

Anlage 1

Abstimmungs- und Erörterungsprozess (Pyramidenprozess) „invasive Maßnahmen für Notfall-sanitäterinnen und -sanitäter“ - Bericht zu den bisherigen Sitzungen bis einschließlich 06.2.2014



Der hier vorgelegte Bericht schließt die bisher stattgefundenen Sitzungen ein, so dass daraus eine Gesamtübersicht entsteht.

1. Ausgangslage

Als das neue Notfallsanitätergesetz (NotSanG) im Mai 2013 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden ist, markierte dies den vorläufigen Endpunkt zahlreicher Auseinandersetzungen, die im Vorfeld stattgefunden haben. Im Gegensatz zu dem Krankenpflegegesetz, das 2004 relativ unspektakulär verabschiedet worden ist, ranken sich beim Notfallsanitätergesetz die Auseinandersetzungen weiterhin um die Frage, was Notfallsanitäter/-innen an invasiven Maßnahmen eigenständig durchführen sollen, können oder dürfen. Auch die Diskussionen nach der Veröffentlichung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVO) zum Notfallsanitätergesetz im Juni 2013 drehten sich erneut um diese Fragen.

Hinzu kamen Diskussionen, welche Länderkompetenzen in dem Entwurf der APrVO berührt werden, so dass jetzt im Herbst 2013 ein deutlich veränderter Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVO) dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegt wurde. In seiner 917. Sitzung hat der Bundesrat am 29. November 2013 der APrVO gemäß Artikel 80 Absatz 2 des Grundgesetzes unter Maßgabe zugestimmt, dass seine Änderungswünsche (insgesamt 17 Änderungswünsche mit zahlreichen Unterpunkten) berücksichtigt werden.

2. Katalog invasiver Maßnahmen - ja oder nein

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



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

Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) stehen dabei in einer besonderen Verantwortung. Zum einen sind sie nach dem Wortlaut des Notfallsanitätergesetzes in Paragraph 4 Abs. 2 Nummer 2 besonders in die Pflicht genommen worden. Diese 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 damit der medizinische Teil des öffentlichen Aufgabenträgers, der gemäß der entsprechenden Landesrettungsdienstgesetze, den Patienten eine fachgerechte rettungsmedizinische Dienstleistung schuldet.

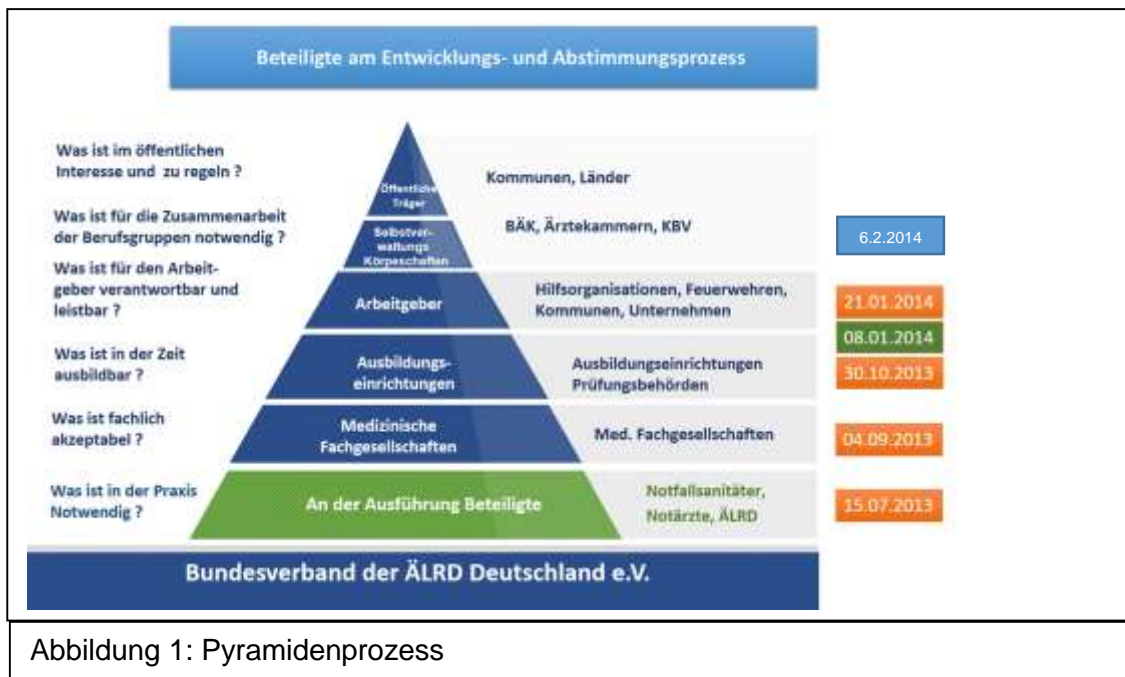
Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst stellten sich nach der Veröffentlichung des NotSanG die Frage, wie eigenverantwortliche Maßnahmen gegenüber eigenständigen Maßnahmen abgegrenzt werden können bzw. müssen. Des Weiteren kamen Fragen auf, welche Überwachungs- und Kontrollpflichten auf Sie zusätzlich zukommen werden, wenn sie eine Übertragung weiterer heilkundlicher Maßnahmen vornehmen.

Im Vorfeld wurde darüber hinaus von verschiedenen Seiten in den Raum gestellt, dass ÄLRD völlig unterschiedlich mit diesen Übertragungen umgehen werden, so dass ein Flickenteppich an möglichen Maßnahmen über die gesamte Republik drohen würde. Dadurch würden an jeder rettungsdienstlichen Bereichsgrenze völlig andere Maßnahmen-Kataloge durch Notfallsanitäter zur Anwendung kommen.

Der Bundesverband der ärztlichen Leiter Rettungsdienst hat diese Befürchtungen aufgegriffen und thematisiert. Dabei ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass die ÄLRD einen bundesweit einen einheitlichen Maßnahmenkatalog im Rahmen eines übergreifenden Fachkonsenses ausarbeiten und mit den anderen am Rettungsdienst Beteiligten abstimmen.

