

**Anforderungen zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“**

(Beschuß der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 09.03.1996 und Beschuß des Präsidiums vom 29.05.1996)

1. **Zeugnis** über eine mindestens einjährige klinische Tätigkeit im Stationsdienst eines Akutkrankenhauses nach der Approbation / Berufserlaubnis (auch als AiP), davon mindestens **3 Monate** auf einer **Intensivstation**, mit nachgewiesenem Erwerb grundlegender Kenntnisse und praktischer Erfahrungen in der Intensivtherapie vital bedrohlicher Zustände sowie der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den spezifischen Methoden der Notfallmedizin, insbesondere Beatmung, Intubation, Schockbehandlung, Defibrillation, Schaffung eines zentralvenösen Zuganges, Thoraxdrainagen, unterschrieben vom Chefarzt der Abteilung.

Als gleichwertige Tätigkeit für die 3-monatige ganztägige Tätigkeit auf einer Intensivstation wird eine Tätigkeit in der **Anästhesiologie im operativen Bereich** o d e r in einer **Notaufnahmeeinheit**, deren Tätigkeitsspektrum zu grundlegenden Kenntnissen und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von lebensbedrohlichen Zuständen befähigt, angesehen. Bei begründeten Einzelfällen, beispielsweise kleineren Häusern, ist eine Leistungsstatistik erforderlich.

2. **Nachweis** von mindestens 5 Einsätzen mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen im Rettungsdienst unter Leitung eines erfahrenen Rettungsarztes durch Zeugnis des leitenden Arztes der für den Rettungsdienst zuständigen Krankenhausabteilung bzw. Leitenden Notarztes.

Diese Einsätze im Rettungsdienst sollen im Regelfall bei Antragstellung nicht länger als 1 Jahr zurückliegen.

Der Nachweis von 5 Einsätzen mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen ist als Mindestforderung anzusehen. Er sollte durch Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Intensivtherapie lebensbedrohlicher Zustände untermauert sein.

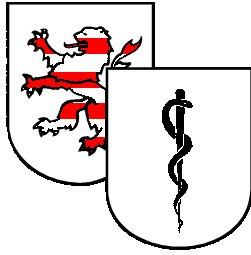
3. Nachweis des Notfalldienstseminars und - nach frühestens 1 Jahr klinischer Tätigkeit (s. 1.) - eines speziellen Seminars zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“, die von der Landesärztekammer Hessen durchgeführt werden, oder Nachweis der vollständigen Teilnahme an von der Landesärztekammer Hessen anerkannten interdisziplinären Seminaren über allgemeine und spezielle Notfallbehandlung, sofern sie mit den Seminaren „Notfalldienst“ und „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ von mindestens 80 Stunden Kursdauer, vergleichbar sind. Die Kurse sollten in der Regel nicht länger als 3 Jahre zurückliegen.

Der Fachkundenachweis ist unbefristet. Deshalb wird auf die Verpflichtung des Arztes zur beruflichen Fortbildung im notfallmedizinischen Bereich gemäß § 7 der Berufsordnung und § 7 (5) (Leitender Notarzt) des Hessischen Rettungsdienstgesetzes und Punkt 4, 4.1 des Rettungsdienstplanes für das Land Hessen besonders hingewiesen.

Die Erteilung des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ erfolgt grundsätzlich aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise. Wenn Zweifel an der Eignung des Antragstellers / der Antragstellerin bestehen, ist eine Prüfung durchzuführen.

Ärzte im Praktikum dürfen nicht allein und eigenverantwortlich rettungsdienstliche Tätigkeiten ausüben (vergl. § 34b Approbationsordnung). Die Erteilung des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ erfolgt deshalb erst nach der Vollapprobation.

des/der Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_



Landesärztekammer Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Im Vogelgesang 3  
60488 Frankfurt am Main

**Antrag zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

akad. Grad(e): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

Dienststellung (Assistenzarzt, Oberarzt, u.s.w.): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Erteilung des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ (gemäß dem Beschluß der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 09.03.1996 und dem Präsidiumsbeschluß vom 29.05.1996).

Anbei übersende ich:

- ↪ **Anlage I** (Bescheinigung über klinische Tätigkeit)
- ↪ **Anlage II** (Bescheinigung über intensivmedizinische oder gleichwertige Tätigkeit)
- ↪ **Anlage III** (Bescheinigung über meine NAW/RTH/NEF-Einsätze im Rettungsdienst)
- ↪ **Anlage IV** (Auflistung der mitgeführten Einsätze)
- ↪ **Kursbescheinigungen**
- ↪ **Testatkarte** (falls eine solche ausgestellt wurde)
- ↪ **beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde**
- ↪ **beglaubigte Kopie der AiP-Erlaubnis** (sofern Tätigkeiten als AiP geltend gemacht werden)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

des/der Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anlage I

**Bescheinigung über die geforderte 1jährige klinische Tätigkeit**

Hiermit wird bestätigt, daß oben genannte/r Ärztin/Arzt eine (mindestens **1jährige**) **ganztätige klinische Tätigkeit nach der Approbation bzw. Erlaubnis gemäß § 10 Absatz 4 (BÄO) zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes im Stationsdienst an folgendem/n Akutkrankenhaus/-häusern absolviert hat. Es wurde ihr/ihm eine angemessene Vergütung für ihre/seine Tätigkeit gewährt.**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel d. Klinik, Name u. Unterschrift d.  
Chefarztes oder seines Stellvertreters

\_\_\_\_\_  
Stempel d. Klinik, Name u. Unterschrift d.  
Chefarztes oder seines Stellvertreters

des/der Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Anlage II**

**Bescheinigung über die geforderte intensivmedizinische Tätigkeit**

Mindestens **drei Monate** der in Anlage I genannten Tätigkeit wurden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ganztags auf einer Intensivstation - oder in der Anästhesiologie im operativen Bereich - oder in einer Notaufnahmeeinheit (Bitte Nichtzutreffendes streichen), deren Tätigkeitsspektrum zu grundlegenden Kenntnissen und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von lebensbedrohlichen Zuständen befähigt, abgeleistet.

