

# Der Pyramidenprozess – die fachliche Abstimmung der invasiven Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des Notfallsanitättergesetzes

The Pyramid Process – a Nationwide Consultation and Agreement Process of New Invasive Measures According to the New Notfallsanitättergesetz (Paramedic Law) with Experts

**Autor**

**A. Lechleuthner**

**Institut**

Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e.V.

## Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370093>  
 Notarzt 2014; 30: 112–117  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0177-2309

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.  
 Alex Lechleuthner**

Bundesverband der ÄLRD  
 Deutschland e.V.,  
 Berufsfeuerwehr Köln,  
 Institut für Notfallmedizin  
 der Berufsfeuerwehr Köln  
 Scheibenstraße 13  
 50737 Köln  
 Tel.: +4922197480  
 Fax: +4922197484004  
 BundesverbandAELRD@direct-  
 box.com

## Ausgangslage



Als das neue Notfallsanitättergesetz (NotSanG) im Mai 2013 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden ist, markierte dies den vorläufigen Endpunkt zahlreicher Auseinandersetzungen, die im Vorfeld während des Gesetzgebungsprozesses stattgefunden haben. Im Gegensatz zu dem Krankenpflegegesetz, das 2004 relativ unspektakulär verabschiedet worden ist, rankten sich beim Notfallsanitättergesetz die Auseinandersetzungen weiterhin im Wesentlichen um die Frage, was Notfallsanitäter/-innen zukünftig an invasiven Maßnahmen eigenständig durchführen sollen, können oder dürfen. Auch die Diskussionen nach der Veröffentlichung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVO) zum Notfallsanitättergesetz im Juni 2013, drehten sich erneut um diese Fragen. Die APrVO entfachte daneben Diskussionen, welche Länderkompetenzen in dem Entwurf der APrVO berührt werden, sodass im Herbst 2013 ein deutlich veränderter Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVO) dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegt worden ist. In seiner 917. Sitzung hat der Bundesrat am 29. November 2013 der APrVO gemäß Art. 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zugestimmt, wenn seine Änderungswünsche (insgesamt 17 Änderungswünsche mit zahlreichen Unterpunkten) berücksichtigt werden.

## Katalog invasiver Maßnahmen – ja oder nein



Entscheidend für die Umsetzung des neuen Notfallsanitättergesetzes war für alle Beteiligten die Frage, welche invasiven Maßnahmen die Notfallsanitäter/-innen zukünftig eigenverantwortlich (gemäß § 4 Abs. 2 Nummer 1 NotSanG) oder eigenständig im Rahmen der Mitwirkung (gemäß § 4 Abs. 2 Nummer 2 NotSanG) durchführen können.

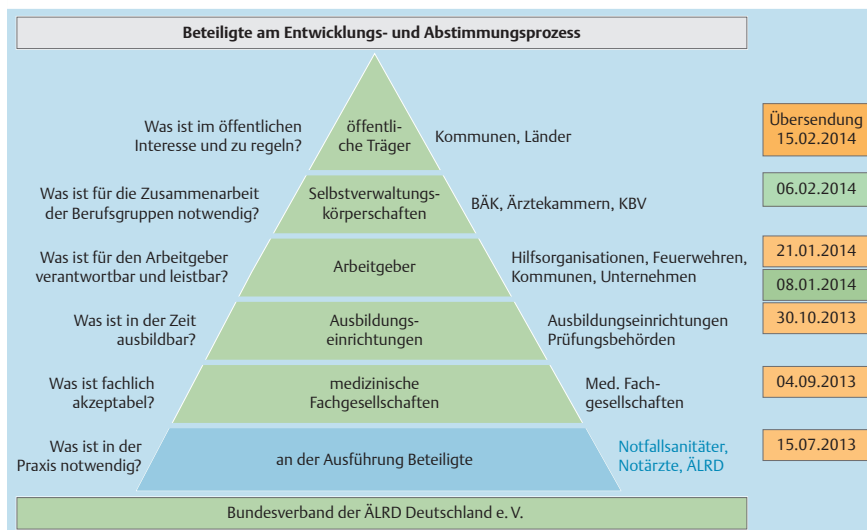
Diese Frage war und ist nicht nur für die zukünftigen Notfallsanitäter/-innen von Bedeutung, sondern auch für alle ausbildenden Institutionen, Arbeitgeber, Träger, Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und für die sonstigen Beteiligten.

