



## Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV)

Die BAND begrüßt die Vorlage, gibt sie doch den durchführenden Ausbildungsstätten, den Schulen, Kliniken und Organisationen Einblick in die zu organisierenden Ausbildungsschritte. Wesentliches Ziel der Ausbildung sollte ein flächendeckendes, einheitliches Versorgungsniveau sein, das den Bürgern eine qualifizierte Notfallversorgung unter Einbeziehung einer notärztlichen Behandlung rund um die Uhr garantiert.

Die BAND weist darauf hin, dass einzelne Passagen in der APrV in der vorliegenden Form missverständlich formuliert, und deshalb so nicht umsetzbar sind, das betrifft insbesondere die Lernziele der praktischen Ausbildung in den Lehrrettungswachen und den „geeigneten“ Kliniken. Insbesondere der Anspruch an die Ausbildung invasiver Maßnahmen bis zum Kompetenzlevel „beherrschen“, „anwenden können“ steht im Widerspruch zum Handlungsauftrag der Krankenhäuser. Es handelt sich bei einigen der genannten Maßnahmen um in den Kliniken grundsätzlich ärztlich zu erbringende Maßnahmen, bei denen stets der Facharztstandard gefordert ist. Im Einzelnen sind daher folgende Punkte in der APrV zu ändern:

### Verordnungstext

**§ 1 Abs. 1 Pkt. 1:** Einführung eines Schülers auf dem Niveau des Rettungssanitäters nach ½ Jahr Ausbildungsdauer – dies ist vor dem Hintergrund des Einstiegsalters zu sehen (16/17 Jahre), wobei der Einsatz als Fahrer eines Krankenwagens in Frage zu stellen ist. Wenn der „*Erwerb der Mindestqualifikation*“ zur praktischen Tätigkeit im Rettungsdienst führen soll, muss nach ½ Jahr Ausbildung auch eine Überprüfung der Qualifikation erfolgen.

**§ 1 Abs. 2:** „*ausreichende Möglichkeiten zur Erlangung der erforderlichen, praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln und einzuüben*“ hängt von der Gestaltung der Praxisverträge ab. Hierin ist der Ausbildungsumfang in der Praxis festzulegen, siehe Anlage 1 Pkt. 8c

– unklar ist, was unter „*angemessenen medizinischen Maßnahmen der erweiterten Versorgung*“ zu verstehen ist, und was bedeutet „*sicher anzuwenden*“.

**§ 2 Abs. 2, Satz 5, Nr. 2:** es muss definiert werden, was unter einem „*qualifizierten*“ Arzt zu verstehen ist. Gefordert werden muss, dass der Arzt eine notfallmedizinische Qualifikation (z.B. Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) haben muss.

**§ 13 Abs. 1 Pkt. 2:** Schriftliche Prüfung (auch §16 Abs. 1 Pkt. 3) .... „*lebenserhaltene Maßnahmen und Maßnahmen zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden nach Vorgaben des ärztlichen Leiter Rettungsdienst bis zum Eintreffen des Notarztes durchführen*“. Damit ist keine verbindliche Festlegung des flächendeckenden

Versorgungsniveaus garantiert und widerspricht dem Ziel des Gesetzes. Durch eine mögliche lokale differente Ausgestaltung sind auch in der Prüfung die „in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen“ nicht einheitlich.

**§13 Abs. 2:** Da die Festlegung der auszuübenden erweiterten Maßnahmen dem jeweils zuständigen Ärztlichen Leiter obliegt, erscheint es aufgrund der zwangsläufig entstehenden Heterogenität schwierig, die erworbene Kompetenz bspw. in einer zentralen Schule zu prüfen.

**§14 Abs. 3:** An der mündlichen Prüfung soll ein Arzt mit Erfahrung in der Notfallmedizin (z.B. Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) beteiligt sein.

### **Anlage 1 Theoretischer und praktischer Unterricht**

Pkt. 1 b - Semantisch: Sichtung bezieht sich auf Menschen – nicht auf Einsatzstelle.

Pkt. 7.b: erweiterte Maßnahmen und Methoden zur Sicherung der Atemwege und Beatmung wie insbesondere **endotracheale Intubation**, supraglottische Atemwegshilfen, erweiterte Beatmungsformen, **medikamentöse Therapien oder Narkoseeinleitungen** entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik zu verstehen und **anzuwenden**.