Dazu hat sich ein Beteiligungsprozess entwickelt, an dem Schritt für Schritt die unterschiedlichen Beteiligten in diesen Abstimmungsprozess einbezogen werden (Abbildung 1).





3. Fachkonsens als Wissensbasis für die Umsetzung

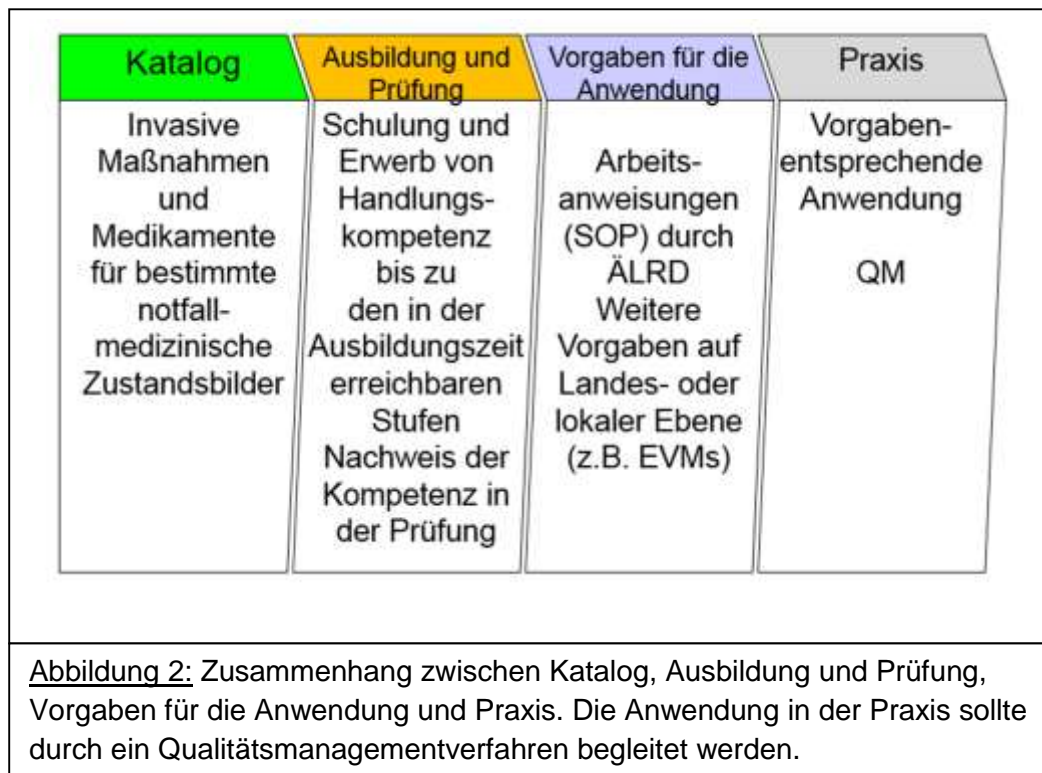
Das Wesen eines Fachkonsenses ist, dass, soweit er tatsächlich überregionale Akzeptanz findet, auch als fachlicher Maßstab Eingang in die regional zuständigen Gestaltungsprozesse finden kann. Dabei gilt, je größer die überregionale Akzeptanz ist, umso größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass der Konsens Verbreitung findet.

Insofern lohnt es sich im Hinblick auf eine vielfältige Berücksichtigung, diesen Fachkonsens, der zwischenzeitlich als „Pyramidenprozess“ bezeichnet wird, mitzugestalten und zu unterstützen.

Die Basis für diesen Fachkonsens bildet dabei unstreitig, dass es invasive Maßnahmen gibt, die lebensrettend sind, wenn sie so schnell wie möglich Anwendung finden. Der Katalog invasiver Maßnahmen und Medikamente ist dabei nicht als eine Sammlung isolierter Maßnahmen, die soweit sie eigenverantwortlich oder eigenständig im Rahmen der Mitwirkung angewandt werden, das gesamte Rettungsgeschehen verändern. Insbesondere wird durch einen solchen Katalog nicht per se der Notarzt überflüssig gemacht, wenn eine der Maßnahmen daraus am Patienten durchgeführt wurde. Vielmehr muss die Anwendung der Maßnahme je nach notfallmedizinischem Zustandsbild konkretisiert werden. Dazu gehört in den Zusammenhang mit der Anwendung einer invasiven Maßnahme oder eines Medikamentes auch, ob für dieses notfallmedizinische Zustandsbild ein Notarzt erforderlich ist oder nicht. Diese konkretisierenden Vorgaben erfolgen auf örtlicher Ebene im Rahmen von Standardvorgaben, die üblicherweise als Arbeitsanweisungen oder SOP (Standard-Operation-Procedure) bezeichnet werden. Sie können aber auch auf höherer (z.B. Landes-) Ebene erfolgen. Die erweiterten Versorgungsmaßnahmen (EVMs) einiger Bundesländer sind hier beispielhaft zu nennen.



Der Katalog invasiver Maßnahmen und Medikamente stehen nicht isoliert für sich. Vielmehr sind in diesem Katalog die fachlich begründbaren und ausbildbaren Maßnahmen enthalten, die bislang zu den strittigsten Sachverhalten beim Notfallsanitättergesetz gehören. In Abbildung 2 ist der Gesamtzusammenhang dargestellt, in den die Maßnahmen und Medikamente aus diesem Katalog eingebettet sind. Die Anwendung der einzelnen invasiven Maßnahme erfolgt demnach nicht im Spiel der freien Kräfte, sondern folgt lokalen bzw. landesspezifischen Vorgaben. Dazu gehört auch, ob bei einem bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbild ein Notarzt vor Ort notwendig ist oder nicht.



4. Maßnahmenkompetenz bis zur Beherrschung

Der Gesetzgeber stellt für die Ausbildung 3 Jahre Zeit zur Verfügung. Innerhalb dieser 3 Jahre werden die Notfallsanitäter/-innen soweit ausgebildet, dass sie nach erfolgreicher Prüfung in der rettungsdienstlichen Praxis einsetzbar sind. Im Hinblick auf invasive Maßnahmen setzen diese 3 Jahre auch den Maßstab dafür, was tatsächlich ausgebildet werden kann. Der Gesetzgeber verlangt bei invasiven Maßnahmen das Kompetenzniveau „beherrschen“ (siehe Paragraph 4 Abs. 2 Nummer 1). Bestimmte invasive Maßnahmen werden in dieser Zeit nicht bis zu der Kompetenzstufe „beherrschen“ ausgebildet werden können (konkreter Gesetzestext in § 4 Abs. 1 Nr. 1 c: „Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen“).

