



26.10.2012

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) mit ihren deutschlandweit 23.500 Mitgliedern ist wesentlich in der Notfallversorgung in der Bundesrepublik Deutschland engagiert. Mehr als 50% der heute in Deutschland eingesetzten Notärztinnen und Notärzte sind Anästhesistinnen und Anästhesisten.

Vor dem Hintergrund der Verbesserung der Versorgungsqualität in der Notfallmedizin, der Notwendigkeit, für alle Beteiligten im Rettungsdienst Rechtssicherheit zu schaffen und die Patientensicherheit auch in Notfallsituationen zu erhöhen, begrüßen DGAI und BDA die Pläne, Personal zukünftig mit einer dreijährigen Ausbildung zum Notfallsanitäter für den Einsatz im Rettungsdienst zu qualifizieren. Das Aufgaben- und Einsatzspektrum des Rettungsdienstes ist derzeit mit einer zweijährigen oder sogar weiter „verkürzten“ Ausbildung zum Rettungsassistenten nicht mehr abzudecken. Das 1989 eingeführte Rettungsassistentengesetz mit seinen bekannten Mängeln kann bis heute nur als ein Provisorium auf dem Weg zu einer qualifizierten Ausbildung angesehen werden. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt in vielerlei Hinsicht den Bedürfnissen nach einer verbesserten Ausbildung und gesicherten Aufgabenzuordnung Rechnung.

So ist es Rettungsfachpersonal bislang nur im rechtlich unbestimmten Rahmen der „Notkompetenz“ möglich, invasive Maßnahmen zu ergreifen, sofern und solange kein Notarzt verfügbar ist. Dieser für das Rettungsfachpersonal rechtsunsichere Zustand soll durch das „Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters“ beendet werden.

Sicherheit für den Patienten sowie Rechtssicherheit für die Beteiligten im Rettungsdienst setzen aber klare, eindeutige gesetzliche Regelungen voraus, die in Abgrenzung der Kompetenzen die medizinisch-fachlichen und organisatorischen

Grenzen eindeutig definieren. DGAI und BDA sehen besonders in § 4 Abs. 2 Nr. 1 c und Nr. 2 c des Gesetzesentwurfes Bedarf zur Überarbeitung und schlagen folgende Formulierungen vor:

„§ 4 Abs. 2 Nr. 1 c

Durchführen von in der Ausbildung erlernten und in der Praxis sicher beherrschten Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz, um bei Vorliegen eines lebensgefährlichen Zustands einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes zu begegnen.



§ 4 Abs. 2 Nr. 2 c

Eigenständiges Durchführen von sicher beherrschten Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst standardgemäß zu bestimmten notfallmedizinischen Situationen vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.“

Begründung:

Im Gesetzentwurf ist die Abgrenzung der Aufgabendurchführung von „eigenverantwortlicher Ausführung“ in Nr. 1 c von „Ausführungen im Rahmen der Mitwirkung“ in Nr. 2 c nicht hinreichend klar geregelt. Die Unterscheidung zwischen medizinischen und heilkundlichen Maßnahmen ist nicht nachvollziehbar. In beiden Fällen kann es nur um Maßnahmen gehen, die die betreffende Person im Rahmen Ihrer Ausbildung erlernen konnte und nun in der Praxis sicher beherrscht.

Dass es dabei nicht nur um die technische Durchführung, sondern auch um das Erkennen und Beherrschen von mit der Maßnahme verbundenen Zwischenfällen und Komplikationen geht, sei hier ausdrücklich hervorgehoben.

Der Hinweis, dass auch „invasive Maßnahmen“ eingeschlossen sind, ist obsolet. Solange das Erlernte und Beherrschte eine invasive Maßnahme ist, kann diese, sofern notwendig, angewendet werden. Dies muss aber nicht besonders betont werden.

