

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0369(4)

gel. ESV zur öAnhörung am 30.01.

13\_Notfallsanitäter

23.01.2013



Mathias Hochschule Rheine

Mathias Hochschule Rheine Postfach 1863 48408 Rheine

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit

**Anschrift** Frankenburgstraße 31  
48431 Rheine  
**Telefon** +49 (0) 5971 42-1171  
**Telefax** +49 (0) 5971 42-1116  
**E-Mail** info@mhrheine.de  
**Internet** www.mhrheine.de

Fakultät für Gesundheitswissen-  
schaften

**Kontakt**

Dipl.-Kfm. Dr. Christopher Niehues, LL.M.  
*Hochschullehrer*  
*Pre-Hospital Management*

**Telefon** +49 (0) 5971 42-1186  
**Telefax** +49 (0) 5971 42-1116  
**E-Mail** c.niehues@mhrheine.de

23.01.2013 CN

## STELLUNGNAHME ALS SACHVERSTÄNDIGER

ZUM ENTWURF EINES GESETZES ÜBER DEN BERUF DER NOT-  
FALLSANITÄTERIN UND DES NOTFALLSANITÄTERS SOWIE ZUR  
ÄNDERUNG WEITERER VORSCHRIFTEN  
(BT-DRUCKSACHE 17/11689)

## EINLEITUNG

Diese Stellungnahme bezieht sich auf den Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters<sup>1</sup>, mit dem eine deutliche Verbesserung der Ausbildung und Qualifikation des Rettungsdienstpersonals angestrebt wird. Diese Initiative wird ausdrücklich unterstützt.

Nachdem 1973 der Gesetzentwurf der Bundesregierung über den Beruf des Rettungsassistenten scheiterte, ist 1989 das Rettungsassistentengesetz in Kraft getreten, ohne den Tätigkeitsbereich des Rettungsdienstpersonals exakt zu definieren. Dieser Umstand führt zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit und defensiven Behandlungsstrategie zu Ungunsten der Patientenversorgung. Neben einer qualitativ verbesserten Ausbildung sollte daher insbesondere Rechtssicherheit für das Handeln der Notfallsanitäter geschaffen werden.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im folgenden Text auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie beispielsweise Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

## **GRUNDSÄTZLICHE POSITION**

Die derzeitige Versorgungssituation in den einzelnen Rettungsdienstbereichen ist nicht mit den Grundprinzipien einer Patientenversorgung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin und dem Wirtschaftlichkeitsgebot gem. §12 SGB V vereinbar. Regional stark abweichende Vorgaben zur Durchführung invasiver bzw. erweiterter medizinischer Maßnahmen durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal führen zu einer uneinheitlichen Versorgungsqualität und sind im Wesentlichen auf die nicht konkret bestimmten Ausbildungsinhalte und Kompetenzen der Rettungsassistenten zurückzuführen.

Gegenwärtig präsentieren sich die Regelungen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst derart unterschiedlich, dass die örtliche Vielfalt erlaubter bzw. verbotener medizinischer Maßnahmen für das nichtärztliche Personal häufig nicht mit geltendem Recht vereinbar ist. Sie führen zu strafrechtlichen und haftungsrechtlichen Risiken für das Rettungsdienstpersonal und für die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, da die bundesrechtlichen Regelungen des Strafrechts und der Sozialgesetzgebung eine homogene Patientenversorgung nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der Medizin fordern. Verschiedene Versorgungsstandards in strukturell ähnlichen Gebieten sind nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin kaum zu begründen und der Bevölkerung nicht zumutbar. Aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit, ist es heute schon häufig so, dass Rettungsassistenten eine defensive Handlungsstrategie verfolgen und im Zweifel nützliche Maßnahmen unterlassen, da Sie rechtliche Konsequenzen fürchten.

Die vorliegende Stellungnahme orientiert sich an einer bundeseinheitlichen Ausbildung der Notfallsanitäter und der Schaffung einer eindeutigen Rechtsgrundlage für die eigenständige Durchführung notfallmedizinischer Maßnahmen. Unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Aspekte und Gewährleistung einer evidenzbasierten Ausbildung und Versorgung wird zum Gesetzesentwurf folgendermaßen Stellung genommen:

## **STELLUNGNAHME ZUM GESETZESENTWURF**

### **Zu Artikel 1 (§ 2 Absatz 1 Nummer 3 und § 8 Nummer 1 NotSanG)**

#### **a) Stellungnahme**

Hier ist der Stellungnahme des Bundesrates (Vgl. Bundesrat Drucksache 608/1/12) zuzustimmen und in § 2 Absatz 1 Nummer 3 NotSanG neben der Voraussetzung der gesundheitlichen Eignung auch die Eignung in körperlicher Hinsicht zu ergänzen.