Mit der Veröffentlichung des Notfallsanitättergesetzes rückte die Funktion des Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) darüber hinaus stärker in den Fokus, da die ÄLRD nach dem Wortlaut des Notfallsanitättergesetzes in § 4 Abs. 2 Nummer 2 besonders in die Pflicht genommen werden. Dieser sieht vor, dass weitere heilkundliche Maßnahmen von den ÄLRD übertragen werden können und verantwortet werden müssen.

Zum anderen sind die ÄLRD natürlich in der Pflicht, im Rahmen der Qualitätssicherung alle medizinischen Maßnahmen, die im Rettungsdienst durchgeführt werden, unter qualitativen Aspekten zu überwachen, zu bewerten und Mängel abzustellen. Als ÄLRD sind sie sozusagen der medizinische Teil dieses öffentlichen Aufgabenträgers, der gemäß der entsprechenden Landesrettungsdienstgesetze, den Patienten eine fachgerechte rettungsmedizinische Dienstleistung schuldet.

Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst überlegten nach der Veröffentlichung des NotSanG, welche Auswirkungen das Notfallsanitättergesetz auf sie hat. In Zusammenhang mit der im § 4 NotSanG getroffenen Unterscheidung zwischen „eigenverantwortlich“ und „eigenständig im Rahmen der Mitwirkung“ wurde problematisiert, wie diese Maßnahmen voneinander abgegrenzt werden können bzw. müssen. Des Weiteren entstand die Frage, welche Überwachungs- und Kontrollpflichten zusätzlich auf die ÄLRD zukommen werden, wenn sie eine Übertragung weiterer heilkundlicher Maßnahmen tatsächlich vornehmen.

Im Vorfeld wurde darüber hinaus von verschiedenen Seiten in den Raum gestellt, dass ÄLRD völlig unterschiedlich mit diesen Übertragungen umgehen werden, sodass ein Flickenteppich an mögli-



**Abb. 1** Aufeinander aufbauende Stufen der Beteiligung mit den unterschiedlichen Fragestellungen und den damit befassten Adressaten. Von der grafischen Darstellung stammt auch die Bezeichnung „Pyramidenprozess“. Organisatorisch entscheidend dabei ist, dass nach Abschluss der einen Stufe, die nächste auf die Ergebnisse der vorhergehenden aufbauen kann. Damit werden die jeweiligen Arbeitsgruppen kleiner und es muss nicht mehr alles mit allen erörtert werden.

chen Maßnahmen über die gesamte Republik drohen würde. Dadurch würden an jeder rettungsdienstlichen Bereichsgrenze völlig andere Maßnahmenkataloge durch Notfallsanitäter zur Anwendung kommen.

Der Bundesverband der ÄLRD e. V. hat sowohl die Fragen der eigenen Mitglieder als auch die externen Befürchtungen aufgegriffen und thematisiert. Dabei ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass es fachlich notwendig ist, einen möglichst einheitlichen Maßnahmenkatalog zu haben. In der Frühjahrssitzung des Bundesverbandes der ÄLRD e. V. 2013 wurde deshalb der Beschluss gefasst, einen einheitlichen Maßnahmenkatalog nach rein fachlichen Kriterien zu entwickeln und möglichst alle Betroffenen zu beteiligen.

Diese Aufgabe war im Prinzip organisatorisches Neuland. Jede Gruppe, jeder Verband, jede Behörde und jedes Unternehmen haben eine eigenständige Betroffenheit und damit auch unterschiedliche Interessen und Ziele. Eine Schule hat in Zusammenhang mit dem Notfallsanitätergesetz demzufolge ganz andere Aufgaben, wie z. B. ein Arbeitgeber oder eine Prüfungsbehörde. Wie soll demnach ein Entwicklungs- und Abstimmungsprozess unter Beteiligung „möglichst aller“ aussehen?

Es wurde zunächst in Gesprächen mit einzelnen Fachleuten ausgetestet, welche konkrete Betroffenheit durch das Notfallsanitätergesetz im Hinblick auf die am meisten strittigen Aspekte, die invasiven bzw. ärztlichen Maßnahmen, entsteht. Aus den Ergebnissen wurden dann Gruppen von Aspekten gebildet und den einzelnen beteiligten Gruppen zugeordnet. Dabei stellte sich heraus, dass bestimmte Aspekte nicht alle Beteiligte gleichermaßen betrifft. So ist beispielsweise die Frage, welche konkrete invasive Maßnahme unter möglichen Alternativen ausgewählt werden soll und die Gründe dafür oder dagegen weder für die Arbeitgeber noch die Träger des Rettungsdienstes im Einzelnen von Interesse.

