

**Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften
der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V.**

**„Sektion Rettungswesen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)**

***Stellungnahme zur Empfehlung der Bundesärztekammer vom
20.10.2003 zur Gabe von Analgetika durch Rettungsassis-
tenten/-assistentinnen im Rahmen der Notkompetenz***

Hamburg, 2. Dezember 2004

Der Ausschuß ‚Notfall-, Katastrophenmedizin und Sanitätswesen‘ der Bundesärztekammer (BÄK) hat in seiner Sitzung am 20. 10. 2003 im Rahmen der Medikamentenliste, deren Applikation auch im Rahmen der Notkompetenz durch Rettungsassistenten/-assistentinnen durchgeführt werden kann, eine Erweiterung dahingehend befürwortet, daß auch die Gabe eines ‚Analgetikums‘ bei ‚Verletzungen und ausgewählten Schmerzsymptomen‘ möglich ist (bundsaeztekammer.de/30/Notfallmedizin/45notfallm.html).

Zahlreiche Anfragen veranlassen die BAND und die DIVI zu dieser erläuternden Stellungnahme aus ihrer fachlichen Sicht.

Voraussetzungen

Auch für die Gabe eines Analgetikums gelten dieselben Voraussetzung wie für alle anderen, im Rahmen der Notkompetenz anzuwendenden Maßnahmen (1), z.B.

- der Rettungsassistent/die Rettungsassistentin ist auf sich allein gestellt und rechtzeitige ärztliche Hilfe ist nicht erreichbar

Die ‚rechtzeitige ärztliche Hilfe‘ für die Gabe eines Analgetikums ist nicht zwingend an die Erreichbarkeit eines *Notarztes* gebunden. Sie kann auch durch z.B. den Hausarzt oder andere Ärzte erfolgen.

Bei der Frage der Dringlichkeit ist sicher ein anderer Maßstab anzulegen als z.B. für die Gabe von Adrenalin im Rahmen einer Reanimation oder von Glukose beim hypoglykämischen Schock.

- die Gabe eines Analgetikums ist für die Gesundheit des Notfallpatienten dringend erforderlich
- es ist das am wenigsten eingreifende (im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen) Medikament auszuwählen
- andere zur Schmerzstillung geeignete Maßnahmen (z.B. Immobilisation von Frakturen, Kühlung etc.) sind unwirksam
- die für die Auswahl und Applikation erforderlichen Kenntnisse (Indikationen/Kontraindikationen) und Erfahrungen (Applikation) müssen zuvor vermittelt worden sein und die mit der Applikation verbundenen möglichen Nebenwirkungen/Komplikationen müssen bekannt sein um sie adäquat zu beherrschen.

Auch wenn jeder Patient grundsätzlich ein Anrecht auf eine Schmerztherapie hat, ist dennoch zu berücksichtigen, daß der Umfang, die Art und Schwere des Schmerzes häufig ein gezieltes diagnostisches Kriterium sein kann, daß nicht in jedem Fall *vor* einer ersten ärztlichen Untersuchung undifferenziert unterdrückt werden darf. Am wenigsten problematisch ist eine Schmerztherapie durch Rettungsassistenten/-assistentinnen sicher bei eindeutig erkennbaren und zuzuordnenden (geringfügigeren) Verletzungsfolgen sowie im Rahmen nichttraumatologischer Krankheitsbilder, z.B. bei kolikartigen Schmerzen.

- das Einverständnis des Patienten ist eingeholt worden
- welche Analgetika der Rettungsassistent/die Rettungsassistentin auf Grund eigener Entscheidung applizieren darf, ist individuell - und damit nicht als generalisierte Delegation an alle - vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) des Rettungsdienstbereiches zu entscheiden. Jede Applikation muß dokumentiert (z.B. Rettungsdienst-Protokoll der DIVI) und einzeln überprüft werden. Dem ÄLRD steht ein Auswahl- und Ausschlußrecht zu.
- auf Grund der speziellen Vorgaben der BÄK zum ÄLRD kann diese Aufgabe auch nur von entsprechend qualifizierten und vom Träger des Rettungsdienstes bestellten ÄLRD und nicht von in anderer Weise dem Rettungsdienst verbundenen Ärzten übernommen werden.

Die von der BÄK festgelegte Aufgabenbeschreibung, Stellung und Qualifikation des ÄLRD stellen notfallmedizinisch begründete Minimalforderungen für ein mit der Übernahme von Merkmalen der Notkompetenz zwingend verbundenes ärztliches Qualitätsmanagement dar (2).

Die bisher schon zahlreichen Anfragen ließen häufig das völlige Fehlen einer integrierten ärztlichen Kompetenz und/oder die fehlende Bereitschaft überhaupt zur Institutionalisierung des ÄLRD erkennen. Dies kann aber kein Rechtfertigungsgrund für eine Anwendung von Notkompetenz-Maßnahmen *ohne* ÄLRD sein !

Grundsätze zur Auswahl des Analgetikums

Zu Recht weist die BÄK darauf hin, daß nicht überregional für alle Rettungsdienstbereiche in Deutschland Vorgaben zu bestimmten Analgetika gegeben werden können.

Es sind vielmehr einerseits die regionalen strukturellen und einsatztaktischen Vorgaben im Rettungsdienstbereich zu berücksichtigen und andererseits die individuellen Qualifikationsvoraussetzungen der jeweiligen Rettungsassistenten/-assistentinnen.