### **Zu Artikel 1 (§ 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c und Nummer 2 NotSanG)**

#### **a) Problematische Formulierung der Handlungskompetenzen der Notfallsanitäter**

§ 4 Absatz. 2 Nummer 1 c (vom Notfallsanitäter eigenverantwortlich durchgeführte Maßnahmen) und Nummer 2 c (vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vorgegebene Maßnahmen) sind im Ganzen zu sehen und sowohl einzeln-, als auch in ihrem Verhältnis zueinander kritisch zu beurteilen.

(1) Schon die Wortwahl in § 4 Absatz 2 Nummer 1 c schränkt die Handlungskompetenz der Notfallsanitäter auf ein Minimum ein. Die Formulierung lautet „...auch invasiven Maßnahmen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vor-

zubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind.“ Damit würden alle Maßnahmen ausgeschlossen, die auf eine Verbesserung des Patientenzustandes abzielen. Daher ist die ausschließliche Erlaubnis invasiver Maßnahmen zum Zwecke der Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes abzulehnen. Aus juristischer, ethischer wie auch aus medizinischer Sicht hat der betroffene Patient zweifelsohne Anspruch auf eine optimale medizinische Versorgung. Wenn kein Notarzt verfügbar ist, darf der Notfallsanitäter keinesfalls lediglich eine Minimalversorgung durchführen dürfen oder gar zu einer Unterlassung medizinisch, haftungs- und strafrechtlich gebotener Maßnahmen gezwungen werden. Dies wird anhand folgender Praxisbeispiele deutlich:

Ein Jugendlicher, der sich beim Sportturnier eine komplizierte Fraktur zugezogen hat und dadurch bedingt schwerste Schmerzen empfindet, dürfte basierend auf dem Gesetzentwurf keinerlei Schmerzmedikation erhalten, da trotz Schmerzwahrnehmung häufig keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Im Extremfall müsste dieser Patient unter unerträglichen Schmerzen und transportbedingter Schmerzverstärkung in eine chirurgische Notaufnahme verbracht werden, sofern ein Notarzt nicht oder zumindest verzögert verfügbar wäre.

Noch deutlicher ist das Beispiel des Verbrennungsschmerzes – auch hier ist in der Regel zunächst keine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Daher dürften auch in diesem Fall Notfallsanitäter keine medikamentöse Schmerztherapie einleiten. Jeder Laie, der sich in die Lage eines solchen Patienten versetzt, wird zu dem Schluss kommen, dass er unter allen Umständen auch ohne Anwesenheit eines Notarztes eine unverzügliche adäquate Schmerztherapie erwarten würde.

(2) Insgesamt kann die komplexe Beurteilung, ob nun die Abwendung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des konkreten Notfallpatienten im Einzelfall zu erwarten ist oder doch eine Verbesserung, nicht einem Notfallsanitäter auferlegt werden. Die Differenzierung der Verhinderung einer Verschlechterung im Gegensatz zu einer nicht erlaubten möglichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ist nicht zielführend. Der Notfallsanitäter soll aufgrund seiner Ausbildung und vordefinierter Grenzparameter tatsächlich nur erkennen können, ob eine invasive Maßnahme indiziert ist oder nicht. Ob in der Folge eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eintritt oder nur eine Stabilisierung, soll offen bleiben dürfen, wenn in den meisten Fällen der Patient von der invasiven Maßnahme profitiert. Die Formulierung im Gesetzesentwurf würde allerdings nur darauf abzielen, den Status Quo zu erhalten, ohne den Gesundheitszustand zu verbessern.

Des Weiteren bleibt unklar, wie Nummer 1 c und Nummer 2 c konkret abzugrenzen sind. Wenngleich die Gesetzesbegründung zum § 4 Absatz. 2 Nummer 1 c von Mindestanforderungen, d.h. Basiskompetenzen des Notfallsanitäters ausgeht, die eigenständig ausgeübt werden, bleibt unklar, wie die zusätzlichen heilkundlichen Maßnahmen nach § 4 Absatz. 2 Nummer 2 c abgegrenzt werden sollen. Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder andere Ärzte könnten argumentieren, Nummer 2 c müsse die Möglichkeit geben, Nummer 1 c einzuschränken, da Nummer 2 c ansonsten ins Leere laufen würde. Bei dieser Auslegung würde der Versorgungsstandard in Deutschland weiter heterogen regionalisiert. Dies sollte unbedingt vermieden werden.

