

Stellungnahme des Bundesverbandes der ÄLRD e.V. zum geplanten Notfallsanitätergesetz (Entwurf des BMG vom 24.5.2012)



Vorbemerkung

Der Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst begrüßt die Absicht, Personen mit einer 3-jährigen Ausbildung zum Notfallsanitäter (bisher Rettungsassistent) für den Einsatzdienst im Rettungsdienst zu qualifizieren. Der Rettungsdienst hat zwischenzeitlich ein Aufgaben- und Einsatzspektrum erreicht, dem mit einer 2-jährigen oder sogar weiter „verkürzten“ Ausbildung nicht mehr adäquat Rechnung getragen werden kann. Das 1989 eingeführte Rettungsassistentengesetz war bereits ein Schritt in die richtige Richtung und konnte unter den damaligen Rahmenbedingungen nur mit den bekannten Mängeln als Kompromiss entstehen. Diese Mängel stellen jedoch jetzt bei der notwendigen Weiterentwicklung ein Korsett dar. Schon jetzt beklagen Experten einen Mangel vor allem an praktischer Ausbildung, der in der derzeitigen Ausbildungsstruktur kaum zu beheben ist. Zwar wird die Umsetzung der zugehörigen Ausbildungsordnung mit ihrem schon im vorliegenden Gesetzentwurf erkennbaren hohen Praxisanteil auch im klinischen Bereich mit Anstrengungen verbunden sein. Hierzu sehen wir angesichts der beständigen Weiterentwicklungen im Rettungsdienst keine Alternative.

Mit diesem Gesetzentwurf wird den Bedürfnissen nach einer modernen und fachgerechten Rettungsdiensterfüllung Rechnung getragen.

1) Name „Notfallsanitäter“

Bereits im Vorfeld der Anhörungen zu diesem Gesetzesvorhaben wurde von Verbänden vorgetragen, dass der Name „Rettungsassistent“ geändert werden sollte. Eine einheitliche Meinung zu einem neuen Namen war jedoch nicht erkennbar.

Der „Notfallsanitäter“ stellt in Österreich die höchste nicht-ärztliche Qualifikation dar und baut mit einer Anschlussausbildung von 480 h auf den österreichischen „Rettungsassistenten“ (260 h) auf.

Wie häufig bilden gerade Namen zahlreiche Anknüpfungspunkte für teilweise sehr weitreichende Diskussionen. Der Bundesverband der ÄLRD Deutschland hat dazu keine vom Entwurf abweichende Meinung.

Zu beachten wären gerade im Hinblick auf die Namensgleichheit, wie gemäß § 2 NotSanG mit österreichischen Kräften umzugehen ist, die in Deutschland tätig werden wollen.

2) Ausbildungsziel gemäß § 4 Abs. 1 NotSanG

Das Ausbildungsziel ist in § 4 Abs. 1 ausreichend beschrieben.

3) Ärztlicher Leiter Rettungsdienst als Teil des öffentlichen Aufgabenträgers

In § 4 Abs. 2 Nr. 2 c) NotSanG heisst es:

„die folgende Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen: ... c) eigenständiges Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten standardmäßig zu bestimmten Notfallmedizinischen Zustandsbildern und – situationen vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.“

Der BV-ÄLRD versteht unter „*oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten*“, daß es auch Ärztinnen und Ärzte in gleicher Funktion, d.h. Beschäftigung bei der zuständigen Rettungsdienstträgerbehörde geben kann, die nicht als „*Ärztliche Leiter Rettungsdienst*“ bezeichnet werden.

Vermieden werden muss nach Auffassung des BV-ÄLRD, dass damit praktisch jedem Rettungsdienstunternehmen die Möglichkeit eröffnet wird, die Überprüfungen, die Überwachung und Verantwortung auf eigene oder andere beauftragte Ärzte zu übertragen.

