaßnahmen** der Notärztinnen und Notärzte, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und der Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sollen insbesondere folgende Inhalte umfassen:

- 1. Training von Reanimationsmaßnahmen,**
- 2. Versorgung von Kindernotfällen und in der Geburtshilfe sowie**
- 3. Behandlung von schwerverletzten Patientinnen und Patienten, auch im Rahmen eines rettungsdienstlichen Großschadenerscheitnisses.**

Der Landkreis Oldenburg – Schulungskonzept

Rettungs- und Notfallsanitäter:

- 2 Tage Online Schulung alle 3 Jahre
- 2 Tage Hands On Training alle 3 Jahre (m)
- Medikamentenschulung alle 2 Jahre

Rettungssanitäter:

- Alle 5 Jahre (m) (Skills Training)

- N... (PHTLS, AMLS und EPC-Kurs

- ... (ERC – Anrechnung auf Skills Training)

Neu 2026: Einführung RS-Algorithmen
DBRD-Algorithmen
Methoxyfluran für RS



Fa · zit

Fazit

Wir sollten mehr gemeinsam versuchen unsere Expertisen aufrecht zu erhalten, anstatt uns gegenseitig mangelnde Kenntnisse vorzuwerfen.

Gemeinsame Trainings könnten helfen!



Deutscher Berufsverband
Rettungsdienst e.V.