

Stellungnahme zum Entwurf einer Änderung des Notfallsanitätäergesetzes

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Luiz
Kaiserslautern

Hintergrund der Stellungnahme:

Grundsätzlich ist es aus medizinischer Sicht wünschenswert, wenn in einem medizinischen Notfall, welcher eine akute Lebensgefahr oder die Gefahr schwerwiegenden Folgeschäden birgt, stets sofort ein notfallmedizinisch besonders qualifizierter Arzt, also ein Notarzt, an der Einsatzstelle verfügbar wäre. Dies ist faktisch bekanntlich jedoch nicht möglich. Es ist somit Aufgabe der Träger des Rettungsdienstes, sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten in einer solchen Situation dennoch die erforderliche medizinische Hilfe erhalten, die geeignet ist, bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung Lebensgefahr abzuwenden oder wesentliche Folgeschäden zu verhindern. Zur Erhöhung der Rechtssicherheit für die Berufsgruppe der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter soll nun in einem neuen § 2a des Notfallsanitätäergesetzes die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter festgelegt werden. Dazu wird nachfolgend aus notfallmedizinischer Sicht Stellung genommen.

Zu § 2a Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Entwurfs:

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sollen demgemäß heilkundliche Maßnahmen dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

- sie diese in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen, und
- wenn diese notwendig sind, um Lebensgefahren oder die Gefahr wesentlicher Folgeschäden für die Patientin oder den Patienten abzuwenden
- bis eine notärztliche oder weitere ärztliche, auch teleärztliche Versorgung, beginnt

Dieser Gesetzesabschnitt setzt den aus notfallmedizinischer Sicht richtigen Rahmen. Er definiert nämlich

- die Situation (Lebensgefahr oder Gefahr wesentlicher Folgeschäden),
- den Zeitrahmen (bis zum Beginn der notärztlichen oder einer weiteren ärztlichen Therapie)
- und den grundsätzlichen fachlichen Kompetenzrahmen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (d.h. diejenigen Maßnahmen, die während der Ausbildung erlernt wurden und beherrscht werden).

Beispielhaft für Situationen und Maßnahmen gemäß Nummer 1 und 2 sei ein Patient mit einem Kreislaufstillstand genannt, den die Notfallsanitäter bis zum Eintreffen des Notarztes mittels Thoraxkompression, invasiver Beatmung, Defibrillation und Adrenalingabe stabilisieren. Als ein weiteres Beispiel sei ein Verkehrsunfall genannt, bei dem der Fahrer eine schwere Lungenverletzung mit einem sog. Spannungspneumothorax erleidet. In dieser Situation ist es dringend geboten, diese lebensbedrohliche Luftansammlung im Rippenfell mittels einer Punktion zu entlasten, eine Infusion zu verabreichen, die starken Schmerzen, welche eine freie Atmung verhindern, medikamentös zu lindern und die Atmung mit Sauerstoff und ggf. einer assistierenden nichtinvasiven Beatmung zu unterstützen. Zur Erlangung dieser Kompetenzen durchlaufen die angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter neben dem notwendigen theoretischen Wissenserwerb ein mehrmonatiges Klinikpraktikum in Notaufnahme, Anästhesie / OP und Intensivstationen, sowie zahlreiche realitätsnahe Simulationstrainings.

Ergänzend möchte ich allerdings darauf hinweisen, dass sich die Medizin ständig weiterentwickelt, so dass sich an die Ausbildung die lebenslängliche Verpflichtung zur Fortbildung anschließt- unabhängig von der Art der medizinischen Ausbildung. Konkret bedeutet dies, dass bestimmte Maßnahmen u. U. auch erst nach abgeschlossener Ausbildung im Rahmen einer qualitätsgesicherten Fortbildung individuell erlernt und angewandt werden können. Ihnen gemein ist die Tatsache, dass sie auf bereits in der Ausbildung Erlerntem aufbauen. Als Beispiel kann eine neue Methode der Atemwegssicherung oder ein neues Notfallmedikament zur Therapie lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen gelten. Diese Fortentwicklung der Kompetenzen sicherzustellen, ist gleichermaßen Verpflichtung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, der Arbeitgeber und der zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

Der im Gesetzesentwurf genannte Begriff der „teleärztlichen“ Versorgung ist aus notfallmedizinischer Sicht zu unscharf definiert. Das Anforderungsprofil an eine solche Ärztin oder einen solchen Arzt muss vielmehr im Sinne der Patientensicherheit folgendes umfassen: Mehrjährige und möglichst anhaltende Erfahrung als Notarzt im Rettungsdienst, sehr gute Kenntnis der regionalen medizinischen Versorgungsstrukturen und der spezifischen Strukturen und Prozesse im Rettungsdienst, Beherrschung der notwendigen Informations- und Kommunikationstechnologie. Dieser „Telenotarzt“ sollte zudem in die Strukturen des Trägers des Rettungsdienstes eingebettet und von der Leitstelle als Einsatzmittel disponiert und geführt werden.