### Prozessaufbau und Qualität der Ergebnisse – Pyramidenprozess

Aufgrund dieser Erkenntnis wurde deshalb die Reihenfolge der Fragestellungen festgelegt, die aufeinander aufbauen und die jeweils von der Gruppe erörtert wird, die diese Fragestellung auch konkret betrifft. Dies hatte den Vorteil, dass man eben nicht unnötigerweise alles mit allen gleichzeitig diskutieren und erörtern

muss. Da es sich um rein fachliche Fragestellungen handelte, traten darüber hinaus auch nichtfachliche Aspekte, wie z. B. rein berufspolitische, in den Hintergrund. Nicht dass diese nichtfachlichen Aspekte unwichtig oder unnötig sind, ganz im Gegenteil. Allerdings sollten für diesen Entwicklungs- und Abstimmungsprozess eben nur fachliche Aspekte und Argumente herangezogen werden. Die Frage, wer alles zu beteiligen ist und welchen Charakter das Ergebnis haben soll, konnte am Anfang noch nicht abschließend beantwortet werden.

Im Zuge des Entwicklungsprozesses kristallisierte sich dann heraus, dass aufgrund der Dynamik der Gesetzgebung (Veröffentlichung des NotSanG im Mai 2013 und Inkrafttreten am 1.1.2014) Beschlüsse von einzelnen Organisationen oder Verbänden nicht abgewartet werden konnten, die oft nur 1- oder 2-mal im Jahr tagten. Das hätte letztlich einen Prozess von mehr als einem Jahr erzeugt. Insofern wurde im Ergebnis die Regelung gefunden, „Experten mit institutioneller Anbindung“ zu beteiligen. Das Ergebnis des Pyramidenprozesses, so wie es dann in der Abschlussveranstaltung am 8.4.2014 vorgestellt worden ist, entspricht damit einer konsentierten Stellungnahme von Experten, die eine institutionelle Anbindung besitzen.

Diese nacheinander erfolgenden Beteiligungen und Abstimmungen wurden grafisch zur besseren Übersichtlichkeit als Pyramide dargestellt (Abb. 1). In der Folge ist daraus der Name „Pyramidenprozess“ entstanden, der sich in der Kommunikation als Oberbegriff für diesen Entwicklungs- und Abstimmungsprozess eingebürgert hat.

### Beginn des Pyramidenprozesses in 2013 – Erste Sitzung am 15.7.2013

Zu Beginn des Prozesses stand klar als vorrangig zu beantwortende Frage im Raum, welche invasiven Maßnahmen und Medikamente für die Anwendung durch Notfallsanitäter im Rettungsdienst überhaupt im Sinne des Notfallsanitätergesetzes in Betracht kommen. Diese erste Frage wurde von den unmittelbar Betroffenen, von Rettungsassistenten, von Notärzten und den ÄLRD erörtert. Die Beteiligten waren institutionell angebunden an die BAND, den DBRD und den Bundesverband der ÄLRD.

Dabei wurde eine erste Fassung eines Maßnahmenkatalogs entworfen und jede Maßnahme als „eigenverantwortlich“ oder als

„delegiert“ klassifiziert. Basis für diesen Katalog war, dass die Maßnahme so schnell wie möglich durchgeführt werden muss, um „lebensrettend“ zu sein. Dafür sollte es „wissenschaftliche Empfehlungen“ geben und die Maßnahmen sollten auch in den 3 Jahren ausbildbar sein. Des Weiteren wurde über die Definition der Kompetenztiefe diskutiert. Die Kompetenztiefe ist deshalb von Bedeutung, da die ÄLRDs später in der Praxis, soweit sie bestimmte Maßnahmen übertragen sollen, auf ein einheitliches Kompetenzniveau bzw. Kompetenzprofil vertrauen möchten und müssen.

Diese Erkenntnis bedeutet im Ergebnis, dass eine einheitliche Übertragung eines Maßnahmenkatalogs nicht nur von der Festlegung der Maßnahmen abhängt, sondern auch davon, ob die entsprechende Maßnahme so weit ausgebildet wird, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst vor Ort davon ausgehen kann, dass diese Kompetenz bei jedem Notfallsanitäter auch tatsächlich vorhanden ist. Die Voraussetzungen dafür sind eine einheitliche Ausbildung und ein einheitliches Prüfungsniveau. Diskutiert wurden dabei auch die zu beachtenden Rahmenbedingungen. Als wesentlich für die Anwendung invasiver Maßnahmen durch Notfallsanitäter wurde dabei festgestellt:

- ▶ Sie müssen aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse lebensrettend wirken oder geeignet sein, schwere Folgeschäden zu vermeiden.
- ▶ Sie müssen im Rahmen der 3-jährigen Ausbildung auch bis zum vorgesehenen Kompetenzniveau ausbildbar sein.
- ▶ Für jede einzelne Maßnahme muss eine Risiko-Nutzen-Abwägung vorgenommen werden, in die die Anwendungshäufigkeit und die mit einer Anwendung verbundenen Gefahren eingehen.

