

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft in
Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN)
vom 16.03.2012 zur



Medikamentengabe durch nichtärztliches Rettungsfachpersonal

Seit vielen Jahren wird im deutschen Rettungsdienst kontrovers diskutiert, ob eine Medikamentengabe an Notfallpatienten durch nichtärztliches Fachpersonal risikolos möglich und rechtlich vertretbar ist. Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte in einer Stellungnahme vom 02.11.1992 (1) bereits zu invasiven Maßnahmen durch Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz Stellung genommen und diese zum Thema Medikamentengabe durch nichtärztliches Personal 2004 ergänzt durch die Erklärung ihres Ausschusses 'Notfall-, Katastrophenmedizin und Sanitätswesen'. Dieser hat sich 2003 für eine Liste ausgewählter Notfallmedikamente (2) ausgesprochen, deren Applikation von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann und diese in einer ergänzenden Erklärung 2004 erläutert (2).

Pilotprojekte unter der Verantwortung einzelner Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) in wenigen Rettungsdienstbereichen haben diese Diskussion erneut beflügelt. In diesen Pilotprojekten wird eine Erweiterung der Kompetenzen von Rettungsfachpersonal erprobt, wonach diese dort künftig selbständig auch stark wirksame Schmerzmittel, insbesondere Morphin, verabreichen sollen. Ob es sich bei den unterschiedlich diskutierten Pilotprojekten um eine Erweiterung der Kompetenzen von Rettungsfachpersonal unter der rechtlichen Verantwortung eines ÄLRD, um eine Maßnahme im Rahmen der Notkompetenz oder um eine im Voraus ermöglichte Delegation ärztlicher Tätigkeiten unter der persönlichen Verantwortung eines fernmündlich befragten Arztes handelt, ist nicht immer klar erkennbar. Dieser Klarheit bedarf es aber aus Sicht der AGNN zum Schutz der handelnden Notärzte und Rettungsfachkräfte, bevor ein solches Projekt gestartet wird. Ebenso bedarf es möglicherweise eines positiven Votums einer zuständigen Ethikkommission, um eine solche Untersuchung durchzuführen.

Selbständige Medikamentengabe im Rahmen der Berufsausübung als Rettungsassistent

Die Freigabe der selbständigen Opioid-Applikation durch Rettungsfachpersonal entspricht nicht den Qualitätsanforderungen im deutschen Rettungsdienst. Die Aufgabe des Rettungsassistenten ist im Rettungsassistentengesetz beschrieben: Aufgabe des Rettungsassistenten ist es, *„am Notfallort als Helfer des Arztes tätig ... zu werden“* (3) (§ 3 des RettAssG) und *„bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen und die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transportes zu beobachten und aufrechtzuerhalten“* (3). Daraus ergibt sich keineswegs die Erlaubnis zur Durchführung spezifischer ärztlicher Leistungen, die zusätzlich durch das „Gesetz

über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ (4) Stand 2001 vom Gesetzgeber ausdrücklich eingeschränkt wird:

„(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

(2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

Medikamentengabe im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Abzugrenzen von der berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ist die Delegation ebendieser Maßnahmen nach Weisung eines Arztes, wobei dieser im Rahmen der Delegation grundsätzlich die individuelle Indikations- und Anordnungsverantwortung behält. Er steht also bei der Delegation einer Maßnahme in jedem Einzelfall für die Richtigkeit der Diagnosestellung, für die korrekte Indikationsstellung und Verordnung von Medikamentenart und –dosis sowie den Zeitpunkt der Medikamentengabe ein. Zusätzlich muss er davon Kenntnis haben, dass derjenige, dem er diese Leistung überträgt, die dafür erforderliche Qualifikation tatsächlich besitzt. Um diese Voraussetzung sorgfältig zu erfüllen, ist in der Regel die Anwesenheit des Arztes am Ort der Behandlung erforderlich. Ob die Durchführung einer ärztlichen Leistung überhaupt delegiert werden kann/darf, bestimmt sich danach, ob die Durchführung generell oder wegen der besonderen Umstände des individuellen Falles spezifische ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen erfordert. Dem Arzt vorbehalten und damit nicht delegationsfähig sind spezifisch ärztliche Leistungen, insbesondere das Stellen einer Diagnose und die Therapieentscheidung (Stellungnahme der BÄK zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst 1992) (1). Nach der Erklärung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung von 2008 (5) sind folgende Leistungen vom Arzt höchstpersönlich zu erbringen: Anamnese und Indikationsstellung, Untersuchung und Diagnosestellung, Aufklärung und Therapieentscheidung sowie die Durchführung invasiver Therapie (5). Erbringen nichtärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Es ist daher unzulässig, in der Arztpraxis auf Grund genereller Anordnung an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt persönlich nicht in der Praxis erscheinen kann oder für längere Zeit abwesend ist. (...) Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten ist nicht delegierbar (5).

Nach Auffassung der Ärztekammer Berlin 2008 ist die Delegation einer Erstgabe von Medikamenten aufgrund möglicher Komplikationen, wie z.B. allergischen Reaktionen, die ein sofortiges Eingreifen des Arztes erfordern, generell abzulehnen (6). Darüber hinaus ist die Gabe von Medikamenten in der Einstellungsphase sowie generell bestimmter Substanzklassen wie z.B. Zytostatika, herz-, kreislauf- und atmungswirksamer Medikamente aufgrund möglicher Nebenwirkungen ebenfalls nicht delegierbar (6).

Die Bundesärztekammer schreibt 2012 in einer gemeinsamen Resolution der ärztlichen Spitzenverbände (7): Eine Übertragung ärztlicher Leistungen und Verantwortlichkeiten auf

nichtärztliche Gesundheitsberufe im Sinne einer Substitution würde aber das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard unterlaufen und zu einem Qualitätsabfall und einer Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung führen (7).

Eine Delegation der Applikation von Medikamenten an Rettungsassistenten ohne Anwesenheit des (Not-)Arztes an der Einsatzstelle erscheint uns aus den genannten Gründen nicht möglich.

Medikamentengabe durch Rettungsfachpersonal im Rahmen der Notkompetenz, Betäubungsmittelverordnung

Auch wenn im Vorgriff auf ärztliches Handeln für einzelne Medikamente hier eine Sonderstellung der selbständigen Anwendung durch Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz geschaffen und durch die Stellungnahme der BÄK von 2004 unterstützt wird (2), ist für die Verabreichung verschreibungspflichtiger Betäubungsmittel nochmals eine andere Situation gegeben. Im Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln heißt es im §13: *„Die (...) Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten (...) im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung (...) verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.“* (8). Es erscheint zumindest fragwürdig, ob die planmäßige Freigabe der Betäubungsmittelverordnung an eine Rettungsfachkraft oder die Fernverordnung an einen dem Arzt nicht bekannten Patienten dem Inhalt des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln entspricht.

Morphin als Analgetikum beim Trauma

Neben den betäubungsmittelrechtlichen Bedenken muss die Frage nach der fachlichen Indikation zur Anwendung von Morphin als Schmerzmittel bei verletzten Patienten erwogen werden. Sicher zählt Morphin zu den ältesten, gut untersuchten und stark wirksamen Schmerzmitteln, ist aber gleichzeitig für den traumatisierten Patienten dasjenige Medikament mit dem ungünstigsten Wirkprofil und wird beim Trauma nicht als Medikament der ersten Wahl empfohlen. Ein wesentlicher analgetischer Effekt tritt zwar bereits in den ersten 5–10 min ein, die vollständige analgetische Wirkung kommt aber erst nach 20–30 min zum Tragen [9,10]. In dieser Zeit hat in der Regel ein Notarzt die Behandlung bereits sachgerecht durchgeführt. Aus fachlicher Sicht ist daher der grundsätzliche und ausschließliche Einsatz von Morphin beim Trauma nicht sinnvoll und allein dem Prinzip der nichtärztlichen Therapie geschuldet.