Zu § 2a Absatz 1 Nummer 3 und 4 des Entwurfs:

In den folgenden Nummern 3 und 4 des Gesetzesentwurfs wird als weitere Bedingungen ausgeführt, dass

- für die vorzunehmende Maßnahme in der konkreten Einsatzsituation standardmäßige Vorgaben für das eigenständige Durchführen heilkundlicher Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c entweder

- a) nicht vorliegen oder
- b) zwar vorliegen, aber von der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter nicht eigenständig durchgeführt werden dürfen, und

4. eine vorherige Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt unter Berücksichtigung des Patientenwohles nicht möglich ist.

Zu § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c legen die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst diejenigen Zustandsbilder und Situationen fest, in welchen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter standardmäßig bestimmte Maßnahmen durchführen dürfen und sollen, ohne dass hierfür ein Arzt vor Ort sein muss oder zu Rate gezogen werden muss. Hierbei handelt es sich um eine sogenannte Vorabdelegation. An diese Form der Delegation sind strenge Vorgaben geknüpft, auf die ich als Mediziner nicht näher eingehen möchte. Der delegierende Arzt muss aber wissen, dass eine fehlerhafte Delegation, also auch eine Delegation einer Maßnahme, die im Grunde nicht delegierbar ist, einen Behandlungsfehler darstellt. Die konkreten Voraussetzungen für die Vorabdelegation hat der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in einem Gutachten sehr gut herausgearbeitet. Dieses Papier stellt sicherlich eine der Grundlagen der parlamentarischen Arbeit dar. Meines Wissens nach stimmen die Länder mit der Rechtsauffassung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages in der Frage der Anwendbarkeit der Vorabdelegation überein.

Gemäß Nummer 3 a) dürften Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter demnach heilkundliche Maßnahmen eigenständig durchführen, nur wenn *keine* solchen Standardarbeitsanweisungen

vorliegen. Hier liegt aus notfallmedizinischer Sicht ein klarer Widerspruch vor: Nummer 1 und 2 definieren Maßnahmen im Fall einer akuten Lebensbedrohung oder die Gefahr schwerer Folgeschäden. § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c dagegen definiert Maßnahmen im Sinne einer Vorabdelegation für Situationen ohne eine solche Bedrohung bzw. Gefahr. Sie können dann aber nicht eigenverantwortlich erfolgen, sondern die Maßnahmen erfolgen in einem sehr engen, vom ÄLRD vorgegebenen Rahmen. Vollends deutlich wird der Widerspruch, wenn in Nummer 3 b) die Bedingung dargestellt wird, dass zwar entsprechende Vorgaben gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c vorliegen, die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter diese aber nicht ausüben darf. Wenn jedoch ein Ärztlichen Leiter Rettungsdienst einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter eine Maßnahme untersagt, weil diese/r im Rahmen der EVM-Überprüfung nicht die notwendigen Kenntnisse vorweisen konnte, wäre es aus notfallmedizinischer Sicht geradezu fahrlässig, hierfür einen „Ausweg“ zu bieten, der dies sogar im eigenverantwortlichen Rahmen erlauben würde.

Nummer 4 schließlich führt das Ganze vollends ad absurdum, da hier die Bedingung gestellt wird, dass eine vorherige ärztliche Abklärung nicht möglich ist. Zeitkritische Situationen (akute Lebensgefahr oder Gefahr schwerer Folgeschäden) erfordern ein unverzügliches Handeln des Notfallsanitäters. Hier zusätzlich noch eine vorherige ärztliche Abklärung zu fordern, bzw. zu definieren, dass erst ihr Nichtzustandekommen den Notfallsanitäter zum eigenverantwortlichen Handeln legitimiert, würde zu – im Einzelfall zeitlich und bezüglich ihrer Folgen nicht absehbaren – Verzögerungen führen und die Notfallsanitäter in eine von niemand ernsthaft gewollte Konfliktsituation zwischen dem medizinisch dringlich Notwendigen und dem rechtliche Geforderten bringen.

Zu § 2a Absatz 2 des Entwurfs:

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit Muster für standardmäßige Vorgaben für das eigenständige Durchführen heilkundlicher Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c entwickelt. Bei der Entwicklung der Muster für standardmäßige Vorgaben seien die Länder zu beteiligen.

Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c fallen in den Verantwortungsbereich der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Sie berücksichtigen neben medizinischen Aspekten i.d.R. auch regionale Spezifika, wie die medizinische Infrastruktur, die Verfügbarkeit von und organisatorische Schnittstellen mit weiteren Ärzten und medizinischen Dienstleistern, die medizinisch-technische Ausstattung der Rettungsmittel, sowie die Umsetzbarkeit in Fortbildungsmaßnahmen. Unabhängig von der Frage der Verfassungsmäßigkeit, die zu prüfen nicht in die Expertise eines Mediziners fällt, ist aus den genannten Gründen eine bundesweite Vereinheitlichung nicht zielführend.