Allerdings gab es nach wie vor Befürchtungen bei ÄLRDs, dass sich die derzeitige Heterogenität in den Ausbildungen und bei den Kompetenzen auch zukünftig fortsetzen wird.

In diesem Brainstorming stellte sich dann die Frage, welche der vorgeschlagenen Maßnahmen und Medikamente evidenzbasiert im Rettungsdienst sind und damit eine nachgewiesene Wirksamkeit besitzen. Es wurde letztlich beschlossen, die Frage der Evidenzbasiertheit und der Kompetenztiefe mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften weiter zu erörtern.

### Gespräch mit medizinischen Fachgesellschaften

In der zweiten Sitzung am 4.9.2013 wurden zusätzlich Vertreter von medizinischen Fachgesellschaften eingeladen. Dabei wurde als Grundlage der erste Maßnahmen- und Medikamentenkatalog herangezogen. Im Rahmen dieser Sitzung wurden einzelne Maßnahmen weiter präzisiert und das jeweilige Kompetenzniveau für jede Maßnahme mithilfe der Bewertungsmatrix des 1. Entwurfes der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Notfallsanitätergesetz (APrVO) beschrieben. In dieser Bewertungsmatrix werden die theoretischen Kenntnisse gegen die Praxisbeherrschung aufgetragen und daraus ein gestuftes Kompetenzniveau gebildet. Diese Bewertungsmatrix wurde deshalb gewählt, da sie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung explizit genannt wurde. Die Klassifizierung des Kompetenzniveaus für jede Maßnahme anhand dieser Bewertungsmatrix trägt dabei dem theoretischen Ausbildungsbedarf, den Ausbildungsmöglichkeiten und der Häufigkeit der Anwendung in der späteren Praxis Rechnung. Insofern wurde dieser Maßnahmenkatalog so strukturiert, dass in Verbindung mit dem jewei-

gen Kompetenzniveau auch das spätere Kompetenzprofil der Notfallsanitäter/-innen beschrieben worden ist.

Es ist dabei zu betonen, dass die medizinischen Fachgesellschaften bislang ausschließlich in diesen Abstimmungsprozess (Pyramidenprozess) zur fachlichen Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes einbezogen worden sind. In allen anderen Arbeitsgruppen auf Organisations- oder Landesebene waren sie dort institutionell nicht vertreten.

Im Ergebnis wurde bei diesem Termin ein Konsens gefunden und einvernehmlich abgestimmt, dass das nächste Gespräch mit Ausbildungseinrichtungen und Prüfungsbehörden geführt werden sollte. Dabei sollte geklärt werden, welche Maßnahmen aus dem Katalog überhaupt in den 3 Ausbildungsjahren und der vorgegebenen Struktur ausbildbar sind und ggf. welche Maßnahmen in welcher Einrichtung (Schule, Klinik, Lehrrettungswache) ausgebildet wird.

### Gespräch mit Ausbildungseinrichtungen und Prüfungsbehörden

Zum Termin am 30.10.2013 wurden Vertreter von Ausbildungseinrichtungen (Schulen, Krankenhäuser und Rettungswachen) und Prüfungsbehörden eingeladen. Dabei zeigte sich, dass vor allem die Schulen, die für die Ausbildung gemäß § 5 Abs. 3 NotSanG verantwortlich sind, noch weitere und andersartige Anforderungen an einen solchen Maßnahmenkatalog haben. Für die Schulen war die Klassifizierung der Maßnahmen in „eigenverantwortlich“ und in „eigenständig im Rahmen der Mitwirkung“ besonders wichtig.