Unter „beherrschen“ ist im medizinischen Bereich die Kompetenzstufe für eine Maßnahme zu verstehen, in der der Anwender alle zu berücksichtigenden Sachverhalte überblickt und auch für Komplikationen über eine Bewältigungsstrategie verfügt.



Dies wird an dem Beispiel der Atemwegssicherung mit Intubation deutlich. Die wirksamste Atemwegssicherung erfolgt durch die endotracheale Intubation. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sind für die Anwendung der Maßnahme „endotracheale Intubation“ deutlich mehr als 100 Anwendungen am Menschen notwendig, um die erforderliche Sicherheit zu erwerben und die Maßnahme damit zu beherrschen.¹ Die Maßnahme „endotracheale Intubation“ am Menschen kann praktisch nur während der klinischen Ausbildung (Ausbildungskrankenhaus) erlernt werden. Im Rahmen des Praktikums auf der Lehrrettungswache wird diese Maßnahme nur sehr selten und oft auch nur unter zeitkritischen Bedingungen durchgeführt, so dass Anfänger dort nicht schrittweise herangeführt werden können. In den Krankenhäusern selbst werden meist nur noch 30 % aller Narkosepatienten endotracheal intubiert. Von dieser Anzahl an endotrachealen Intubationen verteilen sich dann diejenigen, die sich für eine Ausbildung eignen, auf die anästhesiologischen Assistenzärzte, sowie weitere Gesundheitsfachberufe. Bei den insgesamt 720 Stunden klinisches Praktikum, wird deshalb für einen angehenden Notfallsanitäter die erforderliche Zahl von deutlich mehr als 100 endotrachealen Intubationen nicht erreicht. Deutlich häufiger ist jedoch die Anwendung einer extraglottischen Atemwegssicherung (z.B. Larynxmaske, Larynxtracheus). Diese ist einfacher zu erlernen, so dass deutlich schneller das Kompetenzniveau „beherrschen“ erworben werden kann. An diesem Beispiel wird deutlich, dass für eine Aufnahme in den Katalog „invasiver Maßnahmen“ neben der reinen Maßgabe „nachgewiesenen und empfohlene Maßnahme zur Lebensrettung“ auch die Ausbildung im vorgegebenen Ausbildungszeitraum eine wichtige Rolle spielt. Allerdings darf man es sich nicht so einfach machen. So ist z.B. Laryngoskopie eine wichtige Kompetenz, die erforderlich ist, um beispielsweise bei Atemwegsverlegungen (z.B. Bolusgeschehen, Erbrochenem, etc.) eine erste Atemwegssicherung vornehmen zu können. Auch die endotracheale Intubation sollte soweit geübt werden, dass sie als letzter Rettungsversuch angewandt werden kann, auch wenn er nicht bis zum Kompetenzniveau „Beherrschen“ erlernt werden konnte. Insofern ist es wichtig, dass angehende Notfallsanitäter jede einzelne invasive Maßnahme aus dem Katalog, die während der Ausbildung erreichbare Kompetenzstufe auch erlernen. Ebenso ist die fachkundige Assistenz bei invasiven Maßnahmen eine wichtige und notwendige Kompetenz, die in der Ausbildung erlernt und geübt werden muss, so dass sie gekannt und bei der Durchführung mitgewirkt werden kann (siehe auch dazu Anlage 1 Nr. 7 der APrVO).

Dieses Spannungsfeld zwischen Kompetenz bis zur Beherrschung und bis zu einer geringeren Kompetenz, tritt bei Notfallmaßnahmen immer wieder auf, da es zahlreiche Maßnahmen gibt, die sowohl in der Klinik als auch in der Praxis nur sehr selten vorkommen. Dazu gehört beispielsweise die intraossäre Punktion. Sie kann eigentlich nur am Phantom geübt werden, wenn sie aber im Einsatz notwendig wird, kann sie auch lebensrettend sein.

Das bedeutet letztlich, dass auch Maßnahmen erlernt und geübt werden müssen, die streng genommen nicht bis zum Kompetenzlevel „beherrschen“ erlernt werden können, so wie es der wörtliche Gesetzestext vorsieht (Wortlaut in § 4 Abs. 2 Nr. 1 c). Die Anwendung dieser Maßnahmen in der konkreten Situation entspricht demnach mehr einem „Rettungsversuch“ und nicht einer Anwendung, bei der es eine geübte tägliche Praxisroutine gibt. Dazu gehören sowohl seltene invasive Maßnahmen (z.B. Thoraxpunktion, intraossäre Infusionsapplikation,

¹ Bernhard M, Mohr S, Weigand MA, Martin E, Walther A.: Developing the skill of endotracheal intubation: implication for emergency medicine. Acta Anaesthesiol Scand. 56:164-171 (2012).



etc.) als auch medikamentöse Applikationen (z.B. Antidotgaben, Adrenalin bei anaphylaktischem Schock, etc.).

Viel problematischer ist es jedoch, wenn regional unterschiedliche Maßnahmenkataloge ausgebildet werden. Damit würde ein ernstzunehmendes Hindernis für einen beruflichen Wechsel in eine andere Region erzeugt. Bestimmte Maßnahmen benötigen bis zum erforderlichen Kompetenzniveau ausreichend Zeit und Anleitung. Diese stehen üblicherweise nur während der Ausbildungszeit zur Verfügung. Realistischerweise werden Notfallsanitäter während ihrer Berufstätigkeit nur sehr selten von ihrem Arbeitgeber so lange freigestellt werden können, dass sie fehlende Maßnahmen erlernen oder bis zum Kompetenzniveau „beherrschen“ vertiefen können. Hier flächendeckend auf individuelle Eigeninitiative zu setzen ist angesichts des Aufwands (Einkommenseinbußen, Kosten) nicht seriös. Die Neueinstellung eines Notfallsanitäters, der in einer Region ausgebildet worden ist, in der bestimmte Maßnahmen eben nicht ausgebildet werden, führen dann zu einem Bewerbungsnachteil.