## b) Stellungnahme

Die Vorgesehene Formulierung und Gesetzesbegründung schaffen keine einheitliche Ausbildung und rechtliche Handlungssicherheit für Notfallsanitäter. Mit der bestehenden Formulierung werden die Rechtsunsicherheit und heterogenen Versorgungsstandards zementiert. Einzelne Länder und/oder Kommunen treffen Einzelregelungen und unterschiedliche örtliche Gepflogenheiten werden zur Regel. Schon heute kann sich die rettungsdienstliche Versorgung stark unterscheiden, sobald eine Kreisgrenze - auch innerhalb eines Bundeslandes - überschritten wird.

Zutreffend wird in der Stellungnahme des Bundesrates (Bundesrat Drucksache 608/1/12) und in der Literatur (Neupert, M. (2009), MedR 27 Jg., S. 649-654; Tries, R. (2012), Rettungsdienst, 35. Jg., S. 688-691; Hahn, E. (2011), S. 51-56, Niehues, C. (2012), Notfallversorgung in Deutschland, S. 120, Nadler, G. (2009), BrandSchutz, 63. Jg., S. 487-489; Fehn, K. (2009), Der Notarzt, 25. Jg., S. 1-10, Heuchemer, M., et al. (2009), MedizinRecht, 27. Jg., S. 524-528 und Tachezy, D. M. (2009), Mutmaßliche Einwilligung und Notkompetenz in der präklinischen Notfallmedizin, S. 199 ff.) darauf hingewiesen, dass der rechtfertigende Notstand keine sinnvolle Rechtsgrundlage für erweiterte Maßnahmen des nichtärztlichen Rettungsfachpersonals darstellt. Die Entwurfsbegründung geht allerdings vom rechtfertigenden Notstand als Rechtsgrundlage aus. Da die Gesetzesbegründung im Gerichtsverfahren als Auslegungshilfe herangezogen wird, würde der rechtfertigende Notstand erstmalig zur Kompetenznorm erhoben. Der rechtfertigende Notstand ist für einzelne Ausnahmesituationen gedacht und erscheint als Rechtfertigungsgrund für tägliche Routine ungeeignet.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass der Notfallsanitäter sich nur auf den rechtfertigenden Notstand berufen kann, wenn kein milderes Mittel zur Verfügung steht, d.h. er muss zumindest versuchen, den Notarzt anzufordern. Diese Vorgehensweise ist in der Praxis nicht realisierbar. Schon das Legen eines intravenösen Zugangs ist eine invasive Maßnahme und damit eine Nachforderung des Notarztes erforderlich. In dem dafür benötigten Umfang stehen schon heute nicht ausreichend Ärzte zur Verfügung. In Zeiten des Ressourcen- und Ärztemangels ist es eine gesellschaftliche Verantwortung, die Ärzte dort tätig werden zu lassen, wo der Bedarf am Größten ist. Es erscheint ökonomisch wenig sinnvoll, zu jeder invasiven Maßnahme einen Notarzt zu schicken, wenn gleichzeitig in Notaufnahmen erhebliche Versorgungsprobleme entstehen, weil die Notärzte immer stärker in Anspruch genommen werden, so dass häufig lange Wartezeiten bis zum Arztkontakt entstehen. Gerade in ländlichen Bereichen wird der Notarzt häufig lange in Einsätzen ohne vitale Gefährdung gebunden, während die Notaufnahme unterbesetzt ist.

Der § 4 Absatz 2 Nummer 2 (Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung des Notfallsanitäters), insbesondere die Vorgabe von heilkundlichen Maßnahmen durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, ist insgesamt unklar und fördert geradezu unterschiedliche Versorgungsstrukturen. Wenn die heilkundlichen Maßnahmen in dieser Form auf regionaler Ebene bestimmt werden, steht dies im Widerspruch zu einer evidenzbasierten Patientenversorgung. Deshalb ist die vorgesehene Durchführung von teilweise heilkundlichen Maßnahmen nach Maßgabe des jeweiligen Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nicht mit einer Versorgung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen vereinbar. Wie im ambulanten und stationären Bereich hat sich die Durchführung medizinischer Maßnahmen nach dem anerkannten Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft zu richten und somit konsequenterweise nach bundeseinheitlichen Stan-

dards zu erfolgen. Diesem Grundsatz stehen die landesrechtlichen Regelungen der Rettungsdienstgesetze nicht entgegen.