Die endotracheale Intubation ist zwar der Goldstandard zur Sicherung der Atemwege, aber nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nur dann mit ausreichender Anwender-Sicherheit durchzuführen, wenn ein ausreichendes Training mit mindestens 100 endotrachealen Intubationen durchgeführt wurde. Das ist in der vorgegebenen Ausbildungszeit nicht zu erreichen. Der hier geforderte Kompetenzlevel muss herabgesetzt werden.

Supraglottische Atemwegshilfen, die in der Notfallmedizin sinnvoll und üblicherweise vorgehalten und eingesetzt werden sollen (Larynx-tubus), sind in der Klinik nur ausnahmsweise im Einsatz. Ein hoher Kompetenzlevel ist damit durch die Klinikausbildung nicht zu gewährleisten.

Erweiterte Beatmungsformen anwenden – der Zusatz „erweiterte“ ist zu streichen

*Medikamentöse Therapien oder Narkoseeinleitungen anzuwenden* – Bei der Narkoseeinleitung handelt es sich um eine ärztlich zu erbringende Maßnahme, die weder von gelerntem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (3 Jahre Ausbildung), noch durch Fachpflegekräfte für Anästhesiologie und Intensivmedizin (5 Jahre Ausbildung) selbst erbracht wird. Das Lernziel ist nicht zu gewährleisten.

Dieser Meinung schließt sich auch der Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst an, der dann in der Folge in praxi dafür die Verantwortung übernehmen müsste.

**Entsprechendes gilt für die in Absatz 8 genannten Lernziele d.) – h.):**

Pkt. 8. Den Schülerinnen und Schülern sind insbesondere die notwendigen Fachkompetenzen zu vermitteln, um

d) erweiterte Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung bei Notfallpatientinnen und –patienten zu verstehen und **sicher anzuwenden**

e) erweiterte Maßnahmen zur Stabilisierung des Kreislaufs zu verstehen und **sicher anzuwenden**

g) **chirurgische Maßnahmen** zu verstehen und **sicher anzuwenden**

h) **über die genannten Maßnahmen hinausgehende** und angemessene **medizinische Maßnahmen** der erweiterten Versorgung zu verstehen und **sicher anzuwenden**.

Besonders in den Punkten g und h soll präzisiert werden, um welche Maßnahmen es sich handeln könnte. Es ist nach unserer Einschätzung nicht zielführend, nicht näher beschriebene, beliebige „über das genannte Maß hinausgehende“ Maßnahmen bis zum Kompetenzlevel „sicher anwenden“ ausbilden zu wollen.

**Anlage 3 Praktische Ausbildung in geeigneten Krankenhäusern**

Pkt. 2 i – Notaufnahme – *„diagnostische Maßnahmen kennen und anwenden“* – um welche diagnostischen Maßnahmen es sich handeln soll (Sonografie, Röntgen, Labor?) bleibt offen.

Pkt. 3.j und 4.n: Maßnahmen der Narkoseeinleitung zu kennen und unter Anleitung anzuwenden

**Der Kompetenzlevel ist zu ändern, da missverständlich formuliert (s. oben)**

Diese Qualifikation ist im Klinikpraktikum nur begrenzt vermittelbar.

Pkt. 3.n: *unterschiedliche Beatmungsmethoden von Patientinnen und Patienten zu kennen und anzuwenden*

**Der Kompetenzlevel ist zu ändern, da missverständlich formuliert (s. oben)**

Pkt. 3 m – *Zentralvenöse Zugänge und arterielle Messsysteme kennen und unter Anleitung anwenden* – kaum durchführbar in der Praxis wegen fehlender Patienteneinwilligung und vertraglicher Absicherung.

Pkt. 3.o: *unterschiedliche Methoden zur Schaffung eines Atemwegs bei narkotisierten Patientinnen und Patienten zu verstehen und **anzuwenden**.*

Dieser Absatz ist zu präzisieren: Zu befürworten das Lernziel für die supraglottische Atemwegssicherung, nicht erreichbar bis zur ausreichenden Anwendungssicherheit der endotrachealen Intubation. Hier sollte die APrV unbedingt die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 7 Jahre berücksichtigen (mindestens 100 Intubationen sind erforderlich, um eine ausreichend hohe Anwendersicherheit zu erreichen).