Dies unterstreicht weiter die Bedeutung eines allgemeinen Maßnahmenkataloges.

4. Zuständigkeit für den Rettungsdienst liegt bei den Ländern

Jedem der Beteiligten muss klar sein, dass sowohl alle rettungsdienstlichen Angelegenheiten, als auch eine Vielzahl von Umsetzungsmaßnahmen in Zusammenhang mit dem neuen Notfallsanitätergesetz in die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer fällt.

Erfahrungsgemäß bauen in den einzelnen Ländern alle Entwicklungsprozesse auf die dortigen Bedingungen und Strukturen auf, die daneben den unterschiedlichen Betrachtungen und Bewertungen der daran Beteiligten unterliegen. Das bedeutet, dass es aufgrund dieser Rahmenbedingungen in einem föderalistischen Staat zwangsläufig zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen wird. Regionale Zuständigkeiten führen deshalb dazu, dass auf die Besonderheiten der Region besser eingegangen werden kann was allerdings zu Lasten der Einheitlichkeit geht. Bei einer zentralen Zuständigkeit des Bundes würde die Einheitlichkeit zwar besser realisierbar werden, jedoch würden die Regionen sehr schnell einen praxisfernen Zentralismus geißeln, der auf die lokalen Besonderheiten keine Rücksicht nimmt. Dieses Wechselspiel ist täglich in den Auseinandersetzungen zwischen den Bundesländern auf der einen und dem Bund auf der andern Seite zu besichtigen. Tatsache ist, dass es diese föderalen Strukturen in Deutschland gibt, die alles, was den Rettungsdienst betrifft, letztlich auch prägen.

Bei der Entwicklung eines übergreifenden Fachkonsenses, ist deshalb zu beachten, dass die einzelnen Bundesländer nicht daran nicht gebunden sind, sondern im Rahmen ihrer eigenen Zuständigkeit unterschiedliche Festlegungen treffen können.

Die Bundesländer sind derzeit bemüht, die Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes voranzutreiben. Im Rahmen ihrer Zuständigkeiten betrifft das sowohl die Gestaltung des Rettungsdienstes als auch die Organisation der Schulbetriebe und Prüfungen. Aufgrund der zahlreich geäußerten Befürchtungen, dass die ÄLRD die Maßnahmenkataloge gegebenenfalls von Rettungsdienstbereich zu Rettungsdienstbereich unterschiedlich umsetzen könnten, streben die einzelnen Bundesländer für sich einheitliche



Maßnahmenkataloge an, die durch den ärztlichen Leiter Rettungsdienst vorgegeben und verantwortet werden. Einige Bundesländer haben in der Vergangenheit bereits so genannte erweiterte Versorgungsmaßnahmen (EVM), in der Regel auf dem Erlassweg, eingeführt, die einen einheitlichen Versorgungsmaßstab herbeiführen sollten. Diese EVMs haben bereits zu einer landesweiten Standardisierung geführt, so dass sie sich als Umsetzungsinstrument für zukünftige Maßnahmenkataloge eignen. Allerdings sind auch andere Umsetzungsinstrumente wie Arbeitsanweisungen oder Standardprozeduren (sog. SOP) möglich.

Derzeit setzen die Länder für die konkrete Umsetzung des Notfallsanitättergesetzes Arbeitsgruppen ein, in denen Vorschläge für Regularien und Strukturen ausgearbeitet werden. Im Hinblick auf die invasiven Maßnahmen, die durch die ÄLRDs vorgegeben werden sollen, bieten diese länderspezifischen Arbeitsgruppen die Chance, dass der Pyramidenprozess berücksichtigt werden kann. Allerdings bieten solche Arbeitsgruppen natürlich auch die Möglichkeit, dass deren Mitglieder eigene Überlegungen und Ansichten verwirklichen und dadurch die befürchtete Uneinheitlichkeit geschaffen wird. Insofern kommt es auf die gegenseitige Kommunikation an, so dass die Maßnahmen miteinander akzeptanzfähig abgestimmt werden können.

5. Beginn des Abstimmungsprozesses in 2013

Der Abstimmungsprozess (siehe Abbildung 1 „Pyramidenprozess“) begann mit einer 1. Erörterungssitzung am 15.7.2013 in Köln. Dabei waren die Vertreter von zukünftigen Notfallsanitätern, von Notärzten und von Ärztlichen Leitern Rettungsdienst anwesend, um sich dem Thema Katalog invasiver Maßnahmen zu nähern.

5.1. Zusammenfassung: Gespräch am 15.07.2013 mit Vertretern von Notfallsanitätern, Notärzten und ÄLRD (1. Sitzung)

In der ersten Sitzung am 15.7.2013 in Köln wurde die erste Fassung eines Maßnahmenkataloges 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 selbst müssen auch in den 3 Jahren ausbildbar sein. Die Anforderungen an diese Maßnahmen wurden wie folgt formuliert:

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

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 Maßnahmenkataloges nicht nur von der Festlegung der Maßnahmen abhängt, sondern auch davon, ob die entsprechenden Maßnahme soweit ausgebildet wird, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst vor Ort davon ausgehen kann, dass diese Kompetenz bei jedem Notfallsanitäter auch tatsächlich vorhanden ist. Die Voraussetzung für eine einheitliche Übertragung ist eine einheitliche Ausbildung und ein einheitliches Prüfungsniveau.

In der Diskussion bei diesem Termin wurden auch Befürchtungen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst angesprochen. Angesichts der derzeitigen Heterogenität der Ausbildungen und Kompetenzen wird von vielen ÄLRD befürchtet, dass sich diese Heterogenität auch zukünftig - trotz verbesserter Ausbildung - wieder findet, wenn der Ausbildungsstand und die individuellen Kompetenzen nach wie vor eine außerordentlich hohe Streuung aufweisen werden.