Eine weitere Schwierigkeit ist bei der in § 4 Absatz 2 Nummer 2 vorgesehenen Vorgabe von heilkundlichen Maßnahmen durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, dass im Medizinrecht eine Generaldelegation ohne Arzt in Rufweite nicht bekannt ist (Ufer 2012, Rettungsdienst, 35. Jg. S. 692-696).

Eine konkrete Vorgabe zu invasiven Maßnahmen im Gesetzestext erscheint vor dem Hintergrund der sich schnell fortentwickelnden medizinischen Wissenschaft unrealistisch, da das Gesetzgebungsverfahren sehr zeitintensiv ist. Daher sollten unter Berücksichtigung der evidenzbasierten Medizin und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowohl der Notarztindikationskatalog als auch die selbständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen von Notfallsanitätern in einer separaten Richtlinie zur Versorgung mit Rettungsdienstleistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in diesem Zusammenhang das am besten geeignete Beschlussgremium. Bereits im Jahr 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen vorgeschlagen, die Kompetenz hinsichtlich der „Vorgaben für Struktur und Prozess der Arbeit von Rettungsdienst und Notärzten“ (Sachverständigenrat 2007, S. 210) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übertragen. Inhalt und Umfang der Notfallsanitäterausbildung sind dabei wesentlicher Bestandteil der Strukturqualität.

Dem steht auch nicht entgegen, dass es sich um eine Angelegenheit der sozialen Sicherungssysteme handelt. Die Leistungen des Rettungsdienstes werden nach dem SGB V vergütet, und die Stellungnahme des Bundesrates fordert eine klare Regelung der Ausbildungsfinanzierung durch die Krankenkassen im NotSanG (vgl. Stellungnahme des Bundesrates zu Artikel 1 § 5; S. 52f. des vorliegenden Gesetzentwurfes Drucksache 17/11689). Insoweit ist es auch konsequent, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die eigenständig auszuführenden heilkundlichen Maßnahmen definiert und diese Maßnahmen wesentlicher Bestandteil der Ausbildung und Berufszulassung werden.

Eine bundeseinheitliche Vorgabe könnte den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst weiterhin einen eigenen Entscheidungskorridor lassen, würde jedoch gleichzeitig den Ärztlichen Leitern Rechtssicherheit geben und außerdem die real noch anzutreffenden vollkommen konträren Vorgaben z.B. zwischen zwei benachbarten Landkreisen ausschließen. So sollten in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der einen Seite Basismaßnahmen bestimmt werden, die generell zu beherrschen sind, auf der anderen Seite eine Liste fakultativer Maßnahmen, die aufgrund regionaler Besonderheiten vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und –situationen zusätzlich vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Davon unabhängig sollte in Modellvorhaben eine weitere Übertragung heilkundlicher Maßnahmen erprobt werden; als Vorbild können hier die bereits vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch implementierten Modellvorhaben zur Übertragung von Heilkunde auf Pflegende gem. § 63 Abs. 3c SGB V herangezogen werden.

Zusätzlich dient eine Richtlinie mit konkreten Inhalten auch der Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Ausbildung. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ist eine Ausbildung nach einheitlichen schulischen Inhalten nicht möglich, da verschiedene Landkreise bzw. kreisfreie Städte Schülerinnen und Schüler in den Unterricht entsenden und somit mehrere Ärztliche Leiter unterschiedlichste Anforderungen an die schulisch zu vermittelnden Inhalte stellen.

### c) Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c ist zu streichen und zu ersetzen durch:

§ 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c neu:

„Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von nachgewiesenermaßen erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung, um Menschenleben zu retten, Leiden zu lindern oder wesentliche Folgeschäden abzuwenden.“

§ 4 Absatz 2 Nummer 2 (Mitwirkung des Notfallsanitäters) ist vollständig zu streichen und wird wie folgt gefasst:

