

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz), Drucksache 19/24447

Die Bundesregierung hat einen Referentenentwurf zur Änderung des Notfallsanitätärgesetzes (NotSanG) (Artikel 12) vorgelegt, der mehr Rechtssicherheit für Notfallsanitäter im Einsatz schaffen soll.

Folgende Änderung des NotSanG soll herbeigeführt werden:

Das Notfallsanitätärgesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

„§ 2a

Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

(1) Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung, dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich von heilkundlichen Maßnahmen invasiver Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen,

2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden,

3. für die vorzunehmende Maßnahme in der konkreten Einsatzsituation standardmäßige Vorgaben für das eigenständige Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c

a) nicht vorliegen oder

b) zwar vorliegen, aber von der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter nicht eigenständig durchgeführt werden dürfen, und

4. eine vorherige Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt unter Berücksichtigung des Patientenwohles nicht möglich ist.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit entwickelt Muster für standardmäßige Vorgaben für das eigenständige Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c. Bei der Entwicklung der Muster für standardmäßige Vorgaben sind die Länder zu beteiligen. Die entwickelten Muster für standardmäßige Vorgaben werden vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

2. In § 22 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „ein Jahr im Niederlassungsmitgliedstaat“ durch die Wörter „ein Jahr in einem oder in mehreren Mitgliedstaaten“ ersetzt.

3. In § 23 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „rechtmäßig“ die Wörter „in einem oder in mehreren Mitgliedsstaaten“ eingefügt.

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD) lehnt die Änderung zu Artikel 12 Nummer 1 (§ 2a Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 NotSanG) aus folgenden Gründen ab:

1. In der Organisationsstruktur des deutschen Rettungsdienstes ist eine Notarznachforderung durch das Rettungsfachpersonal grundsätzlich vorgesehen. Dies wird in aller Regel auch organisatorisch zu gewährleisten sein; es stellt sich lediglich die Frage, in welcher Zeitspanne der Notarzt beim Notfallpatienten eintreffen wird. Insofern fehlt unseres Erachtens für § 2a Absatz 1 Nummer 4 NotSanG die realistische Voraussetzung.
2. Der neu aufgenommene Zusatz „unter Berücksichtigung des Patientenwohles“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der zu mehr Rechtsunsicherheit führen wird.¹ Selbst der Deutsche Ethikrat hat in einer Stellungnahme erklärt, dass, auch wenn die Orientierung am Patientenwohl als normativem Leitprinzip der Gesundheitsversorgung intuitiv plausibel erscheint, der Begriff des Patientenwohles nicht eindeutig definiert ist.²
3. Es kann beziehungsweise wird zu einer deutlichen Zunahme von Notarzteinsätzen kommen, da der Notfallsanitäter zukünftig verpflichtet sein wird, vor jeder invasiven Maßnahme, die nicht über § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c abgedeckt ist, einen Notarzt nachzufordern.³ Damit widerspricht dieser Entwurf der Gesetzesbegründung zum NotSanG, die durch eine verbesserte Qualifizierung eine Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze erwartete.⁴ Dies ist vor dem Hintergrund kritisch zu sehen, dass bereits jetzt relevante Ausfallzeiten von Notarzteinsatzfahrzeugen aufgrund fehlender Notärzte zu beklagen sind. Zudem werden die Notarzteinsätze zu lebensbedrohlichen Notfällen nicht zunehmen, da diese bereits jetzt in aller Regel in Zusammenarbeit von Notfallsanitätern und Notarzt stattfinden.
4. Der Notfallpatient wird zukünftig länger auf eine effektive Behandlung durch Notfallsanitäter warten müssen, da dieser zunächst versucht, eine ärztliche Abklärung beziehungsweise Absicherung herbeizuführen. Der Notfallsanitäter gerät in den Gewissenskonflikt, ob er invasiv tätig werden oder auf das Eintreffen oder zumindest die ärztliche Freigabe/Abklärung warten soll. Ersteres wird dann weiterhin im rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB stattfinden. Ebenso erwähnt der Gesetzgeber nicht, wie sich ein Notfallsanitäter verhalten soll, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt, die Maßnahme nicht über § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c delegiert wurde und der Notarzt noch nicht eingetroffen ist. Wo genau ist die Grenze zwischen lebensgefährlichem Zustand und dem Abwenden von Folgeschäden?¹ Wann soll der Notfallsanitäter abwarten und wann nicht? § 2a Absatz 1 Nummer 4 NotSanG des Referentenentwurfs entspricht nicht der Realität und ist daher nicht praxistauglich. Auch die Bundesärztekammer lehnt eine vorherige ärztliche Abklärung ab, um unter anderem weitere obligatorische Rückfragen zu vermeiden.⁵
5. § 2a Absatz 1 Nummer 4 NotSanG wird Notfallsanitäter in ihrem Grundrecht aus Artikel 12 Absatz 1 GG verletzen, da die Heilkundeausübung für Gesundheitsfachberufe in einem bestimmten Umfang bereits qua Ausbildung zulässig ist.^{6,7}
6. § 2a Absatz 2 NotSanG lehnen wir ebenfalls ab, da es bereits seit 2014 einen bundesweit breit konsentierten Katalog von invasiven Maßnahmen und Medikamenten gibt (Pyramidenprozess). Dieser wird zwar sehr unterschiedlich in den Ländern umgesetzt, jedoch liegt dessen Umsetzung auch in der Verantwortung der Länder und Kommunen. Neue Muster für standardmäßige Vorgaben würden an dieser Haltung nichts ändern und eher zu Irritationen bei Notfallsanitätern führen, die grundsätzlich an den Inhalten des Pyramidenprozesses ausgebildet und geprüft werden.⁸