5.2. Zusammenfassung: Gespräch am 4.9.2013 mit medizinischen Fachgesellschaften (2. Sitzung)

In der zweiten Sitzung am 4.9.2013 wurden zusätzlich Vertreter von medizinischen Fachgesellschaften eingeladen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Medizinische Fachgesellschaften, die einen Vertreter zum Gespräch am 4.9.2013 entsandt haben.

- Bundearbeitsgemeinschaft der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND)
- Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e.V. (BV-ÄLRD)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN)
- Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
- Deutscher Rat für Wiederbelebung (GRC)
- Deutsche Schlaganfallgesellschaft e.V. (DSG)
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)

(Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – DIVI ist angefragt worden, konnte aufgrund von Terminkollision jedoch nicht teilnehmen)

Dabei wurde als Grundlage der erste Maßnahmen- und Medikamentenkatalog herangezogen, der am 15.7.2013 entwickelt worden war. Im Rahmen dieser Sitzung wurden einzelne Maßnahmen weiter präzisiert und das jeweilige Kompetenzniveau für jede



Maßnahme mithilfe der Bewertungsmatrix auf Seite 48 des 1. Entwurfes der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Notfallsanitättergesetz (APrVO) beschrieben (Tabelle 2). In dieser Bewertungsmatrix werden die theoretischen Kenntnisse gegen die Praxisbeherrschung aufgetragen und daraus ein gestuftes Kompetenzniveau gebildet.

	ohne Praxis	geringe Praxis	gute Praxis	sehr gute Praxis
kennen	kennen	kennen und anwenden können	kennen und sicher anwenden können	
verstehen	Verstehen	verstehen und anwenden	verstehen und sicher anwenden	
theoretisches Kombinieren	Bewerten	beachten/nutzen	fachgerecht nutzen	
verstehen im Kontext von Umgebungsfaktoren	Beurteilen			beherrschen

Tabelle 2: Bewertungsmatrix aus dem ersten Referentenentwurf zur APrVO auf Seite 48. Wurde im 2. Entwurf vom 16.10.2013 gestrichen.

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 in der späteren Praxis Anwendung Rechnung. Insofern wurde dieser Maßnahmenkatalog so strukturiert, dass in Verbindung mit dem jeweiligen Kompetenzniveau auch das spätere Kompetenzprofil der Notfallsanitäter/-innen akzeptanzfähig beschrieben wird.

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

Im Ergebnis wurde bei diesem Termin ein Konsens zwischen den Anwesenden gefunden und einvernehmlich abgestimmt, so dass die Ausgangslage für das nächste Gespräch mit den Ausbildungseinrichtungen und Prüfungsbehörden damit gebahnt war.

5.3. Zusammenfassung: Gespräch am 30.10.2013 mit Ausbildungseinrichtungen und Prüfungsbehörden (3. Sitzung)

Zu diesem Termin wurden Vertreter von Ausbildungseinrichtungen (Schulen, Krankenhäuser, und Rettungswachen) und Prüfungsbehörden eingeladen.

Der Kreis erweiterte sich dabei auf über 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (siehe Anlage 2 Teilnehmerliste). Dabei zeigte sich, dass vor allem die Schulen, die für die Ausbildung gemäß Paragraph 5 Abs. 3 NotSanG verantwortlich sind, noch weitere und andersartige



Anforderungen an einen solchen Maßnahmenkatalog haben. Für die Schulen ist die Klassifizierung der Maßnahmen in „eigenverantwortlich“ und in „eigenständig im Rahmen der Mitwirkung“ besonders wichtig.

Bei der Vorstellung der Maßnahmen und Medikamente fiel auf, dass es seit der Sitzung am 4.9.2013 wieder Änderungswünsche gab, die lebhaft diskutiert wurden.

Des Weiteren stellte sich heraus, dass einzelne Maßnahmen im Hinblick auf die Frage ob es sich um eine invasive Maßnahme handelt oder nicht, von einzelnen Schulvertretern anders bewertet wurden. Als Beispiel wurde der „Tourniquet“ angeführt, der von einigen Schulvertretern als „nichtinvasive Maßnahme“, vergleichbar einem Verband, angesehen worden ist, während hingegen Vertreter medizinischer Fachgesellschaft aufgrund des Schadenspotenzials eines nicht fachgerecht angelegten Tourniquet dafür plädierten, dass es sich hier um eine invasive Maßnahmen handelt. Ebenso nachrangig sind für Schulen die „Assistenzmaßnahmen“. Noch am 4.9.2013 waren den Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften gerade die Assistenzkompetenzen (z.B. Assistenz bei der Narkoseeinleitung) sehr wichtig, da sie aus der eigenen rettungsdienstlichen Praxis bei besonderen Maßnahmen Defizite kannten. Mit der Aufnahme in den Katalog glaubten sie, diese Defizite vermeiden zu können.

Interessant war zu sehen, wie die Entwicklung der Prüfungsrahmenumgebungen auf Landesebene vorangeht. Hier zeigte die Vertreterin aus Hessen (Frau Medizinaloberrätin Silke Ley) eindrucksvoll, wie komplex auch dieses Vorhaben ist. Demnach geht das Land Hessen diesen Weg wie folgt:

- Einrichtung von Arbeitsgruppen mit Experten zur Erarbeitung der Umsetzungsvorgaben
- Rahmenverträge zwischen Rettungsdienstschulen, Lehrrettungswachen und Krankenhäusern
- Rahmenlehrplan des Landes Hessen
- Implementierung neuer Ausbildungsinhalte, Spiegelung realer Einsatzbilder, Einsatz möglichst realistischer Prüfungsszenarien,

In der Sitzung wurde auch der neue Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung thematisiert, der sich aufgrund von Eingaben der verschiedenen Bundesländer erheblich verändert hat und dem Bundesrat zur Abstimmung vorgelegt worden ist (Anmerkung: Sitzung fand am 29.11.2013 statt).

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 auf Seite 48 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. Es machte schon aus Gründen der Akzeptanz Sinn, sich eng an die Formulierungen aus dem Gesetzestext (NotSanG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVO) zu halten. Insofern konnte die Bewertungsmatrix (Tabelle 2) nicht mehr für die Beschreibung des Kompetenzniveaus herangezogen werden. Anregungen aus dem Teilnehmerkreis waren, stattdessen die Kompetenzen in Form von Lernzielen zu formulieren oder die konkrete Maßnahme mit einem Übungskatalog unter Nennung der



Übungsmöglichkeit (zum Beispiel: 25 x Maßnahme A am Patienten oder am Phantom) zu verknüpfen.