§ 4 Absatz 2 Nummer 2 neu:

a) „Die Notfallsanitäterin und der Notfallsanitäter sind befugt, bei der Durchführung von Maßnahmen im Notfalleinsatz im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c die Heilkunde bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zu dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung auszuüben. § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702), findet insoweit keine Anwendung.“ (so § 4a in der Stellungnahme des Bundesrates; Bundesrat Drucksache 608/1/12)

b) Die nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c eigenverantwortlich auszuführenden heilkundlichen Maßnahmen richten sich nach dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Dazu legt der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie fest, welche heilkundlichen Maßnahmen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter eigenständig durchführen. In dieser Richtlinie bestimmt er Basismaßnahmen, die generell zu beherrschen sind, sowie eine Liste fakultativer Maßnahmen, die aufgrund regionaler Besonderheiten vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und –situationen zusätzlich vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Davon unabhängig kann in Modellvorhaben eine weitere Übertragung heilkundlicher Maßnahmen erprobt werden. Die Modellvorhaben müssen von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt und evaluiert werden. Die Ergebnisse sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitzuteilen.

c) Inhalt und Umfang der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V definierten eigenverantwortlich auszuführenden heilkundlichen Maßnahmen sind in geeigneten Zeitabständen, spätestens nach vier Jahren, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen und an den aktuellen Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung anzupassen.

**Anmerkung:** Dadurch werden Folgeänderungen in § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 133 SGB V erforderlich:

In § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird nach Nummer 15 folgende Nummer 16 eingefügt:

„16. Versorgung mit Rettungsdienstleistungen“

Die Überschrift in § 133 wird wie folgt gefasst: „Versorgung mit Rettungsdienst- und Krankentransportleistungen“

Darüber hinaus werden in § 133 SGB V folgende Absätze eingefügt:

„1a) Für die Erbringung von Rettungsdienstleistungen im Rahmen des SGB V definiert der Gemeinsame Bundesausschuss gem. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 SGB V einen Notarztindikationskatalog für Rettungsdiensteinsätze.

1b) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie fest, welche heilkundlichen Maßnahmen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter eigenständig durchführen dürfen. Die eigenverantwortlich auszuführenden heilkundlichen Maßnahmen richten sich nach dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Dabei bestimmt er Basismaßnahmen, die generell zu beherrschen sind sowie eine Liste von fakultativen Maßnahmen, die aufgrund regionaler Besonderheiten vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und –situationen zusätzlich vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Davon unabhängig kann in Modellvorhaben eine weitere Übertragung heilkundlicher Maßnahmen erprobt werden. Die Modellvorhaben müssen von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt und evaluiert werden. Die Ergebnisse sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitzuteilen.

1c) Inhalt und Umfang der eigenverantwortlich auszuführenden heilkundlichen Maßnahmen sind in geeigneten Zeitabständen, spätestens nach vier Jahren, zu überprüfen und an den aktuellen Stand der notfallmedizinischen Kenntnisse und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung anzupassen.

1d) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Abs. 1b und 1c ist den notfallmedizinischen Fachgesellschaften sowie den maßgeblichen Verbänden der Notfallsanitäter Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.“

**Alternative:** Es könnte geprüft werden, ob es ausreichend ist, den Gemeinsamen Bundesausschuss zu verpflichten, die oben beschriebenen Maßnahmen im Rahmen der Krankentransportrichtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V zu regeln.

## Zu Artikel 1 (§ 5 NotSanG)

### a) Stellungnahme

Hier ist der Stellungnahme des Bundesrates (Vgl. Bundesrat Drucksache 608/1/12) zuzustimmen und eine klare Regelung der Ausbildungsfinanzierung und bundeseinheitliche Regelung über das Verhältnis der Schulen zu den Ausbildungsträgern zu fordern.

### b) Änderungsvorschlag:

§ 5 Absatz 3 Satz 4 streichen.

In § 5 ist folgender Absatz 4 zu ergänzen:

"(4) Die nach diesem Gesetz entstehenden Kosten für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern werden von den Krankenkassen und den anderen Trägern der sozialen Sicherung getragen." (Vorschlag laut Bundesrats-Drucksache 608/1/12)

## **Zu Artikel 1 (§ 9 NotSanG)**

### **a) Stellungnahme**

Der Stellungnahme des Bundesrates (vgl. Bundesrats-Drucksache 608/1/12), die ein bundeseinheitliches Anrechnungsverfahren fordert, um heterogene Lösungen zu vermeiden, ist zuzustimmen.

## **Zu Artikel 1 (§ 11 NotSanG)**

### **a) Stellungnahme**

Die Rechtsverordnung zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Mindestanforderungen an die Ausbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach § 5 haben sich am Stand der notfallmedizinischen Kenntnisse und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung zu orientieren und sind daher regelmäßig zu überprüfen.

