

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Bettina Redert
Referatsleiterin 315
11055 Berlin

21.08.2020

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe
in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-
Gesetz)**

Sehr geehrte Frau Redert,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf, welche wir gerne wahrnehmen. Insbesondere möchten wir den §12 im Entwurf kommentieren.

Das Notfallsanitätäergesetz (NotSanG) regelt als Bundesgesetz die Ausbildung der Notfallsanitäter/innen.

In ihrer Ausbildung erlernen Notfallsanitäter mit der intravenösen und intraossären Applikation von Medikamenten, sowie der Durchführung von Maßnahmen zur Atemwegssicherung und Entlastung eines (Spannungs-)Pneumothorax heilkundliche Maßnahmen. Das Kompetenzniveau leitet sich aus dem Lehrplan ab.

Zur Anwendung dieser heilkundlichen Maßnahmen unterscheidet das Notfallsanitätäergesetz in §4 Abs. 2 zwei Situationen:

1. „medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind.“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 1c)
2. „eigenständiges Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und Situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 2c)

Seit Inkrafttreten des Notfallsanitätäergesetzes beklagen Vertreter des Rettungsdienstes unzureichende Rechtssicherheit der Notfallsanitäter bei der Durchführung solcher heilkundlicher Maßnahmen, vor allem in Situationen, die unter § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG subsummiert sind.

Präsident

Prof. Dr. med. U. Janssens

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Generalsekretär

Prof. Dr. med. F. Walcher

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

PD Dr. med. F. Hoffmann

Vertreterin der

außerordentlichen Mitglieder

Frau Dr. med. J. Haunschild

Vertreter der

nichtärztlichen Mitglieder

Th. van der Hooven

Beisitzer

PD Dr. med. A. Hübler

Prof. Dr. med. S. Kluge

Frau PD Dr. med. H. Niehaus

Prof. Dr. med. A. Unterberg

Kongresspräsident

2020

Prof. Dr. med. E. Rickels

2021

Prof. Dr. med. H.-J. Busch

Geschäftsstelle der DIVI

Prof. Dr. med. A. Markewitz

med. Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

Geschäftsführer

Luisenstraße 45

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit wurde nun im Zuge eines Referentenentwurfs zur „Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze“ mit Artikel 12 auch eine Veränderung des Notfallsanitättergesetzes vorgeschlagen.

Die Formulierungen in diesem Artikel 12 des vorgelegten Entwurfes dürften jedoch kaum etwas an der derzeitigen Rechtslage ändern, denn der Referentenentwurf formuliert wie folgt:

„[...] dürfen heilkundliche Maßnahmen auch invasiver Art bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

3. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen,

4. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um einen lebensgefährlichen Zustand oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden und

5. eine vorherige ärztliche, auch teleärztliche Abklärung nicht möglich ist“

Damit wird formuliert, dass die Notfallsanitäter nur dann erlernte und beherrschte invasive heilkundliche Maßnahmen durchführen dürfen, wenn in einer lebensbedrohlichen Situation eine vorherige Konsultation eines Notarztes oder Tele-Notarztes nicht möglich ist, ohne dass für diese Konsultation ein zeitlicher Rahmen vorgegeben wird.

Für den lebensbedrohlichen Notfall jedoch ist die Rechtssicherheit bereits jetzt schon unter §4 Abs. 2 Nr. 1 c beschrieben. Dabei entspricht die Situation etwa dem rechtfertigenden Notstand, der in §34 des Strafgesetzbuches (StGB) hinterlegt ist.

Eine interessante Neuerung in dem vorgelegten Referentenentwurf betrifft folgende Formulierung: „Das Bundesministerium für Gesundheit entwickelt für notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr 2 c Muster für standardmäßige Vorgaben.“

Offensichtlich ist ein Ziel dieses Referentenentwurfs, dass die Vorgaben für die invasiven Maßnahmen welche föderal von den zuständigen Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) formuliert werden, zukünftig einem bundeseinheitlichen Muster folgen sollen.

Interessant bleibt, dass wiederkehrend die „invasiven Maßnahmen“ Gegenstand der Diskussion sind. Dabei werden wiederholt die Atemwegssicherung, die Entlastung eines (Spannungs-)Pneumothorax oder auch die elektrische Kardioversion bei tachykarden Herzrhythmusstörungen angeführt. Der rettungsdienstliche Alltag zeigt jedoch andere Erfordernisse: Eine bundeweite Punkt-Prävalenz-Untersuchung der DIVI [1] mit 3.127 eingeschlossenen prähospitalen Notfallpatienten am Stichtag 12.8.2014 konnte zeigen, dass das nicht-ärztliche Rettungsfachpersonal allenfalls in der Reanimationssituation den Atemweg vor Eintreffen des Notarztes sichern muss. Thoraxentlastungen durch das Rettungsfachpersonal wurden lediglich in einem von 1.000 Patienten erforderlich.

Eine aktuelle Arbeit aus Österreich [2] zeigt, dass nur in 18 % der Notarzteinsätze tatsächliche „notärztliche“ Maßnahmen erforderlich sind.

Die häufigste hilfreiche Maßnahme, die auch von den Patienten als angenehm und positiv bewertet wird, ist der frühzeitige Beginn einer Analgesie bei Bagatell-Traumata, Lumbago oder Kolik. Dies wurde in der Analyse der DIVI immerhin in nahezu einem Viertel der Fälle durchgeführt. Beobachtungen aus dem Rettungsdienstbereich Reutlingen [3], in dem das Rettungsfachpersonal bereits seit 15 Jahren nach einem strikten Schema Analgesie bei Bagatell-Traumata durchführt, bestätigen, dass dies auch durch nicht ärztliches Personal sicher möglich ist.

Eine Analgesie bei ansonsten jungen gesunden Patienten mit Trauma nach z.B. Sportunfall durch entsprechend geschultes und zertifiziertes Rettungsfachpersonal könnte die Zahl der Notarztalarmierungen reduzieren. Damit stünden Notärzte zeitgleich für tatsächlich erforderliche „notärztliche“ Maßnahmen bei anderen Einsätzen zur Verfügung.

Problematisch bleibt in vielen Fällen weiterhin die Diagnosestellung, die ein differentialdiagnostisches Denken und entsprechende ärztliche Ausbildung und Erfahrung erfordert. Die bisherigen Erfahrungen mit Telenotärzten in Aachen und Straubing zeigen, dass mit einer flächendeckenden Etablierung eines Telenotarztensystems bei der Diagnose- und Indikationsstellung weitere Verbesserung erzielt werden können.

Vor dem dargestellten Hintergrund unterstützt die DIVI die bundesweite Einführung eines Telenotarztensystems sowie eine einheitliche Regelung zur Analgesie beim Bagatell-Trauma durch zertifiziertes Rettungsfachpersonal.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. med. Uwe Janssens
Präsident der DIVI



Dr. Björn Hossfeld
Sprecher der Sektion Notfall- und
Katastrophenmedizin

Literatur:

1. Sefrin P: Stellenwert invasiver Notfallmaßnahmen im Rettungsdienst. DIVI 2015; 6: 150–157
2. Prause G, Orlob S, Auinger D, Eichinger M, Zoidl P, Rief M, Zajic P. System- und Fertigkeitseinsatz in einem österreichischen Notarztsystem: retrospektive Studie. Der Anaesthesist 2020, published ahead of print
3. Schempf B, Casu S, Häske D. Prähospitaler Analgosedierung durch Notärzte und Rettungsassistenten. Der Anaesthesist 2017; 66: 325–332