Ebenso wurde der Stellenwert der Kompetenzen in den Anlagen zur APrVO im Verhältnis zum Maßnahmenkatalog der ÄLRD diskutiert. Es wurde die Frage gestellt, ob Maßnahmen, die bereits in den Anlagen zur APrVO genannt sind, explizit noch einmal im Maßnahmenkatalog der ÄLRD erscheinen sollen, vor allem, weil die Nennung oder das Weglassen ebenfalls Signalwirkung haben kann. In der Diskussion zeigte sich dann, dass die Klassifikation „eigenverantwortlich“ und „eigenständig im Rahmen der Mitwirkung“ hier die wesentliche Information für die Schulen bildet und diese sich an diesen Anlagen der APrVO orientieren. Das bedeutet aber auch, dass die Nennung der Assistenzmaßnahmen im Maßnahmenkatalog entbehrlich ist.

Klar wurde in den Diskussionen auch, dass es nach wie vor Befürchtungen sowohl auf Seiten der Schulen (ÄLRDs werden unterschiedliche Maßnahmen umsetzen) und ÄLRDs (Schulen werden Notfallsanitäter mit unterschiedlichen Kompetenzen produzieren) gibt. Dieses Spannungsfeld zeigt, wie wichtig es ist dass die Beteiligten regelmäßig miteinander kommunizieren und versuchen durch entsprechende Maßnahmen diese Befürchtungen zu entkräften. Daraus wurde erneut deutlich, wie wichtig ein möglichst einheitlicher Katalog von invasiven Maßnahmen und Medikamenten ist.

Ebenfalls wurde die Ergänzungsprüfung angesprochen, die in § 32 NotSanG geregelt ist. Allgemein wurde kritisiert, dass die Notwendigkeit von Vorbereitungskursen in umgekehrter Reihenfolge des Bedarfs geregelt ist. Gemäß § 32 NotSanG können langjährige (mehr als 5 Jahre) Rettungsassistenten die Ergänzungsprüfung ohne zusätzliche Vorbereitungskurse absolvieren, obwohl die sicher am Meisten von einer Auffrischung profitieren könnten. Da der fertige Notfallsanitäter seine Kompetenzen durch eine umfangreiche Ausbildung erhält, an deren Ende die Prüfung steht und unmittelbar nach der Prüfung von ihm auch praktische Kompetenzen erwartet werden (z.B. Durchführung von invasiven Maßnahmen), ist eine Qualifizierung nur durch Prüfung, wie sie bei den langjährigen Rettungsassistenten im Gesetz angelegt ist, bedenklich. Hier muss jeder Arbeitgeber und jede Schule ein hohes Interesse daran haben, auch langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erst vernünftig vorzubereiten und dann zur Ergänzungsprüfung zu schicken. Die Finanzierung dieser Vorbereitungskurse für alle (Kurse und Ausfallzeiten) muss dabei gesichert werden.

6. Sitzung am 8.1.2014 (4. Sitzung)

Nach den Erörterungen am 30.10.2014 blieben aufgrund der neuen Aspekte und Änderungen in der APrVO einige Dinge zu tun:

- Das Kompetenzniveau musste neu definiert werden. Die Variante Ausbildungsmethode plus Nachweiskatalog erschien am praxisnächsten, musste aber noch abgestimmt werden.
- Befassung mit dem Punkt Nichtinvasive Beatmung (NIV/CPAP/ASB)
- Erörterung von rechtlichen Fragestellungen



Aufgrund dessen musste eine Zwischensitzung einberufen werden, auf der diese Erörterungen und Klärungen vorgenommen werden mussten. Diese fand am 8.1.2014 in Köln statt. Die Sitzung führte zu der erhofften Klärung.

6.1. Kompetenzniveau

Nach ausführlicher, teilweise sehr kontroverser Diskussion, wurde mehrheitlich dem Vorschlag von Prof. Lechleuthner 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. Beispielhaft wurden hier Geburten genannt. Diese Vorschläge wurden einheitlich begrüßt.

6.2. Katalog invasiver Maßnahmen (Anlage 3)

In der Diskussion wurde der vorgelegte Katalog und jede einzelne Maßnahme darin ausführlich diskutiert. Zu der Maßnahme Blutsperrung mittels Tourniquet gab es zwischenzeitlich eine fachliche Stellungnahme von Herrn Dr. B. Hossfeld, der Erfahrungen damit aus Bundeswehreinheiten mitteilte. Danach wurde die Ausbildungsmethode in der Tabelle entsprechend seinen Vorschlägen geändert. Ebenso gab es aufgrund auf Hinweis von Herrn Prof. Dr. Böttiger Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien, dass es bei der extraglottischen Atemwegssicherung mindestens 45 Anwendungen am Patienten bedarf. Die Tabelle wurde daraufhin ergänzt. Die Tabelle wurde auch erweitert um den Punkt „Laryngoskopie und Magill-Zange“ aufgrund der häufiger vorkommenden und lebensbedrohenden Bolusgeschehen. Die ungelöste Kontroverse um die nicht-invasive Beatmung wurde hin zu „nicht-invasiver CPAP“ gelöst, wie sie die ÄLRD auch in ihrer Herbstsitzung in Sonthofen vorgeschlagen hatten. Die ursprünglich als Reposition bezeichnete achsengerechte Lagerung wurde in der Tabelle auf „achsengerechte Immobilisation mit Extension“ geändert. Bezüglich der anfangs noch kontroversen Auffassungen zur Kardioversion und Schrittmacheranlage bei Patienten mit instabilen Tachy- bzw. Bradykardien wurden den Empfehlungen der ERC von 2010 gefolgt.

6.3. Assistenzmaßnahmen und andere wichtige Kompetenzen (Anlage 5)

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 (Anlage 4). Dieser wird zukünftig aufgrund von Erfahrungen der ÄLRD und aus dem Rettungsdienst ergänzt.