Aufklärung vor medizinischen Maßnahmen

Gänzlich unbeachtet wurde bisher bei den Diskussionen um die Delegation (not-)ärztlicher Maßnahmen an Rettungsfachpersonal das Recht des Patienten auf ärztliche Aufklärung vor der

Durchführung medizinischer Maßnahmen. Insbesondere bei der Applikation von Opioiden ist nicht nur mit einer segensreichen Analgesie, sondern potentiell auch mit schwerwiegenden Nebenwirkungen zu rechnen.

Fazit

In der Rechtsprechung und im medizinrechtlichen Schrifttum wird in weiten Bereichen der ärztlichen Tätigkeit der Facharztstandard als Maßstab der ärztlichen Sorgfalt gefordert. Eine unzureichende Behandlungsbedingung kann in äußerst engen Grenzen durch erhöhte Anforderungen an die Patientenaufklärung ausgeglichen werden (11). Auch bei einem Notfall ist der zu leistende Standard der Behandlung keineswegs prinzipiell herabgesetzt. Der Arzt hat das ihm Mögliche und das zunächst Notwendige zur Gefahrenabwehr zu tun (11). Die Beurteilung des Behandlungsgeschehens wird sich daran orientieren, was vorhersehbar war und was aufgrund dieser Vorhersehbarkeit an Vorsorge durch den behandelnden Arzt möglich war (11).

Der Gesetzgeber hat definiert, was eine angemessene Behandlung von Patienten ist. Grundsätzlich hat der Patient, und damit auch der Notfallpatient, ein Recht auf ebendiese angemessene Behandlung nach Facharztstandard. Das schließt die (not-)ärztliche Behandlung ausdrücklich mit ein und gilt eben nicht nur für die Sicherstellung einer (haus-)ärztlichen Versorgung rund um die Uhr (Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen §75 SGB V), sondern auch für die Gewährleistung einer angemessenen (not-)ärztlichen Versorgung im Rahmen der Gefahrenabwehr und der öffentlichen Daseinsvorsorge. Dies schließt besonders auch die zeitgerechte Behandlung von sehr starken Schmerzen, die möglicherweise einer Behandlung mit Opioiden bedürfen, in jedem Falle mit ein. Abstriche an diesem Recht des Patienten auf ärztliche Notfallbehandlung sind aus Sicht der AGNN nicht hinzunehmen. Daher lehnt die AGNN die selbständige Opioidgabe durch Rettungsfachkräfte ab.

Für den Vorstand der AGNN:

Dr. S. Wirtz

Vorsitzender der AGNN

Chefarzt Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg

Literatur:

- (1) Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst, 1992, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3222>, download 3/2012
- (2) Bundesärztekammer, 2003, 2004, Medikamente, deren Applikation im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.5935.5951>, download 3/2012
- (3) Rettungsassistentengesetz vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist
- (4) Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist
- (5) Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen Stand: 29.08.2008, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225>, download 3/2012
- (6) Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Ärztekammer Berlin, Stand: Oktober 2010, http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/25_Delegation_aerztlicher_Leistungen.pdf
- (7) Gemeinsame Resolution der ärztlichen Sitzenverbände zur Delegation ärztlicher Leistungen vom 23.02.2012, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf
- (8) (Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Mai 2011 (BGBl. I S. 821) geändert worden ist
- (9) Bounes V, Charpentier S, Houze-Cerfon CH et al (2007) Is there an ideal morphine dose for prehospital treatment of severe acute pain? A randomized, double-blind comparison of 2 doses. *Am J Emerg Med* 26:148–154
- (10) Galinski M, Dolveck F, Borron SW et al (2005) A randomized double-blind study comparing morphine with fentanyl in prehospital analgesia. *Am J Emerg Med* 23:114–119
- (11) Walter, O. , www.kassenarztrecht.de), download 3/2012