### **b) Änderungsvorschlag**

In Artikel 1 ist dem § 11 Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

„Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach Maßgabe des § 4, die Gestaltung von Modellstudiengängen nach § 5 und die weitere Ausbildung nach § 32 Absatz 2 haben sich am Stand der notfallmedizinischen Kenntnisse und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung zu orientieren und sind in geeigneten Zeitabständen, spätestens nach vier Jahren, zu überprüfen“

## **Zu Artikel 1 (§ 13 NotSanG)**

### **a) Stellungnahme**

Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die fachliche Betreuung von Notfallpatienten. Einen ausschließlichen Einsatz der Auszubildenden als dritte Person im Rettungsdienst unter Ausschluss der Fahrzeugführung ist abzulehnen. Eine Absolventin oder ein Absolvent mit qualifiziertem Berufsabschluss muss von Anfang an in der Lage sein, im Zweier-Team zu arbeiten und ein Rettungsfahrzeug kompetent zu fahren. Daher muss die besondere Fahrphysik und der extrem belastende Einsatz unter Wahrnehmung von Sonder- und Wegerechten Bestandteil des praktischen Teils der Ausbildung sein. Die Absolventen müssen den anspruchsvollen Tätigkeiten des Fahrzeugführers gerecht werden, um die Fahrt zum Einsatzort und den Transport des Patienten sicher und routiniert durchführen zu können.

Zusätzlich ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festzulegen, dass die Auszubildenden neben den zeitlichen Vorgaben für das Klinikpraktikum auch zeitliche Vorgaben z.B. für ein Praktikum auf notarztbesetzten Fahrzeugen im dritten Ausbildungsjahr haben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Auszubildenden schon nach wenigen Monaten auf Krankentransportwagen und Rettungswagen als reguläre Besatzung eingesetzt werden.

### **b) Änderungsvorschlag**

In Artikel 1 ist dem § 13 Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"Zu den Aufgaben nach Satz 1 gehört im Verlauf der praktischen Ausbildung in einer genehmigten Lehrrettungswache auch der reguläre, dienstplanmäßige Einsatzdienst ab dem 3. Ausbildungsjahr, wenn sich der Ausbildungsträger nach einer Überprüfung der Kompetenz vergewissert hat, dass die Schülerin oder der Schüler dazu in der Lage ist."

## Zur Artikel 1 (§ 32 NotSanG)

### a) Stellungnahme

Zur Sicherstellung einer homogenen Patientenversorgung müssen einheitliche Übergangsregelungen geschaffen werden, die aus einer schulischen Ausbildung und einer Ergänzungsprüfung bestehen. Diese Bedingungen werden im Gesetzentwurf weitgehend berücksichtigt. Allerdings darf es keine Ausnahme für die zusätzliche schulische Ausbildung geben. Gerade unter den Rettungsassistenten, die vor mehr als fünf Jahren die Ausbildung abgeschlossen haben, befinden sich viele mit einer verhältnismäßig kurzen theoretischen Ausbildung sowie teilweise Rettungsassistenten, die im Rahmen einer Übergangsregelung ohne weitere Prüfung als Rettungsassistenten anerkannt wurden. Wenn es um die eigenständige Durchführung invasiver Maßnahmen und insbesondere die Medikamentengabe geht, sind neben der praktischen Erfahrung umfassende theoretische Kenntnisse erforderlich. Umgekehrt verfügen gerade die erst kürzlich ausgebildeten Rettungsassistenten über das größte theoretische Wissen, so dass es unlogisch erscheint, diese länger theoretisch auszubilden. Insgesamt ist eine einheitliche und einfach realisierbare Übergangsregelung anzustreben.

### b) Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 2 ist zu streichen und durch folgenden Absatz zu ersetzen:

„(2) Eine Person, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes mindestens 1.600 Stunden Tätigkeit als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent in der Notfallrettung nachweist, erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nummer 2 und 3 die Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ zu führen, wenn sie zur Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung an einer weiteren Ausbildung von 960 Stunden teilgenommen hat und die staatliche Ergänzungsprüfung besteht.“

In den genannten Punkten wird eine Überarbeitung des Gesetzentwurfes für notwendig gehalten, um eine einheitliche und nachhaltige Weiterentwicklung der Notfallversorgung zu gestalten.

Rheine, den 23.01.2013



Dipl.-Kfm./Dr. Christopher Niehues, LL.M.

Hochschullehrer Pre-Hospital Management