6.4. Kompetenzerwerb in den Ausbildungseinrichtungen

Der Vorschlag, den Kompetenzerwerb nicht einer konkreten Ausbildungseinrichtung zuzuordnen wurde bestätigt. Mehrfach wurde angeregt, dass aufgrund der Komplexität der Gesamtausbildung und der Tiefe der medizinischen Inhalte und Fertigkeiten, es notwendig



ist, der Schulleitung ergänzend eine ärztliche Leitung beizustellen, die die medizinischen Lehrinhalte und Prüfungen im Sinne einer Qualitätssicherung aufeinander abstimmt und koordiniert.

6.5. Medikamente (Anlage 4)

Die delegierte bzw. eigenverantwortliche Medikamentengabe wurde am 4.9.2013 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, den Medikamentenkatalog vom 4.9.2013 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 Anwendungsfähigkeit 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.

6.6. Bedeutung von Standards und Arbeitsanweisungen (SOP)

Im Zuge der Diskussionen um die notfallmedizinischen Zustandsbilder und die dafür erforderlichen lebensrettenden Maßnahmen und Medikamente, rückten die konkreten Arbeitsanweisungen immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit. Da es bereits eine Vielzahl von Arbeitsanweisungen, Standards und sogenannten „Standard Operation Procedures“ (SOP) im Rettungsdienst gibt, wurden die Mindestanforderungen an solche Standards bzw. Arbeitsanweisungen vorgetragen (Tabelle 3).








Anforderung an eine Arbeitsanweisung für den Rettungsdienst (SOP)	
	Beschreibung des notfallmedizinischen Zustandsbildes bzw. der Situation
	Notwendige Maßnahmen und dazugehöriger Algorithmus einschließlich Hinweise für die Aufklärung und Erläuterung zur Wirkung, sowie das Maßnahmenziel
	Alternative Möglichkeiten und Kriterien zur Abstufung nach Invasivität
	Notwendigkeit eines Notarztes vor Ort
	Gefahren, Risiken und Nebenwirkungen bei der Anwendung, sowie ihre Beherrschung
	Dokumentation
	ggf. weiterführende Informationen (z.B. Leitlinie, Literatur); diese sind bei invasiven Maßnahmen immer erforderlich

Tabelle 3: Anforderungen an Arbeitsanweisungen (SOP).
Tabelle aus dem Vortrag von Prof. Lechleuthner am 8.1.2014.



Es wurde dabei vorgeschlagen, dass unter Leitung des Bundesverbandes der ÄLRD Deutschland e.V. mit bisherigen Teilnehmern des Pyramidenprozesses und den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entsprechende „Rahmen-SOP“ entwickelt und fortgeschrieben werden, die die fachliche Basis für die regionalen und örtlichen Vorgaben bilden. Damit wird eine leitliniengerechte und aktuelle fachliche Grundlage geschaffen, die den Rechtfertigungsdruck von den örtlichen ÄLRD und Rettungsdienstbeteiligten nimmt, wenn sie bestimmte Standards bzw. Arbeitsanweisungen (SOP) implementieren.

6.7. Rechtliche Fragestellungen

In Zusammenhang mit dem Abstimmungsprozess, wurden konkrete rechtliche Fragestellungen thematisiert, die am 8.1.2014 von der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e.V. kommentiert worden sind. Eine abschließende schriftliche Äußerung dazu steht noch aus.

Die hier vorgestellten Änderungen und Ergänzungen wurden von den anwesenden Teilnehmern so konsentiert.

7. Sitzung am 21.1.2014 mit den Arbeitgebern und Trägern (5. Sitzung)

Am 21.1.2014 wurden den Arbeitgebern und Trägern die bisherigen Ergebnisse (Anlagen 1-3) vorgestellt. Herr RA Dr. Neupert (AG RettungsdienstRecht e.V.) zeigte einige rechtliche Implikationen zu der möglichen Verlagerung von invasiven Maßnahmen auf Notfallsanitäter auf. Er riet den Versicherungsschutz zu überprüfen. Die anwesenden Vertreter nahmen den Pyramidenprozess entweder zur Kenntnis oder hatten ein Unterstützungsmandat.

8. Sitzung am 06.2.2014 mit den Ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften (6. Sitzung)

Am 6.2.2014 fanden sich zur 6. Sitzung im Pyramidenprozess Vertreter der Bundesärztekammer, von Landesärztekammern und von Landes-Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. Ihnen wurde von Prof. Lechleuthner der bisherige Verlauf des Pyramidenprozesses erläutert und die bisherigen Ergebnisse vorgestellt. Ebenfalls wurde die Feststellung getroffen, dass durch das Notfallsanitätergesetz aus Sicht von Fachjuristen keine Substitution ärztlicher Leistungen vorgesehen ist, da weder im Gesetz noch in der Begründung entsprechende Hinweise darauf zu finden sind. Vielmehr wird in § 4 des Notfallsanitätergesetzes Bezug auf heilkundliche Maßnahmen ausschließlich in Zusammenhang mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (bzw. verantwortlichem Arzt) genommen, was eben als besonderer Hinweis zu werten ist, dass die ärztliche Heilkunde weiter ärztliche Kernaufgabe bleibt.

Zum Schutz des hohen Gutes Leben und gesundheitliche Integrität muss jedoch ein so umfangreich ausgebildeter Gesundheitsfachberuf "Notfallsanitäter" in der Lage sein, noch vor Eintreffen des Notarztes Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, dieses hohe Gut



bei Notfallpatientinnen und –patienten zu schützen, soweit dies erforderlich ist.

Das Notfallsanitätergesetz als Ausbildungsgesetz bezieht diese speziellen, dafür geeigneten, auch invasiven Maßnahmen mit in die Ausbildung ein. Die konkrete Anwendung der erlernten Maßnahmen in der rettungsdienstlichen Praxis muss jedoch von den für den Rettungsdienst zuständigen Ländern und lokal von den jeweiligen Trägern des Rettungsdienstes geregelt werden.

