

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zu der**

**Bundesratsinitiative zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes**

*Der Bundesrat hat am 11.10.2019 eine Gesetzesintiative für eine Änderung des Notfallsanitätergesetzes auf den Weg gebracht, nach der Notfallsanitäter auch in Abwesenheit eines Arztes rechtssicher das machen dürfen, was zur Lebensrettung des Patienten notwendig ist, unabhängig vom Arztvorbehalt. Hierzu haben DGAI und BDA am 15.10.2019 nachstehende Stellungnahme abgegeben:*

Der Bundesrat hat am 11.10.2019 beschlossen, einen Gesetzentwurf zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes über die Bundesregierung in den Bundestag einzubringen. Darin schlagen die Länder vor, nichtärztlichen Einsatzkräften zu erlauben, mit invasiven Maßnahmen das Leben eines Menschen zu retten, ohne dass ein Arzt dabei ist. Wegen des sogenannten Heilkundevorbehalts dürfen bislang nur Ärzte solche lebensrettenden Maßnahmen vornehmen.

Die Bundesratsinitiative sieht im Einzelnen vor, dass

- Notfallsanitäter „bestimmte lebensrettende Maßnahmen, die grundsätzlich Ärzten vorbehalten sind, rechtssicher anwenden können, um Patienten in Notlagen schnell und effektiv Hilfe zu leisten“;
- dies aber nur gelten soll, „solange ärztliche Hilfe noch nicht vor Ort ist und ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden beim Patienten zu erwarten sind.“

Als Fachgesellschaft und Berufsverband, die zusammen ca. 15.000 Notärzte aus der präklinischen und klinischen Notfallversorgung vertreten und deren 27.000 Mitglieder den höchsten Stundenanteil in der klinischen Ausbildung der Notfallsanitäter stellen, sehen wir uns in der Pflicht, zu dieser Bundesratsinitiative wie folgt Stellung zu nehmen:

Es ist zu begrüßen, wenn die Handlungen der Notfallsanitäter vor Ort in einem rechtssicheren Rahmen erfolgen können. Fraglich ist jedoch,

- ob überhaupt ein nennenswerter Handlungsbedarf besteht, der es rechtfertigt, von dem hohen Rechtsgut des Arztvorbehaltes bei der Ausübung der Heilkunde abzuweichen. Der Hinweis, dass bereits im Altenpflege- bzw. Krankenpflegegesetz Ausnahmen vom Heikundevorbehalt in die Ausbildungsgesetze aufgenommen wurden, geht insoweit fehl, weil es in diesen beiden einzigen Fällen nur um zeitlich befristete Modellvorhaben zur Erprobung von Ausbildungsangeboten geht;
- ob die angestrebte Rechtssicherheit nicht bereits durch die geltende Fassung des Notfallsanitätergesetzes und das bereits erlaubte, eigenverantwortliche Durchführen medizinischer Maßnahmen im Notfall bis zum Eintreffen des Notarztes gewährleistet ist bzw. ob eine Verknüpfung der Berufsbezeichnung mit der Heikundeerlaubnis nicht zu mehr Rechtsunsicherheit führt,

da der Ausnahmearakter nicht eindeutig genug zutage tritt;

- ob nicht durch den zunehmenden Ausbau der Telenotfallmedizin (siehe anhängende Strukturempfehlung „Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin“) Wege eröffnet werden können, die eine telemedizinische Unterstützung und rechts sichere Delegation ermöglichen, die den Notfallsanitätern, insbesondere jedoch den betroffenen Patienten gerecht werden.

Aktuelle Erhebungen zeigen die Anwendung von den infrage kommenden Maßnahmen in unter 5% der realen Einsätze. Konkret zeigen Zahlen aus Baden-Württemberg, das nicht-ärztliches Personal bei 294.702 Einsätzen Analgetika bei 1,7%, Antiemetika bei 1,16% sowie alle anderen Medikamente bei unter 1% der Patienten verabreicht. Bei Maßnahmen des Atemwegsmanagements sind es bei 10,6% Sauerstoffgabe, bei 0,12% die Einlage eines supraglottischen Atemwegsinstrumentes sowie bei 0,29% eine Beutel-Maskenbeatmung. Eine NIV-Beatmung wurde bei 0,1%, eine kontrollierte Beatmung bei 0,45% und eine Thoraxentlastung bei 0,04% dieser 294.702 Fälle durch nicht-ärztliches Personal durchgeführt.

Die Zahlen aus Baden-Württemberg weisen eine Notarztreute von 45,2% bei allen RTW-Einsätzen mit Sondersignal aus. Die Nachforderungsquote beträgt 23,1%, sodass die kritischen Einsätze aktuell zu einem hohen Prozentsatz durch ärztliches Personal versorgt werden

können. Bei paralleler Alarmierung trifft der RTW im Median nach 7:24 min, das NEF nach 7:04 min und damit vor dem RTW ein (Fallzahl: 499.263 Einsätze). Das NEF trifft nach einer Nachforderung im Median nach 8:35 min ein (Fallzahl: 52.847 Fälle), ein RTH primär bei gleichzeitiger Alarmierung nach 9:13 min und bei Nachalarmierung nach 9:02 min ein.

Bei der Betrachtung dieser Einsatzzahlen und -zeiten und der nicht regelmäßigen Notwendigkeit, invasive Maßnahmen ohne Arzt selbstständig durchzuführen, müssen wir vor dem Risiko der mangelnden Erfahrung von Notfallsanitätern und der sich hieraus ergebenden möglichen Patientengefährdung dringend warnen.

Sollte hierzu trotzdem Handlungsbedarf gesehen werden, ist eine genaue Definition der lebensrettenden Maßnahmen, die bei Abwesenheit des Arztes durch Notfallsanitäter vorgenommen werden dürfen, unabdingbar, da die vorlaufende

Ausbildung zum Notfallsanitäter und die nachfolgenden jährlichen Pflichtfortbildungen auf diese Maßnahmen intensiv vorbereiten müssen. Es kann dabei aber nur um solche Maßnahmen gehen, die den Notfallsanitätern im vorgegebenen Ausbildungsgang so vermittelt werden können, dass sie auch sicher beherrscht werden können.

So können z.B. die Durchführung einer Notfallnarkose inkl. Atemwegssicherung, aber auch eine Vielzahl anderer Maßnahmen, die nach großer ärztlicher Expertise verlangen, im Zuge einer dreijährigen Ausbildung den Notfallsanitätern nicht vermittelt werden. Die DGAI und der BDA sehen keinerlei Möglichkeiten, weitreichende invasive Maßnahmen angehenden Notfallsanitätern im Rahmen der Ausbildung so sicher beizubringen, dass diese einschließlich der damit verbundenen Komplikationen und Zwischenfälle sicher beherrscht werden können. Zum Vergleich:

Derzeitig in Deutschland qualifizierte Notärzte verfügen über eine mindestens achtjährige Aus- und Weiterbildungszeit, die sich aus Studium und fachärztlicher Weiterbildung zusammensetzt.

Es wäre ebenso eine klare Definition der „Notlagen“ etwa in Form eines Indikationskatalogs erforderlich. Dieses gilt insbesondere auch für den unbestimmten Begriff „wesentliche Folgeschäden“, für die ebenfalls ein Indikations- und Maßnahmenkatalog notwendig wäre.

Dem vorgelegten Entwurf zur Änderung des Notfallsanitätergesetz können wir in der vorliegenden Form daher nicht zustimmen.

Für weitere Erörterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

**Prof. Dr. med. Rolf Rossaint**  
Präsident DGAI

**Prof. Dr. med. Götz Geldner**  
Präsident BDA