Nachrangig für Schulen und Ausbildungseinrichtungen waren hingegen die im Maßnahmenkatalog aufgeführten „Assistenzmaßnahmen“. Noch am 4.9.2013 waren den Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften gerade die Assistenzkompetenzen (z. B. Assistenz bei der Narkoseeinleitung) sehr wichtig, da die Vertreter aus der eigenen rettungsdienstlichen Praxis bei besonderen Maßnahmen Defizite kannten. Mit der Aufnahme in den Katalog glaubten sie, diesen Defiziten zukünftig entgegenwirken zu können. In der Diskussion entwickelte sich heraus, dass die Kompetenzen für bestimmte Assistenzmaßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog herausgenommen, aufgrund ihrer praktischen Bedeutung jedoch in einen eigenen „Hinweiskatalog“ aufgenommen werden, der regelmäßig erfahrungsbasiert weiterentwickelt wird.

Nach den Anhörungen zum Entwurf der APrVO im Sommer 2013 wurde ein geänderter Entwurf am 16.10.2013 vom BMG dem Bundesrat zugeleitet. Dabei wurde unter anderem auch die Bewertungsmatrix herausgenommen, die im Abstimmungsprozess am 4.9.2013 noch als Grundlage für die Beschreibung des Kompetenzniveaus einer jeden Maßnahme herangezogen worden ist. Insofern musste dieser Bereich im Abstimmungsprozess neu bearbeitet werden. Ebenso wurden die Assistenzfunktionen auf Vorschlag der Schulen in einen eigenen Katalog gefasst. Die Diskussionen und neuen Aspekte konnten am 30.10.2013 nicht abschließend erörtert werden.

In der Erörterung war jedoch klar geworden, dass das Notfallsanitätergesetz eben nur ein Ausbildungsgesetz ist und dort keine Regelungen enthalten sind, die den Absolventen wie auch immer geartete Befugnisse einräumen. Insofern wurde, bevor die nächste Beteiligungsrunde einberufen werden sollte, noch ein weiterer Erörterungstermin für notwendig erachtet, an dem die noch

offenen Fragestellungen erörtert werden sollten. Dazu gehörten die Definition des Kompetenzniveaus, juristische Fragestellungen sowie die letztliche Strukturierung des Maßnahmenkatalogs.

### Sitzung am 8.1.2014



In dieser Sitzung wurden mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Ausbildungseinrichtungen die noch offenen Fragen weiter erörtert.

#### ► Kompetenzniveau

Nachdem die im ersten Entwurf der APrVO noch enthaltene Kompetenzmatrix in der letztlich in Kraft gesetzten APrVO ersatzlos gestrichen worden war, stellte sich nun die Frage, wie ein definiertes Kompetenzniveau erreicht werden kann. Im Nachgang zur Sitzung am 30.10.2014 wurden deshalb Vorschläge entwickelt und an die Teilnehmer versandt, die am 8.1.2014 dann erörtert worden sind. Nach ausführlicher, teilweise sehr kontroverser Diskussion, wurde mehrheitlich dem Vorschlag gefolgt, für die Schülerinnen und Schüler ein Nachweisheft einzuführen, in dem die praktische Durchführung der invasiven Maßnahmen protokolliert und vom Anleiter bestätigt wird. Im Maßnahmenkatalog wird dabei eine Mindestanzahl vorgegeben, die entweder aus wissenschaftlichen Untersuchungen stammt, oder als fachlich notwendig festgelegt wird. Von einigen Teilnehmern wurde der Vorschlag gemacht, die Aufnahmemöglichkeit in das Nachweisheft um bestimmte, seltene Ereignisse zu ergänzen, bei denen lediglich die Anwesenheit bzw. eine Mitwirkung bestätigt wird. Beispielfhaft wurden hier Geburten genannt. Diese Vorschläge wurden einheitlich begrüßt.

#### ► Katalog invasiver Maßnahmen (Anlage 1)

In der Diskussion wurde der vorgelegte Katalog und jede einzelne Maßnahme darin ausführlich diskutiert. Zahlreiche fachliche Vorschläge betreffend des Torniquets, der endotrachealen Intubation, der Schrittmacheranlage, der Reposition und der nicht-invasiven Beatmung konnten akzeptanzfähig gelöst werden.

#### ► Assistenzmaßnahmen und andere wichtige Kompetenzen (Anlage 3)

Der Vorschlag, komplexe Assistenzmaßnahmen und andere wichtige Kompetenzen, die jedoch nicht eigenständige invasive Maßnahmen darstellen, in einen eigenen Hinweiskatalog der ÄLRD zu fassen, wurde bestätigt (Anhang 3). Dieser wird zukünftig aufgrund von Erfahrungen der ÄLRD und aus dem Rettungsdienst ergänzt.

#### ► Kompetenzerwerb in den Ausbildungseinrichtungen

Der Vorschlag, den Kompetenzerwerb nicht einer konkreten Ausbildungseinrichtung zuzuordnen, wurde bestätigt.

