

BDA/DGAI · Roritzerstraße 27 · 90419 Nürnberg

Bundesministerium für Gesundheit  
Frau Bettina Redert  
Referatsleiterin 315  
11055 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)255(6.1)**  
zur öffent. Anh. am 16.12.2020 -  
MTA Gesetz  
10.12.2020

PRÄSIDIUM

Prof. Dr. med. Rolf Rossaint  
Prof. Dr. med. Götz Geldner

Telefon: 0911 / 933 78 0  
Telefax: 0911 / 393 81 95

Nürnberg, den 20.08.2020

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Artikel 12 des Entwurfes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz) in der Fassung vom 31.7.2020**

Sehr geehrter Herr Minister Spahn, sehr geehrte Frau Redert,

die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) begrüßen die Initiative des BMG zur Optimierung der Patientenversorgung in der Notfallmedizin und der Schaffung von Rechtssicherheit für alle in diesem Umfeld Handelnden. Dem MTA-Reform-Gesetz in der Fassung vom 31.07.2020 stimmen wir im Wesentlichen zu.

Wir bedanken uns in diesem Zusammenhang ausdrücklich für die Möglichkeit, dass Herr Prof. Gräsner als Vertreter von BDA und DGAI am 25. August 2020 an der Anhörung in o.g. Angelegenheit teilnehmen kann. Ebenfalls verweisen wir an dieser Stelle auch auf unsere Stellungnahme zum Notfallsanitätäergesetz vom 23.07.2020, die wir in der Anlage nochmals beigefügt haben.

Nachfolgend möchten wir unsere Position nochmals zusammenfassen und Ihnen unsere Unterstützung bei der weiteren Entwicklung des Notfallsanitätäergesetzes anbieten.

Das System aus Rettungsdienstlichem Fachpersonal und Notärzten zur Versorgung von Notfallpatienten hat sich in Deutschland bewährt und zählt zu Recht zu den besten Systemen weltweit. Bei der gemeinsamen Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten und verletzten Patienten bringen alle beteiligten Berufsgruppen ihre erlernten und beherrschten Fähigkeiten und Fertigkeiten mit ein.

Die Versorgung von Notfallpatienten erfordert hohe Kompetenzen bei allen beteiligten Fachgruppen. Der Notfallsanitäter mit einer 3 Jahre umfassenden Qualifikation stellt eine

deutliche Kompetenzsteigerung zum vorherigen Rettungsassistenten dar. Notärztinnen und Notärzte verfügen neben einem 6 Jahre umfassenden Studium, einer Approbation mit Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, einer mindestens 2-jährigen klinischen Tätigkeit sowie dem Erwerb der Zusatzbezeichnung ‚Notfallmedizin‘ - basierend auf einer Prüfung vor einer Landesärztekammer - über die höchste Qualifikation für die Versorgung von Patienten in akuter Lebensgefahr sowie bei weiteren akuten medizinischen Notfällen.

Diese Kompetenz ist eine der tragenden Säulen des deutschen Rettungssystems und sichert den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung.

Wir sprechen uns für eine interprofessionelle Notfallversorgung bestehend aus Notärztinnen und Notärzten sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Deutschland aus, sehen aber die generelle eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde nicht als die originäre Aufgabe von Gesundheitsfachberufen an.

Die Notwendigkeit der Durchführung von zeitlich begrenzten und sachlich zu definierenden heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen der Versorgung von vital gefährdeten Patientinnen und Patienten in Situationen, in denen akut keine ärztliche Versorgung möglich ist, bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Inhaltlich sehen wir – aus unserer Sicht – eine Konkretisierung der ärztlichen Kompetenz im Zusammenhang mit der teleärztlichen Konsultationsoption. Gerade in den hier behandelten Notfallsituationen ist die fachliche Unterstützung durch eine Notärztin/einen Notarzt notwendig, um entsprechend kompetent auch telemedizinisch zu unterstützen.

Daher regen wir eine Anpassung des Gesetzestextes in folgender Form an:

*„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 dürfen heilkundliche Maßnahmen auch invasiver Art bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen , auch telenotärztlichen Versorgung dann eigenverantwortlich durchführen, wenn*

- 1) sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen*
- 2) die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um einen lebensgefährlichen Zustand oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden und*
- 3) eine vorherige ärztliche, auch **telemedizinische Abklärung durch eine Notärztin oder einen Notarzt** nicht möglich ist*

Ebenfalls regen wir nachdrücklich eine Änderung in Artikel 12 Punkt 5 Buchstabe b des Referentenentwurfs an, da die vorliegende Formulierung mißverständlich ist.

Der Notfallsanitäterin/dem Notfallsanitäter soll damit in einer Situation, in der zwar standardmäßige Vorgaben existieren, diese aber im konkreten Fall nicht angewendet werden dürfen, für die von ihnen geplanten Maßnahmen die eigenverantwortliche Durchführung von der Heilkunde erlaubt werden. Die Formulierung lässt offen, warum die standardmäßigen Vorgaben nicht angewendet werden dürfen. So kann es sein, dass die standardmäßigen Vorgaben im konkreten Fall dem geplanten Vorgehen widersprechen oder die Notfallsanitäterin/der Notfallsanitäter die vorgegebenen Maßnahmen aufgrund mangelnder Kompetenz nicht durchführen darf. In diesen Bereichen die Ebene des rechtfertigenden Notstands zu verlassen und der Notfallsanitäterin/dem Notfallsanitäter eine Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde (unter Umständen eben auch bei mangelnder Kompetenz zu Durchführung der Maßnahme) zu übertragen, erscheint nicht sinnvoll.

Darüber hinaus bieten DGAI und BDA erneut ihre Unterstützung bei der Entwicklung von Mustern für die standardmäßigen Vorgaben für notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen an und regen an, die Beteiligung von medizinischen Fachgesellschaften ebenfalls im Gesetzestext zu verankern.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Gespräche und Abstimmungen im Vorfeld der Gesetzesänderung und natürlich auch bei der fachlichen Ausgestaltung der medizinischen Handlungsanweisungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Rolf Rossaint  
Präsident DGAI

Prof. Dr. med. Götz Geldner  
Präsident BDA

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) wurde 1961 gegründet und vertritt nahezu 20.000 Mitglieder. Er ist damit einer der größten medizinischen Berufsverbände Deutschlands. Seine satzungsmäßigen Zwecke und Aufgaben sind die weitere Entwicklung der Anästhesiologie im allgemeinen Interesse zu fördern, die beruflichen Belange der im Fachgebiet Tätigen zu wahren sowie die zuständigen Behörden und Stellen in allen einschlägigen Fragen zu beraten.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) wurde 1953 gegründet und vereinigt als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft heute mehr als 15.000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Nach ihrer Satzung hat sie die Aufgabe, Ärzte zur gemeinsamen Arbeit am Ausbau und Fortschritt der Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu vereinen und auf diesen Gebieten die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.