4) Nebeneinander der Aufgabendurchführung von „eigenverantwortlicher Ausführung“ in § 4 Abs. 2 Nr. 1 c NotSanG und von „Ausführung im Rahmen der Mitwirkung“ in § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG

Mit der Gliederung der Aufgaben in „eigenverantwortlicher Ausführung“ und „Ausführung im Rahmen der Mitwirkung“ beabsichtigt der Gesetzgeber analog zum Krankenpflegegesetz, eine Staffelung der Kompetenzen, hier jetzt in Abhängigkeit vom Umfang und von der Invasivität.

Wichtig in der Diskussion in Zusammenhang mit „invasiven Maßnahmen“ ist die Kenntnis, dass mit steigender Invasivität immer tiefer in den menschlichen Körper eingegriffen wird, was eben nicht nur mit ausschließlich „positiven Wirkungen“ (z.B. Lebensrettung) verbunden ist, sondern eben auch mit Risiken für weitere Schäden bis hin zum Tod. Insofern ist der Einsatz von invasiven Maßnahmen auch im Kontext mit der Patientensicherheit zu sehen.

In § 4 Abs. 2 Nr. 1 c ist geregelt, dass Notfallsanitäter angemessene medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei in der Ausbildung erlernte und beherrschte Maßnahmen durchführen sollen, wozu auch invasive Maßnahmen zählen. Damit soll bei Vorliegen eines lebensgefährlichen Zustandes oder bei zu befürchtenden wesentlichen Folgeschäden einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorgebeugt werden.

In § 4 Abs. 2 Nr. 2 können Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung von Notfallsanitätern ausgeführt werden, die im Rahmen der Assistenz durchgeführt werden (a), von Ärzten veranlasst wurden (b) oder vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst als eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte Situationen vorgegeben, überprüft und verantwortet werden (c).

Die explizite Aufnahme von invasiven Maßnahmen in den Bereich der eigenverantwortlichen Tätigkeit der Notfallsanitäter (§4 Abs. 2 Nr. 1 c), sollte dabei mehr Rechtssicherheit für den ausgebildeten Notfallsanitäter herstellen. Bislang konnten invasive Maßnahmen durch Rettungsassistenten nur mit dem unbestimmten Rechtsbegriff der „Notkompetenz“ gerechtfertigt werden.

Die naturgemäß in Gesetzen relativ allgemein formulierten Sachverhalte sollen mit Vorteil für die Praxis ausreichende Gestaltungsspielräume schaffen.

In dem Fall des § 4 Abs. 2 Nr. 1 c kann der dort eingeräumte Spielraum in szenarienhaften Betrachtungen jedoch auch sehr weitgehende invasive Maßnahmen begründen, die in dem gesteckten Rahmen jedoch entgegen der expliziten Absicht des Gesetzgebers, zu einem neuen Bereich der Heilkunde genutzt werden kann. Die Folgen für das gesamte Gesundheitssystem sind derzeit weder absehbar noch in dem Entwurf thematisiert.

Man kann diesen Befürchtungen zwar entgegenhalten, dass in dem vorgelegten Gesetzentwurf auch Grenzen („Vorliegen eines lebensgefährlichen Zustandes“, „bis zum Eintreffen des Notarztes“, begrenzter Ausbildungskatalog, etc.) enthalten sind, so dass sich schon daraus keine umfängliche eigenständige heilkundliche Tätigkeit begründen lässt. Dieses Argument kann jedoch nicht vollständig überzeugen. Alleine die in dieser Vorschrift genannte „Befürchtung von möglichen Folgeschäden“ als Basis einer ausreichenden Begründung für praktisch jede, auch invasive Maßnahme, eröffnet „bis zur Übergabe an einen Arzt“ (z.B. Praxis, Krankenhaus, etc.) unter der alleinigen und eigenständigen Verantwortung des Notfallsanitäters einen außerordentlich breiten Tätigkeitsraum.

Insofern ist die Abgrenzung zwischen den eigenverantwortlich ausgeführten Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 1 c und der im Rahmen der Mitwirkung ausgeführten Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 c bei näherer Betrachtung nicht klar genug voneinander abgegrenzt.