DGAI und BDA legen besonderen Wert auf den Hinweis, dass es hier nur um solche Maßnahmen gehen kann, die dem Rettungsdienstpersonal im vorgegebenen Ausbildungsgang so vermittelt werden können, dass sie auch sicher beherrscht werden können. Nur vorsorglich weisen wir darauf hin, dass z. B. die Durchführung einer Notfallnarkose inkl. Atemwegsicherung, aber auch eine Vielzahl anderer Maßnahmen, die nach großer ärztlicher Expertise verlangen, im Zuge einer dreijährigen Ausbildung dem Rettungsdienstpersonal nicht vermittelt werden können. Die DGAI, als die vornehmlich zuständige Stelle der klinischen Ausbildung, sieht keinerlei Möglichkeiten, weitreichende invasive Maßnahmen angehenden Notfallsanitätern im Rahmen der Ausbildung so sicher beizubringen, dass diese einschließlich der damit verbundenen Komplikationen und Zwischenfälle von Notfallsanitätern sicher beherrscht werden können. Zum Vergleich: Derzeitig in Deutschland qualifizierte Notärzte verfügen über eine mindestens achtjährige Aus- und Weiterbildungszeit, die sich aus Studium und fachärztlicher Weiterbildung zusammensetzt.

Vor dem Hintergrund, eindeutige rechtliche Regelungen zu schaffen, ist die im Entwurf enthaltene Alternative *„oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind,“* zu streichen. Der Begriff ist zu unbestimmt und dient damit nicht der erwünschten Rechtssicherheit.

Soll das Gesetz nicht dazu führen, eine „notarztfreie Notfallrettung“ zu etablieren, dann ist die im Entwurf enthaltene Alternative, dass das Rettungsdienstpersonal diese Maßnahmen nicht nur bis zum Eintreffen des Notarztes, sondern auch bis zum *„Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung“* vornehmen kann, zu streichen.

Nach dem gegenwärtigen Entwurfstext könnte der Notfallsanitäter allein wegen „erwarteter“ möglicher Folgeschäden invasive Maßnahmen durchführen und diese bis zu Übergabe im Krankenhaus unter seiner alleinigen Verantwortung fortführen. Aus unserer Sicht ist eine derartige Ausweitung von eigenverantwortlicher Tätigkeit des zukünftigen Notfallsanitäters im Hinblick auf die Patientensicherheit strikt abzulehnen. „Auch in jüngster Zeit konnten Studien ganz klar zeigen, dass allein durch fachspezifische ärztliche Kompetenz und Routine – insbesondere auch für die Narkose und Intubation – am Notfallort ein Maß an



Patientensicherheit und Patientenüberleben erzielt werden kann, wie es durch nichtärztliches Personal, selbst besonders gut ausgebildetes, in keinster Weise möglich ist.“

(Lossius et al.: Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers; Critical care 2012 - Anlage-)

Zu Nr. 2 c:

Der Sache nach geht es um Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst an das Personal aufgrund von ihm vorgegebener und verantworteter Kriterien delegiert werden. Die „Anordnungsverantwortung“ des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst lässt die „Durchführungsverantwortung“ des Rettungsdienstpersonals unberührt. Die Möglichkeit der Delegation durch standardmäßige Vorgaben muss aber auf den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst beschränkt werden. Deshalb ist der Zusatz „oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten“ zu streichen. Dieser könnte so verstanden werden, als sollte hiermit dazu nicht legitimierten Ärztinnen und Ärzten eines privaten Rettungsdienstunternehmens die Befugnis eingeräumt werden, selbst Inhalt und Grenzen der Delegation zu bestimmen, ohne dass dies mit der zuständigen Rettungsdienstträgerbehörde (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst) abgestimmt ist. Die im Gesetz vorgesehene Erweiterung der Kompetenzen des Notfallsanitäters setzt aber eine kompetente und stringente, in die jeweiligen Rettungsdienstträgerstrukturen eingebettete ärztliche Aufsicht voraus.

Zu § 5 des Gesetzesentwurfes

Ergänzend nehmen wir noch zu § 5 des Gesetzesentwurfes Stellung. Bei einer Ausbildung mit solch weitreichenden medizinischen Inhalten ist es unabdingbar, dass die Schulen neben der in § 5 eindeutig festgelegten Verantwortlichkeit (Pädagoge) auch eine ärztliche Leitung besitzen. Aufgabe der ärztlichen Leitung muss es sein, die Ausbildungsinhalte zu überprüfen sowie ein einheitliches notfallmedizinisches Vorgehen vorzugeben.

Prof. Dr. med. Gabriele Nöldge-Schomburg
Präsidentin der DGAI

Prof. Dr. med. Götz Geldner
Präsident des BDA

Prof. Dr. med. Bernd Böttiger
1. Sprecher des Arbeitskreises Notfallmedizin
der DGAI