

Stellungnahme der DIVI zum Referentenentwurf der Bundesregierung zum Entwurf über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (2013)

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) als Vertretung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände begrüßt die Vorlage des Referentenentwurfes. Nachdem das bisherige Rettungsassistentengesetz nicht mehr den Forderungen der modernen Notfallmedizin entsprach war eine Neufassung überfällig. Zur Durchführung eines leistungsstarken Rettungsdienstes, der nicht allein auf den Transport von Notfallpatienten ausgerichtet ist, ist ein medizinischer Fachberuf erforderlich. Eine analoge Übertragung der Regelungen aus dem Gesetz über den Beruf der Krankenpflege (KrPflG) ist abzulehnen, da sich die klinischen und präklinischen Tätigkeiten grundlegend unterscheiden.

Bei dem vorgelegten Gesetzesentwurf ist besonders die Tatsache zu begrüßen, dass nunmehr für eine 3-jährige Ausbildungszeit und dafür eine Ausbildungsvergütung gewährt wird (§ 13). Zu begrüßen ist ausdrücklich auch die eindeutige Aussage, dass die anfallenden Mehrkosten der Ausbildung von den Kostenträgern des Rettungsdienstes zu tragen sind.

Begrüßt wird seitens der DIVI auch die Intention des Gesetzes kein "notarztfreies Rettungssystem" zu generieren und den Anspruch des Patienten auf eine qualifizierte ärztliche Hilfe auch zukünftig unberührt zu belassen und die Hinzuziehung eines Notarztes zwingend vorzugeben. Im Interesse der Patientensicherheit sind jedoch eine Reihe von Passagen des Gesetzesentwurfes zu hinterfragen und seitens der DIVI nicht zu akzeptieren.

Einordnung als nichtärztlicher Heilberuf

Der Gesetzesentwurf misst dem zukünftigen Notfallsanitäter den Status eines nichtärztlichen Heilberufes zu. Die Durchführung heilkundlicher (ärztlicher) Maßnahmen in § 4 Abs.2 c sollte unbedingt geändert werden. Das Gesetz würde die Legitimation des Handelns bei einem kritischen Patientenzustand oder der Annahme eines solchen Zustandes, was letztlich für alle Notfallpatienten gilt, bieten. Die Entscheidungskompetenz würde in die alleinige Zuständigkeit des Notfallsanitäters fallen. Hierunter fallen auch die sog. „invasiven“ Maßnahmen. Dies bedeutet, dass der Notfallsanitäter in der Notfallsituation bis zum Eintreffen des Notarztes oder der Verbringung zu einer anderen ärztlich besetzten Versorgungseinrichtung (Klinik, MVZ, Praxis, ärztlicher Bereitschaftsdienst) dieselben Kompetenzen wie ein Arzt hat. Die Einschätzung der Situation und die sich daraus ergebenden Maßnahmen sowie die Beurteilung des persönlichen Könnens nimmt er – wie ein Arzt – alleine wahr. Der bisherige auch ärztlicherseits gewünschte Schwerpunkt der Mitwirkung und Assistenz im Rahmen der Versorgung von Patienten wie in anderen Gesundheitsfachberufen ist nicht mehr vordergründig. Aus Sicht des Notfallpatienten ist eine derartig umfassende und unlimitierte Verantwortlichkeit in der Notfallsituation angesichts einer dreijährigen Ausbildung, die sich in Dauer, Eingangsvoraussetzungen und Ausbildungsinhalten deutlich von der (mindestens achtjährigen) ärztlichen Ausbildung differiert, nicht zu verantworten.

Eigenständige Maßnahmen

Mit der Gliederung der Aufgaben in „eigenverantwortlicher Ausführung“ und „Ausführung im Rahmen der Mitwirkung“ wird analog zum Krankenpflegegesetz eine Staffelung der Kompetenzen in Abhängigkeit von Umfang und der Invasivität beabsichtigt. In Zusammenhang mit den „invasiven Maßnahmen“ ist zu bedenken, dass damit nicht nur positive Wirkungen erreicht werden können, sondern auch die Risiken für Schäden deutlich steigern.

Invasive Maßnahmen

Wenn unter den invasiven Maßnahmen die eigenständige Anwendung einer Narkoseeinleitung, die Thoraxdrainage und Koniotomie (eine Tracheotomie kommt im Rettungsdienst auch durch einen Notarzt überhaupt nicht zur Anwendung) gemeint ist, dann ist die Kompetenz zur Durchführung dieser Maßnahmen selbst nach Abschluss des Medizinstudiums und der Qualifikation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ bei Notärzten nicht grundsätzlich – auch nicht in der Weiterbildung

- vorhanden, sondern bedarf einer gesonderten Zusatzfortbildung (z.B. Kurs „Invasiver Notfalltechniken“). Kenntnisse zur Assistenz durch Notfallsanitäter sind allerdings unerlässlich. Die in der Vorgabe genannte „Befürchtung von möglichen Folgeschäden“ als Basis einer ausreichenden Begründung für praktisch jede – auch invasive – Maßnahme eröffnet „bis zu Übergabe an einen Arzt“ unter der alleinigen und eigenständigen Verantwortung des Notfallsanitäters einen außerordentlich breiten Tätigkeitsraum.