#### ► Medikamente (Anlage 2)

Die delegierte bzw. eigenverantwortliche Medikamentengabe wurde 2013 noch diskutiert. Der Medikamentenkatalog daraus war dabei noch mit den betreffenden Suffixen als „eigenverantwortlich“ bzw. „Delegation“ versehen gewesen. Nach einer ausführlichen und kontroversen Diskussion wurde einvernehmlich beschlossen, diesen Medikamentenkatalog als Mindestumfang für eine ausführliche Medikamentenkunde aufzunehmen. Die konkrete Anwendung von Medikamenten soll jedoch ausschließlich im Rahmen von den Arbeitsanweisungen (SOP) durch den ÄLRD erfolgen. Hierbei wurde berücksichtigt, dass die Anwendung vor allem der Medikamentengruppe der Opiate, bei den Teilnehmern strittig war. Während die einen Teilnehmer eine Anwendungsmöglichkeit durch Notfallsanitäter als rechtlich möglich ansahen, waren andere Teilnehmer der Auffassung,

dass einer solchen Anwendung die Vorschriften des BtMG entgegenstehen (Anlage 2).

#### ► Rechtliche Fragestellungen

In Zusammenhang mit dem Abstimmungsprozess, wurden konkrete rechtliche Fragestellungen ausgearbeitet und an die Arbeitsgemeinschaft „Rettungsdienstrecht e.V.“ zur Beantwortung übersandt (s. hierzu NOTARZT Beitrag S. 118–120)

In den Sitzungen am 21.1.2014 (Arbeitgeber) und am 6.2.2014 (Ärztliche Selbstverwaltungskörperschaften) wurden die Arbeitsergebnisse aus der Sitzung vom 8.1.2014 vorgestellt und Fragen beantwortet. Das hier von den Anwesenden nicht beanstandete Ergebnis wurde danach zusammengefasst und am 15.2.2014 an die zuständigen Landesministerien und an die kommunalen Spitzenverbände (Träger des Rettungsdienstes) übersandt.

In der Abschlussveranstaltung am 8.4.2014 wurden die Ergebnisse (3 Kataloge, s. Anlage 1–3) den Anwesenden vorgestellt und die Ausblicke erörtert, wie es weitergehen soll. Demnach wird es einen Pyramidenfolgeprozess geben, in dem die Konkretisierung der Maßnahmen und Medikamentengaben in Arbeitsanweisungen (sog. Standard Operation Procedures oder kurz SOPs) erfolgen soll. Da diese teilweise landesspezifisch und/oder regional ausgearbeitet werden, stellt sich die Frage, wie das erfolgen soll. Es wird in Verbindung mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sog. Rahmen-SOP geben, in denen die einzelnen Maßnahmen und Medikamentenanwendungen begründet werden und daraus die Anforderungen, die an die SOPs zu stellen sind, damit die entsprechenden Regelungen ein einheitliches wissenschaftliches Niveau besitzen. Dazu wird es vom Bundesverband der ÄLRD organisiert, eine Arbeitsgruppe zwischen einzelnen Beteiligten des Pyramidenprozesses und Vertretern der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften geben, die diese Ausarbeitungen vornehmen. Die Entwürfe werden dann den am Rettungsdienst Beteiligten zugehen und abgestimmt. Die wesentliche Rahmenbedingung dabei ist, dass sich die Beteiligten streng an fachlichen Kriterien und Erkenntnissen orientieren.

### Fazit und Ausblicke



Im Pyramidenprozess konnte innerhalb von 7 Monaten (15.7.2013 bis 15.2.2014) ein Fachkonsens von über 100 Experten mit institutioneller Anbindung erzielt werden, der in den Anhängen 1–3 zusammengefasst ist.

Aufgrund der Dynamik der vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitachse mussten organisatorische Kompromisse gemacht werden, die aber für die Akzeptanz unschädlich gewesen waren, weil erstens die Beteiligung sehr breit war und zweitens ein streng fachlich ausgerichteter Prozess stattgefunden hat. Die Erkenntnisse aus dem Pyramidenprozess haben darüber hinaus ergeben, dass sich auch in einem föderalen System die beteiligten Fachleute und Experten in kurzer Zeit auf ein fachlich fundiertes Ergebnis verständigen können. Unabhängig von der reinen fachlichen Ebene gibt es eine rechtlich-organisatorische Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer. Die dort zuständigen Fachministerien müssen die Vorgaben des Notfallsanitätergesetzes in die landesrechtlichen Vorschriften übersetzen. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen in den Bundesländern muss hier jedes Bundesland seinen eigenen Weg finden. Die Fachvertreter der Ministerien stimmen sich im Hinblick auf eine möglichst einheitliche Umsetzung deshalb regelmäßig miteinander ab (Länderaus-

schuss Rettungswesen). Allerdings handelt es sich dabei um einen Fachaustausch zwischen Ministerialvertreterinnen und -vertretern, die für die Organisationsregelungen und Vorschriften in den Ländern zuständig sind.