Aufgrund dieses Sachverhaltes, sollten im Gesetzentwurf alle als „heilkundlich“ bezeichneten und damit auch invasiven Maßnahmen, nur im Rahmen der Mitwirkung unter Aufsicht des Ärztlichen Leiter Rettungsdienst möglich sein (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 c).

Aus diesen Gründen schlägt der BV-ÄLRD vor:

- In § 4 Abs. 2 Nr. 1 c soll der Begriff „invasive Maßnahmen“ ersatzlos gestrichen werden.

- In der Begründung dürfen heilkundliche und damit auch invasive Maßnahmen nur noch im Zusammenhang mit dem § 4 Abs. 2 Nr. 2 c (Mitwirkung in Verbindung mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst) diskutiert werden.

Damit wird ein klarer rechtlicher Rahmen geschaffen, der unter definierten Umständen entsprechend ausgebildeten Notfallsanitätern die Anwendung von bestimmten (auch invasiven) Maßnahmen unter bestimmten Situationen rechtssicher ermöglicht. Die bisher mit dem rechtlich unbestimmten Begriff der „Notkompetenz“ bezeichnete Praxis wird damit durch dieses neue System ersetzt. Die konkrete Benennung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst in dieser Vorschrift (§4 Abs. 2 Nr. 2 c) in Verbindung mit „heilkundlichen“ und damit auch invasiven Maßnahmen, bilden unter der Kompetenzbezeichnung der „Mitwirkung“ auch eine akzeptanzfähige Abgrenzung zu einem eigenständigen Heilkundeberuf.

5) § 5 – Dauer und Struktur der Ausbildung

In dieser Vorschrift ist die Angleichung an das Krankenpflegegesetz (KrPflG) erkennbar (vergleiche § 4 KrPflG).

Es ist erfreulich, dass das BMG die Vorschläge der Expertengruppe aufgegriffen hat (siehe Nr. 5 in der Anlage 5), wie mit den bisherigen Lehrkräften an Rettungsassistentenschulen umzugehen ist, die in der Regel als pädagogische Qualifikation lediglich „Lehrrettungsassistent“ besitzen (Vertrauensschutz).

Der BV-ÄLRD hält es bei einer Ausbildung mit weitreichenden medizinischen Inhalten für absolut notwendig, dass die Schulen neben der in § 5 eindeutig festgelegten Verantwortlichkeit der Schule auch eine ärztliche Leitung der Schule besitzt. Aufgabe der ärztlichen Leitung ist es insbesondere, die (deutlich umfangreicheren) Ausbildungsinhalte auf Fachlichkeit und Stimmigkeit zu überprüfen, sowie eine einheitliche notfallmedizinische Konzeption vorzugeben. Dazu gehört auch die Festlegung, welche Unterrichtsanteile durch Ärztinnen und Ärzte übernommen werden müssen.

Diese ärztliche Leitung findet sich bislang auch schon in Landesvorschriften, eine Beibehaltung dieser Vorgaben ist aus Sicht des BV-ÄLRD notwendig.

6) § 6 Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

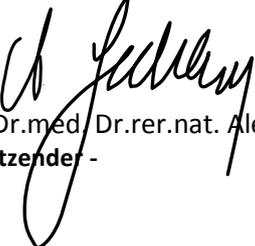
Die neuen Zugangsvoraussetzungen werden begrüßt.

7) § 7 Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen

Diese Möglichkeit ist ein wichtiger Baustein für die Durchlässigkeit (z.B. aus der Pflege) und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten (z.B. Rettungsassistenten).

So wie der § 7 aufgebaut ist, können hier die Länder eigenständige Anerkennungsverfahren vorsehen. Die konkrete Anrechnungspraxis sollte jedoch einheitlich erfolgen und nicht von Bundesland zu Bundesland verschieden. Dies war im bisherigen Rettungsassistentengesetz in § 8 geregelt.

Für den Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e.V.
Köln, den 16.6.2012


Prof. Dr.med./Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner
- Vorsitzender -