7. Sollte der Entwurf in Kraft treten, wird dies keine positiven Auswirkungen auf den Outcome des Notfallpatienten haben. Sehr wohl kommen aber erhebliche Mehrkosten auf die Kostenträger zu.
8. Sollte der Entwurf in Kraft treten, würde dies zu einem deutlichen Attraktivitätsverlust des Notfallsanitäterberufs führen. Der ohnehin bestehende Fachkräftemangel würde sich verstärken und zur Nichtbesetzung von dringend benötigten Rettungsmitteln führen.

Die Bundesärztekammer, die Leistungserbringer, die Gewerkschaften, Juristen und wir lehnen insbesondere die Regelungen in § 2a Absatz 1 Nummer 4 NotSanG ab. Es bleibt daher ein Rätsel, warum die Bundesregierung an dem Vorhaben festhält, obwohl abermals der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu dieser Drucksache auf die erneute Rechtsunsicherheit aufmerksam macht.

Wir können nur noch einmal eindringlich darum werben, § 2a Absatz 1 Nummer 4 NotSanG ersatzlos zu streichen, um eine Verschlimmbesserung der Rechtsunsicherheit und eine Verunsicherung der Notfallsanitäter zu verhindern.

Anmerkung: Um die Lesbarkeit der Informationen zu erleichtern, wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils Personen aller Geschlechter gemeint.

Der DBRD ist die berufsständische Vertretung des deutschen Rettungsfachpersonals. Wir treten ein für die Verbesserung der präklinischen Versorgung aller dem Rettungsdienst anvertrauten Patienten nach derzeit geltendem wissenschaftlichen Stand und den jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, die Verbesserung und Vereinheitlichung der Aus- und Fortbildung des Rettungsfachpersonals, die Etablierung und Unterstützung von geeigneten zertifizierten Kurssystemen, die Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und der Außendarstellung des Rettungsdienstes, die Unterstützung und Durchführung von Forschungsprojekten zu notfallmedizinischen und rettungsdienstlichen Fragestellungen sowie die Verbesserung der Schnittstellenproblematiken zwischen Kliniken, Feuerwehr, Polizei, Arztpraxen und Notdiensten.

Lübeck, 8. Dezember 2020

Für den Vorstand, Beirat und Ärztlichen Beirat

Marco K. König
1. Vorsitzender

Kontakt:

Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de

¹ https://www.dbrd.de/images/stellungnahmen/2020/12-01/stellungnahme_notsanG_brock.pdf

² <https://www.ethikrat.org/themen/medizin-und-gesundheit/patientenwohl/>

³ https://dbrd.de/images/stellungnahmen/2020/12-01/Sarangi_20201008.pdf

⁴ BT-Drucksache 17/11689

⁵ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_SN_MTA_Gesetz_24.08.2020.pdf

⁶ BVerfG – 1 BvR 254/99

⁷ https://dbrd.de/images/stellungnahmen/2020/12-01/Stellungnahme_NotSanG_Heinze_20201029.pdf

⁸ <https://www.dbrd.de/images/algorithmen/AlgoDBRDV5.0Update2020.pdf>