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel d. Klinik, Name u. Unterschrift d.  
Chefarztes oder seines Stellvertreters

\_\_\_\_\_  
Stempel d. Klinik, Name u. Unterschrift d.  
Chefarztes oder seines Stellvertreters

Es wird weiterhin bestätigt, daß **während der oben bestätigten Tätigkeit grundlegende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Intensivtherapie vital bedrohlicher Zustände sowie der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den spezifischen Methoden der Notfallmedizin erworben worden sind.**

**Zu den angewandten spezifischen Methoden der Notfallmedizin gehörten insbesondere:**

- **Beatmungen**
- **Intubationen**
- **Schockbehandlungen**
- **Defibrillationen**
- **Schaffung zentralvenöser Zugänge**
- **Thoraxdrainagen**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel d. Klinik, Name u. Unterschrift d.  
Chefarztes oder seines Stellvertreters

des/der Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Anlage III**

**Bescheinigung über die Einsätze im Rettungsdienst**

Hiermit wird bestätigt, daß

Herr / Frau / Dr. med. \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

am Krankenhaus / Abteilung \_\_\_\_\_

mindestens **5** Notarztwageneinsätze oder Rettungshubschraubereinsätze mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen unter Anleitung eines erfahrenen Rettungsarztes absolviert hat (siehe Anlage IV).

Zahl der insgesamt geleisteten Notarzteinsätze: \_\_\_\_\_

Es sind dabei die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie lebensbedrohlicher Zustände bei akuten Erkrankungen und nach Verletzungen aller Art erworben worden. Die Methoden zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen werden beherrscht.

Die Ärztekammer behält sich vor, weitere Nachweise zu fordern.

\_\_\_\_\_  
( Ort und Datum )

\_\_\_\_\_  
( Stempel und Unterschrift des leitenden  
Arztes der für den Rettungsdienst  
zuständigen Krankenhausabteilung bzw.  
des Leitenden Notarztes )

des/der Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Anlage IV**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**begleitete folgende Einsätze mit lebensrettenden ärztlichen Maßnahmen:**

<b>Anzahl</b>	<b>Initialen des Patienten</b>	<b>Geburtsjahr des Patienten</b>	<b>Einsatzdatum</b>	<b>Diagnose</b>	<b><u>Unterschrift u. Stempel</u> des anleitenden Notarztes</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

## Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation

### „Leitender Notarzt“

#### Beschluß der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. April 1999

(In Kraft getreten zum 01. August 1999)

- 1) Nachweis einer andauernden ärztlichen Tätigkeit im Rettungsdienst seit mindestens 4 Jahren (gerechnet vom ersten Tag ab Erhalt des Fachkundenachweises "Rettungsdienst" oder einer gleichwertigen Qualifikation).
- 2) Besitz des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ der Landesärztekammer Hessen oder einer vergleichbaren, von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Qualifikation.
- 3) Facharztanerkennung für ein Gebiet mit Tätigkeit in der Intensivmedizin oder Nachweis einer gleichwertigen klinischen Weiterbildung, d. h. mindestens 4 Jahre anrechnungsfähige Weiterbildungszeiten, **davon mindestens 6 Monate intensivmedizinische Weiterbildung.** (Nachweis der klinischen Weiterbildung erfolgt durch Vorlage von Zeugnissen in beglaubigter Kopie und Arbeitsverträgen in einfacher Kopie)
- 4) Nachweis der Dienstpläne über die Notarztwagen-Einsätze der letzten 6 Monate in dem in Aussicht gestellten Einsatzbereich als „Leitender Notarzt“.
- 5) Absolvierung eines von der Landesärztekammer Hessen durchgeführten Seminars „Leitender Notarzt“ oder Nachweis der vollständigen Teilnahme an einem von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Seminar „Leitender Notarzt“, sofern es mit dem von der Landesärztekammer Hessen durchgeführten Seminar „Leitender Notarzt“ vergleichbar ist.

Die Zulassung zur Teilnahme am Seminar „Leitender Notarzt“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen erfolgt nur dann, wenn die unter 1. - 4. genannten Anforderungen erfüllt sind.

- 6) Erfolgreiche Teilnahme an einer Abschlußprüfung, die unmittelbar im Anschluß an das Seminar „Leitender Notarzt“ durchgeführt wird. Gegenstand der Prüfung sind die Inhalte des Seminars „Leitender Notarzt“. Die Prüfung erfolgt mit jeweils 3 - 4 Teilnehmern, dauert in der Regel 30 Minuten und wird von einer vom Präsidium berufenen Prüfungskommission durchgeführt, die sich aus dem Leiter des Seminars „Leitender Notarzt“, einer/m weiteren Dozentin/en dieses Seminars mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ und einem qualifizierten Vertreter der Berufsfeuerwehr zusammensetzt.

Die Qualifikationsurkunde „Leitender Notarzt“ wird von der Landesärztekammer Hessen ausgestellt und ist für die Dauer von 3 Jahren gültig.

Die Verlängerung der Gültigkeit der Qualifikationsurkunde „Leitender Notarzt“ um jeweils 3 Jahre setzt gemäß § 6 Abs. 5 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes die Absolvierung des entsprechenden Wiederholungsseminars der Landesärztekammer Hessen voraus.

Vergleichbare Fortbildungsveranstaltungen anderer Ärztekammern können als Ersatz für die Teilnahme am Wiederholungsseminar angerechnet werden.