Unklar bleibt die rechtliche Absicherung, da trotz Narkose eine vorherige Einwilligung des Patienten erforderlich wäre.

#### **Anlage 4:**

Die Zeiten für die theoretische und praktische Ausbildung der Fertigkeiten aus Anlage 1 erscheint für die Ergänzungsausbildungen sehr kurz, handelt es sich doch um Maßnahmen, die der RA nicht regelhaft gelernt hat.

#### **Qualifikation der Ausbilder**

Unklar bleibt, unter wessen Anleitung und Verantwortung die Maßnahmen in der Klinik erlernt werden sollen und welche Qualifikation die Auszubildenden haben sollen – z.B. pflegerischer Praxisanleiter?

In Teil II heißt es: *„Die an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen [auch Krankenhäuser] sind zur Vorhaltung dieser Fachkräfte verpflichtet, die unter anderem eine zweijährige Berufserfahrung im Rettungsdienst sowie eine berufspädagogische Zusatzqualifikation vorzuweisen haben.“*

Für diese berufspädagogische Zusatzqualifikation ist in den nächsten 5 Jahren eine 200-stündige Qualifikation gefordert, die es bis heute noch gar nicht gibt. Beim DRK ist für Lehrrettungsassistenten eine 120-stündige Qualifikation vorgesehen.

Seite 50, Absatz 4: Es ist nicht definiert, was ein qualifizierter Arzt ist und ob dieser ebenfalls eine 200 stündige berufspädagogische Qualifikation benötigt. Das wäre für Kliniken nicht realisierbar.

#### **Insgesamt gilt:**

Die APrV ist in den genannten Punkten dahingehend zu ändern, dass nur realistisch erreichbare Lernziele genannt sind, das gilt insbesondere für invasive, in den Kliniken regelhaft durch Ärzte zu erbringenden Leistungen, die so auch nicht durch hochspezialisiert ausgebildete Pflegekräfte (Fachpflegekräfte) mit deutlich längerer Ausbildung (5 Jahre) und eingehender praktischer Erfahrung im Narkosebereich an Klinikpatienten durchgeführt werden. Die oben genannten Beispiele zeigen, dass die in der Verordnung genannten Lernziele bis zu dem dort geforderten Kompetenzlevel nicht realistisch zu erreichen sind.

Der hierfür benötigte Zeitrahmen bei adäquater fachspezifischer Vorbildung wäre in jedem Fall mehrjährig und ist in wenigen Wochen Klinikpraktikum nicht zu erreichen.

Die genannten Punkte sind insbesondere missverständlich, sieht man sie im Kontext mit der Erläuterung im „Besonderen Teil, Seite 47, 5. Absatz: „Soweit insbesondere in Buchstabe b) „erweiterte Maßnahmen und Methoden zur Sicherung der Atemwege und Beatmung ...“ beispielhaft ärztliche Tätigkeiten genannt sind, geht es also nicht darum, dass die Schülerinnen und Schüler diese bei Ausübung des Berufs übernehmen, sondern darum, sie in die Lage zu versetzen, der Ärztin oder dem Arzt bei der Durchführung der genannten Tätigkeiten in dem von der Ärztin oder dem Arzt festgelegten Umfang zu assistieren.“

Gerade vor diesem Hintergrund ist die in Anlage 1, Themenbereich 7b) und 8) verwendete Formulierung sehr missverständlich formuliert und muss dringend geändert werden.

Offen bleibt insbesondere im Klinikpraktikum trotz eines Ausbildungsvertrages und der Verantwortlichkeit der Schule die Frage der Haftung bei Maßnahmen der Patientenversorgung.

Offen bleibt auch die arbeitsrechtliche Klärung hinsichtlich der Substitution ärztlicher Leistungen im Klinikpraktikum.



Dr. med. Michael Burgkhardt  
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Peter Sefrin  
Stellv. Vorsitzender



Frank Riebandt  
Stellv. Vorsitzender

Berlin, den 04. Juli 2013