Bislang fehlte eine übergreifende Abstimmungsplattform, die Gleiches für die fachlichen Inhalte vornimmt. Der Pyramidenprozess schuf aus Anlass des Notfallsanitätergesetzes erstmals eine derartige Organisations- und landesübergreifende Plattform, in der die fachlichen Inhalte bezogen auf die invasiven Maßnahmen für Notfallsanitäter erörtert und abgestimmt worden sind. Der Erfolg des Pyramidenprozesses zeigt einen Weg auf, wie eine solche Plattform für rein fachliche Anliegen und Entwicklungen aussehen kann, die sinnhaft und notwendig ist. Diese Plattform könnte deshalb eine fachliche Ergänzung zu den Abstimmungsveranstaltungen der Ministerialvertreter sein. Wichtig dabei ist jedoch, dass man sich gegenseitig informiert.

Unabhängig von diesen weiterführenden Überlegungen hält der Bundesverband der ÄLRD Deutschland es für fachlich notwendig, die Ergebnisse des Pyramidenprozesses regelmäßig zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Ebenso darf nach den juristischen Aussagen der „AG RettungsdienstRecht e.V.“, im Hinblick auf die praktische Tätigkeit der Notfallsanitäter, nicht aus den Augen verloren werden, dass hier noch einige juristische Fragen offen sind, die geklärt werden müssen.

### Anlage 1 Katalog „Invasive Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter“



#### Ergebnis der Erörterungsgespräche vom 8.1.2014 (Pyramidenprozess)

Die Maßnahmen werden durch Arbeitsanweisungen (SOP) des ÄLRD für den jeweiligen Rettungsdienstbereich konkretisiert.

#### Anlage 1

Nr	Maßnahme	notfallmedizinisches Zustandsbild und -situation	Nachweiskatalog Mindestzahl	eigenverantwortlich	Delegation §4(2)c	zugrunde liegende Leitlinie/ wissenschaftliche Belege
1	i. v. Zugang		50x am Patienten	x		ERC-Leitlinie 2010 /S3-Polytrauma
2	intraossärer Zugang	Reanimation	10x am Phantom	x		ERC-Leitlinie 2010
3	supraglottischer Atemweg	Reanimation/Atemwegsicherung	20x Phantom 45x Patienten	x		ERC-Leitlinie 2010 /Mohr S et al. <sup>1</sup>
4	Laryngoskopie plus McGill-Zange	Bolussuche und -entfernung	20x Phantom 10x im Rahmen der Intubationsnarkose in der Klinik	X		
5	CPAP	COPD, kardiales Lungenödem	10x Patienten		x	
6	Torniquet/pneumatische Blutsperrung	Amputation mit nicht-abdrückbarer Blutung	5x Phantom plus wechselseitiges Üben unter Kontrolle des Pulsverlustes	X		S3-Polytraumaleitlinie/Erfahrungshinweise Hossfeld
7	Beckenschlinge	Beckentrauma	5x Phantom	X		S3-Polytraumaleitlinie
8	achsengerechte Lagerung unter Zug	grobe Fehlstellung bei Extremitätenfrakturen	5x Phantom	X		S3-Polytraumaleitlinie
9	Thoraxpunktion	Spannungspneumothorax	10x Phantom	x		S3-Polytraumaleitlinie
10	manuelle Defibrillation		20x Simulator	x		
11	Kardioversion	instabile Tachykardie mit Bewusstlosigkeit	20x Simulator 20x EKG-Bilder richtig erkennen	x		ERC-Leitlinie 2010
12	externe Schrittmacheranlage	instabile Bradykardie mit Bewusstlosigkeit	20x Simulator	x		ERC-Leitlinie 2010
13	Geburtsbegleitung	Geburt eines Kindes	5x Geburtsphantom, Anwesenheit bei mindestens 2 Geburten im Kreissaal	x		
14	Umgang mit tracheotomierten Patienten (einschl. Wechsel des Tracheostoma)		5x am Phantom 2x Mitwirkung bei der Tracheostomapflege auf der Intensivstation	x		
15	tiefes endobronchiales Absaugen		10x Intensivstation	x		