Es ist daher sinnvoll und legitim, die individuelle Auswahl in die Hände des ÄLRD zu legen. So kann auch die aktuelle Fortentwicklung der Medizin rechtzeitig berücksichtigt werden.

Daher sollen auch von der BAND/DIVI nur Rahmenvorgaben gegeben werden, innerhalb derer dann die Auswahl erfolgen kann.

Applikationswege

Als Applikationsweg wird für erwachsene Notfallpatienten in erster Linie die intravenöse Injektion (in Verbindung mit einer zuvor angelegten Infusion einer Elektrolytlösung) angezeigt sein. Die intramuskuläre Injektion ist insbesondere zwingend bei Notfallpatienten zu vermeiden, bei denen ggf. eine Behandlung mit gerinnungshemmenden Substanzen zu erwarten ist (z.B. Lyse bei Herzinfarkt). Denkbar sind aber auch orale Verabreichungsformen (Tropfen, Kapseln, Tabletten) in Abhängigkeit vom Schweregrad der Schmerzen, der Dringlichkeit der Schmerzreduzierung und der anzunehmenden Transportdauer.

Für Kinder und Jugendliche ist die rektale Applikation (Suppositorien) oder die orale Gabe (Tropfen) häufig vorzuziehen.

Analgetika im Einzelnen

Opioide

Nach § 13 Abs. 1 Satz 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) dürfen die in der Anlage III des BtMG bezeichneten Opiode nur von Ärzten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verabreicht werden. Die Einwilligung des Patienten würde auch keinen Rechtfertigungsgrund für eine selbständige Verabreichung durch Rettungsassistenten/assistentinnen darstellen, es bliebe eine Straftat (3).

Aber auch nicht unter die Bestimmungen des BtMG fallende Opiode (z.B. Tramadol) sind wegen ihrer möglichen Nebenwirkungen/Komplikationen nicht geeignet.

Auch aus rein medizinischen Gründen ist davon auszugehen, daß es sich bei der unumgänglichen Notwendigkeit zur Applikation von Opioiden um ein gravierendes Unfall-/Krankheitsbild handeln wird, das *zuvor* den Einsatz eines (Not-)Arztes erforderlich macht.

Ketamin/Esketamin

Dieses Narko-Analgetikum wird in der Roten Liste unter der Rubrik der ‚Narkosemittel‘ mit dem primären Anwendungsbereich der ‚Einleitung einer Narkose‘, sicher einer ausschließlich ärztlichen Aufgabe, geführt. Einige Hersteller geben zudem den ‚Warnhinweis‘ an, daß die Nutzung nur durch einen in der Anästhesie oder Notfallmedizin erfahrenen Arzt erfolgen darf.

Auch wenn dies Vorgaben bei nur zur Analgesie und nicht zur Anästhesieeinleitung angewandten niedrigeren Dosierungen relativiert werden könnten, ist dennoch häufig auch die zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins erforderlich. Diese kombinierte Applikation wäre in der Hand von Rettungsassistenten/-assistentinnen aber sicher eine Anwendung mit ernststen Nebenwirkungs-/Komplikationsmöglichkeiten, die alle sicher beherrscht werden müßten.

Analog zur Anwendung von Opioiden ist daher auch hier davon auszugehen, daß es sich bei der unumgänglichen Notwendigkeit zur Applikation von Ketamin/Benzodiazepin um eine Analgesieform bei Unfall-/ (Notfall-)Patienten handeln wird, die *zuvor* den Einsatz des Notarztes erforderlich macht. Damit scheidet Ketamin/Esketamin als Analgetikum der Notkompetenz aus.

Denkbar wäre die Applikation von Opioiden wie Ketamin durch Rettungsassistenten/-assistentinnen in der Ausnahmesituation des Massenanfalls von Verletzten. Dann läge jedoch eine zulässige unmittelbare Delegation im Einzelfall durch einen am Unfallort anwesenden Notarzt vor und keine im Rahmen der Notkompetenz durchgeführte Applikation. Der delegierende Notarzt trägt dann persönlich die Anordnungsverantwortung (1).

Andere Analgetika

Gegen den Einsatz von Metamizol (z.B. Novalgin) und Paracetamol (z.B. Ben-u-ron, Perfalgan) bestehen keine medizinischen Bedenken. Es bleibt im Einzelfall aber die Entscheidung, ob bei der eingeschränkten analgetischen Potenz das Eintreffen des Notarztes nicht abgewartet werden kann.

Zusammengefasst beschränkt sich die Gabe von Analgetika im Rahmen der Notkompetenz beim derzeitigen Stand der Qualifikation von Rettungsassistenten/-assistentinnen unter Ausschluß von Opioiden und Ketamin auf wenige Medikamente. Ihre Applikation erfordert dieselbe Sorgfalt wie alle anderen Maßnahmen der Notkompetenz und setzt eine adäquate Aus- und Fortbildung sowie Überwachung der Anwendung voraus.

Literatur:

1. Bundesärztekammer (1993) Stellungnahme zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst. MedR 11:42
2. Moecke Hp, Stratmann D (1995) Empfehlungen der Bundesärztekammer zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Notarzt 11:99
3. Ufer MR (2004) Im Überblick: Neue Stellungnahmen und Empfehlungen der Bundesärztekammer. Rettungsdienst 27:282