Darüber hinaus bleibt das Problem der praktischen Ausbildung der „invasiven Maßnahmen“ im Klinikpraktikum - und nur dort ist eine Schulung möglich – ungelöst, da eine Übung am Patienten (auch unter ärztlicher Aufsicht) nicht möglich ist.

Es handelt sich um eine gefahrgeneigte Maßnahme, die – in den seltenen Fällen, in denen sie erforderlich ist - der Arzt selbst durchführen muss. Trotz Ausbildungsvertrag mit der Klinik wird im klinischen Betrieb auf Grund des Behandlungsvertrages des Patienten mit der Klinik bzw. dem Klinikarzt eine Durchführung durch einen Praktikanten nicht möglich sein. Und ohne ausreichende praktische Übung ist im Notfall die Durchführung nicht mach- und verantwortbar – siehe notärztliche Tätigkeit.

Im § 4 Abs. 2 Nr. 1 c sollte der Begriff „invasive Maßnahmen“ deshalb ersatzlos gestrichen werden.

Ärztliche Fachaufsicht (ÄLRD)

Wenn diese Maßnahmen im Rahmen der Ausbildung gelehrt werden und ihre Durchführung in der abschließenden Prüfung überprüft wird, resultiert hieraus - auch unabhängig von der Vorgabe der Überprüfung und Verantwortung durch einen ÄLRD - die verpflichtende Anwendung im Einsatz-/Notfall im Rahmen der Garantenpflicht. Damit ist die „Notkompetenz“ wieder präsent, die eigentlich mit diesem Gesetz abgeschafft werden sollte.

Auch die Formulierung in der Begründung B Besonderer Teil zu § 4 (S.31) beschreibt die alte „Notkompetenz“: „In Fällen in denen der Arzt nicht rechtzeitig anwesend ist und eine der beschriebenen Notfälle vorliegt, übernimmt der Notfallsanitäter die Aufgabe das zu tun, was notwendig ist, um das Leben des Patienten zu retten oder wesentlichen Folgeschäden vorzubeugen, die durch Verzögerungen von Hilfeleistungen drohen.“

Dabei wird übersehen, dass es Bundesländer ohne ÄLRD gibt, in denen Hilfsorganisationen die Trägerschaft im Rettungsdienst haben. Durch die gewählte Formulierung wird praktisch jedem im Rettungsdienst tätigen Unternehmen die Möglichkeit eröffnet, Überprüfungen, Überwachung und Verantwortung auf eigene oder andere beauftragte Ärzte zu übertragen. Die Übertragung von staatlichen Aufgaben an Privatpersonen lehnt die DIVI ausdrücklich ab. Ziel des Gesetzes soll es sein, einen einheitlichen Standard der in der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen zu sichern. Durch die Übertragung der Zulassung bestimmter Kompetenzen an ÄLRD oder andere kommt es vorhersehbar zu bundesweit unterschiedlichen Kompetenzprofilen der Notfallsanitäter.

Der Passus“.. oder entsprechend verantwortlicher Arzt“ sollte ersatzlos gestrichen werden.

Schulleitung

Im § 5 Abs. 3 Pkt. 1 wird auf eine Leitung der Schule durch einen Arzt verzichtet und nur eine hauptberufliche Leitung gefordert. Im Hinblick auf die Anhebung des Qualifikationsniveaus ist es zwingend, einen ärztlichen Leiter mit notfallmedizinischer Kompetenz, wie dies auch bei anderen Heilhilfsberufen üblich ist, zu etablieren.

Insgesamt stellt der Gesetzesentwurf Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Notfallpatienten und der Ausbildungssituation des Rettungspersonals dar. Allerdings wird der Status des nichtärztlichen Heilberufes in die Nähe des Arztes gerückt. Es fehlt eine klare Abgrenzung zwischen der eigenverantwortlichen und der unter Aufsicht durchzuführender Maßnahmen.

Kosten der Ausbildung

Im Gegensatz zu den Berechnungen des BMG erscheint der DIVI der Ansatz der zukünftigen Ausbildungskosten zu niedrig. Dies resultiert aus der Tatsache, dass die Auszubildenden grundsätzlich während der Ausbildung nur als „dritter Mann“ eingesetzt werden können und auch die Krankenhäuser, bei denen die Praktika durchgeführt werden sollen, einen Kostenersatz verlangen müssen.

Ungeklärt ist die Frage der Übernahme der Kosten für die Übergangsregelung (§28).

Fazit

Verständlicherweise kann und möchte sich die DIVI nur auf die sie betreffenden notfallmedizinischen und ärztlichen Punkte im Entwurf äußern, dies impliziert ausdrücklich nicht, dass im vorliegenden Referentenentwurf nicht auch andere Punkte diskussionswürdig erscheinen.

In der vorliegenden Fassung kann von Seiten der DIVI dem Gesetzentwurf nicht zugestimmt werden. Er bedarf einer grundlegenden Überarbeitung um den Bedürfnissen der Praxis und der Betroffenen gerecht zu werden und eine flächendeckende notfallmedizinische Versorgung auf angemessenem Niveau sicherzustellen.