<sup>1</sup> Mohr S, Weigand MA, Hofer S, Martin E, Gries EA, Walther A, Bernhard M. Developing the skill of laryngeal mask insertion – Prospective single center study. Anaesthesist 2013; 62: 447 – 452

## Anlage 2 Medikamentenkatalog „Invasive Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter“



- ▶ Der nachstehende Medikamentenkatalog stellt den Mindestumfang für die Medikamente dar, die während der Ausbildung zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter von den Schülerinnen und Schülern erlernt werden sollen.
- ▶ Die Anwendung in der rettungsdienstlichen Praxis, ob eigenverantwortlich, im Rahmen der Mitwirkung oder der Assistenz, ergibt sich dann aus den Arbeitsanweisungen (SOP) des zuständigen ÄLRD.
- ▶ Weitere rechtliche Bestimmungen (z. B. BtMG) bleiben davon unberührt.

## Anlage 3 Besondere Hinweise der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (Vorschlag)



Diese Hinweise beinhalten Beobachtungen und Erfahrungen von Ärztlichen Leitern Rettungsdienst zu wiederkehrenden Mängeln in der rettungsdienstlichen Praxis. Häufig liegen diesen Mängeln Defizite bei der Aus- und/oder Fortbildung zugrunde. Aus diesem Grunde weisen die ÄLRD besonders darauf hin, dass diese Kompetenzen in der Ausbildung auch erworben werden müssen.

### Anlage 2

Nr.	Medikament	besonderer Anwendungsbereich	Leitlinie
1	Adrenalin i. m.	Anaphylaxie	ERC-Reanimationsleitlinien
2	Adrenalin i. v.	Reanimation, Anaphylaxie, Bradykardie	ERC-Reanimationsleitlinien
3	Adrenalin inhalativ	Asthma, Anaphylaxie, Pseudokrapp	
4	Amiodaron	Reanimation, ventr. Tachykardie	ERC-Reanimationsleitlinien
5	Antiemetika	starke Übelkeit und Erbrechen	
6	Azetylsalicylsäure	ACS	ESC-Leitlinie; ERC-Leitlinie
7	Atropin	Bradykardie, Intoxikation mit Alkylphosphaten	ERC-Leitlinie
8	Benzodiazepine	(Fieber)Krampfanfall, Status epilepticus, Sedierung, Erregungszustände	DSG/DGN-Leitlinie
9	Beta <sub>2</sub> -Sympathomimetika und Ipratropiumbromid	Asthma, COPD, Bronchitis	ERC-Leitlinie
10	Butylscopolamin	Koliken	
11	Furosemid	Lungenödem	
12	Glukose	Hypoglykämie	
13	H1- und H2-Blocker	allergische Reaktion	ERC-Leitlinie
14	Heparin	ACS	ESC-Leitlinie
15	Ibuprofen oder Paracetamol	Antipyretika, Analgesie	
16	Ketamin	Analgesie	
17	Kortison	Asthma, Allergie	ERC-Leitlinie
18	kristalloide Infusion (balancierte VEL)	Volumenersatz, Medikamententräger	
19	kolloidale Lösungen		
20	Lidocain	intraossäre Punktion	
21	Metamizol	Antipyretika, Analgesie	
22	Naloxon	Opiatintoxikation	ERC-Leitlinie
23	Nitrate	ACS, Lungenödem	ESC-, ERC-Leitlinie
24	Opiate	Analgesie bei ACS und Trauma	
25	Nitrendipin	hypertone Krise	

### Anlage 3

Nr	Maßnahme	notfallmedizinisches Zustandsbild und -situation	Richtzahl an Nachweisen
1	Assistenz Thoraxdrainage/-punktion	Anlage einer Thoraxdrainage beim Thoraxtrauma, Pneumothorax oder Pleuraerguss	2
2	Assistenz bei Transport unter Beatmung	Transport von beatmeten Patienten	20
3	Assistenz Narkoseeinleitung und endotracheale Intubation	Einleitung und Steuerung einer Intubationsnarkose	25
4	Assistenz Reposition von Gelenken (z. B. Schulter)	Reposition von Extremitäten bei luxierten Gelenken	2
5	Assistenz beim Legen eines ZVK	Anlage eines ZVK/einer Schleuse	5
6	Assistenz arterielle Kanülen (Anlage und Messung)	Anlage eines arteriellen Blutdruckmesssystems	10