In der weiteren Diskussion wurde unter anderem die Frage aufgeworfen, ob und in welchem Umfang "Diagnostik" in Zusammenhang mit der Ausbildung und späteren Durchführung von invasiven Maßnahmen durch Notfallsanitäter getätigt wird. Die Diagnosestellung gehört zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit, der eben nicht delegierbar ist.

In der Diskussion dazu wurde deutlich, dass der Notfallsanitäter – wie es auch im Notfallsanitätergesetz in § 4 Abs. 2 Nr. 2c dargelegt ist – „bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und –situationen“, die standardmäßig vorgegeben sind, tätig wird. Damit ist eine eigene Diagnosestellung ist nicht vorgesehen. Die Leistung des Notfallsanitäters ist es vielmehr, diese Zustandsbilder zu erkennen, richtig einzuordnen und die dazu vorgegebenen Maßnahmen zur Abwehr von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Folgeschäden eigenständig zu treffen.

Aus diesen Gründen sollte auch in diesem Zusammenhang auf den Begriff der „Delegation“ bzw. "Vorab-Delegation" verzichtet werden, da die Delegation zuvor eine ärztliche Untersuchung voraussetzt, an die sich die Vorgabe der Durchführung konkreter Maßnahmen an nicht-ärztliches Personal im Sinne der Delegation anschließt. Vielmehr sollte, wie im Notfallsanitätergesetz bezeichnet, mehr von Mitwirkung gesprochen werden.

Dass lebensrettende Maßnahmen unmittelbar von einer dafür ausgebildeten Fachkraft auch sofort getroffen werden können und müssen, ist als Ziel des Notfallgesetzes zu verstehen, das vom Bund und den Ländern (über den Bundesrat) beschlossen wurde. Da im Notfallsanitätergesetz verständlicherweise keine konkrete fachliche Ausgestaltung der Maßnahmen vorgenommen worden ist, obliegt es nun den Fachleuten, diese Konkretisierung vorzunehmen. Der Pyramidenprozess greift diese Notwendigkeit auf. Da invasive Maßnahmen gefahrgeneigte Tätigkeiten sind, können sie auch für Patienten gefährlich sein. Es ist deshalb das fachliche Anliegen in diesem Prozess, die Anforderungen und Rahmenbedingungen für invasive Maßnahmen für Notfallsanitäterinnen und –sanitäter zu entwickeln und abzustimmen. Damit wird sowohl dem Bedürfnis des Notfallpatienten nach Schutz seines Lebens und seiner Gesundheit, den Ausbildungsmöglichkeiten im Rahmen der 3-jährigen Ausbildung, als auch den Gefahren, die in der die Anwendung von eingreifenden Maßnahmen enthalten sind, Rechnung getragen (siehe auch Punkt 5.1. in dem vorliegenden Bericht). Gleichzeitig wurde berücksichtigt, daß die Wirksamkeit und damit die Notwendigkeit der gewählten Maßnahmen wissenschaftlich begründet sein müssen.

Kurz angesprochen wurde auch noch, dass Notfallsanitäterinnen und –sanitäter bei der Durchführung von invasiven Maßnahmen ggf. mehr als die bisherigen Rettungsassistenten einem höheren Risiko ausgesetzt sein werden, dass Maßnahmen nicht gelingen und damit auch anschließend Vorwürfen wegen vermuteter "Falschausführung". Bei Vorwürfen gegen Notärzte können Patienten kostenlos bei den Gutachterkommissionen der Ärztekammern



Begutachtungen vornehmen lassen, was in sehr vielen Fällen zu einer außergerichtlichen Regelung führt. Für Notfallsanitäter sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern nicht zuständig. Insofern muss überlegt werden, wie eine gleichartige Absicherung realisiert werden kann.

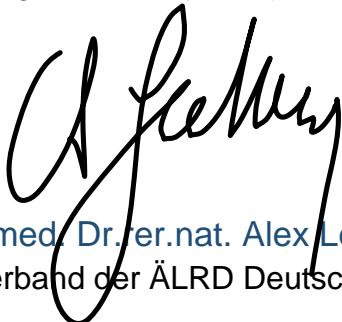
Die anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen Anliegen und Ergebnisse des Pyramidenprozesses zustimmend zur Kenntnis und sicherten eine weitere Mitwirkung zu.

9. Abschluss des Pyramidenprozesses und weitere Schritte

Wie in Abbildung 1 dargestellt, werden am Ende des Pyramidenprozesses die für den Rettungsdienst originär zuständigen Bundesländer und dort die federführenden Ministerien, sowie die Kommunen über die kommunalen Spitzenverbände beteiligt. Diese Beteiligung erfolgt dahingehend, dass die konsentierten Kataloge (Anlagen 1-3), ein Anschreiben und dieser Übersichtsbericht an sie versandt werden.

Die nächsten Schritte sind die Entwicklung und beständige Aktualisierung von Arbeitsanweisungen auf der Basis der relevanten Leitlinien und wissenschaftlichen Erkenntnisse. Es bestand bei allen Sitzungen Einigkeit unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern darüber, dass dazu unter Leitung des Bundesverbandes der ÄLRD e.V. eine Fachgruppe aus den Teilnehmern des Pyramidenprozesses gegründet wird, in die die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften einbezogen werden. Dies ist schon deshalb notwendig, da die anerkannten Leitlinien von den nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf der Basis von wissenschaftlichen Ergebnissen (z.B. klinischen Studien) erstellt, herausgegeben und aktualisiert werden.

Zwar gibt es bereits zahlreiche Empfehlungen, Leitlinien und SOPs für den Rettungsdienst; diese werden jedoch von lokalen Fachgruppen und Experten (z.B. in Artikeln und Lehrbüchern) verfasst. Mit der Entwicklung von nationalen Rahmen-Standards können die lokalen Arbeitsanweisungen und SOPs abgesichert werden, da dabei die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften unmittelbar beteiligt sind. Die Mitwirkung der anderen, schon im Pyramidenprozess Beteiligten, sichert darüber hinaus die Praxisnähe und berücksichtigt weitere Aspekte (z.B. Aus- und Fortbildung, Arbeitsrecht, etc.).



Prof. Dr.med./Dr. rer.nat. Alex Lechleuthner
Bundesverband der ÄLRD Deutschland e.V.

