

BDA/DGAI · Roritzerstraße 27 · 90419 Nürnberg

PRÄSIDIUM

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)255(6)
zur öffentl. Anh. am 16.12.2020 -
MTA Gesetz
10.12.2020

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

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

Datum: 10.12.2020

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) 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 18.11.2020
Geschäftszeichen: PA 14 – 5410-84

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) begrüßen die Initiativen 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 18.11.2020 stimmen wir im Wesentlichen zu, sehen aber im Hinblick auf die jetzt neu im Entwurf eingebrachten Passagen im Artikel 12 (Änderung des Notfallsanitätäergesetzes) die Notwendigkeit für Anpassungen.

Wir bedanken uns in diesem Zusammenhang ausdrücklich für die Möglichkeit, dass Herr Prof. Gräsner als Vertreter von BDA und DGAI am 16. Dezember 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 und 20.8.2020, 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.

Eine bisher diskutierte Ergänzung zu § 1 ist in dem aktuellen Entwurf aufgegeben worden. Stattdessen soll nun ein § 2a eingeführt werden, der inhaltlich jedoch der früher vorgeschlagenen Ergänzung zu § 1 weitgehend entspricht. Lediglich der Einleitungssatz wurde umgestellt und die verwirrende Darstellung zu Ziffer 5 neu gefasst.

Zum Vergleich die maßgeblichen alten und neuen Vorschläge (gleiche Sätze/Passagen mit hochgestellten Ziffern, Nummerierung orientiert am neuen Vorschlag) **sowie die aktuelle Gesetzeslage (§ 4):**

Alter Vorschlag einer Ergänzung des § 1 Abs. 1 :

Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1³ dürfen heilkundliche Maßnahmen auch invasiver Art⁴ bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes¹ oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung² dann eigenverantwortlich durchführen⁵, wenn

3. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen
4. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um einen lebensgefährlichen Zustand oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden und
5. eine vorherige ärztliche, auch teleärztliche Abklärung nicht möglich ist⁷, und für die vorzunehmende Maßnahme in der konkreten Einsatzsituation⁶ entweder

- a) standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b nicht vorliegen oder
- b) vorliegende standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c von der Person mit einer Erlaubnis nach Satz 1 nicht angewendet werden dürfen.

Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit entwickelt für notfallmedizinische Zustandsbilder und – situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Muster für standardmäßige Vorgaben und macht diese bis spätestens zum 31. Dezember 2021 im Bundesanzeiger bekannt. Bei der Entwicklung der Muster für standardmäßige Vorgaben sind die Länder zu beteiligen.“

Neuer Vorschlag neuer § 2 a:

„(1) Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes¹ oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung², dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter³ heilkundliche Maßnahmen, einschließlich von heilkundlichen Maßnahmen invasiver Art⁴, dann eigenverantwortlich durchführen⁵, wenn

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

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

3. für die vorzunehmende Maßnahme in der konkreten Einsatzsituation⁶ standardmäßige Vorgaben für das eigenständige Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c (neu)

a) nicht vorliegen oder (= 5 a)

b) zwar vorliegen, aber von der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter nicht

eigenständig (neu) durchgeführt werden dürfen, und (= 5 b)

4. eine vorherige Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt unter Berücksichtigung des Patientenwohles nicht möglich ist⁷. (es fehlt: teleärztlich)

(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.“

§ 4 bleibt unverändert, dort werden aber (nur) – allerdings weithin wortgleich zugeplanten § 2a - **Ausbildungsziele** genannt.

So heißt es in **§ 4 Abs. 2 Nr. 1 c)**:

„(2) Die Ausbildung nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

a) (...)

b) (...)

c) Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind,
(...)“

§ 4 Abs. 2 Nr. 2c ist ebenfalls unverändert und lautet

„2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

a)...

b) eigenständiges Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und

c) eigenständiges Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten

notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.

Dazu ist anzumerken:

Während die „eigenständige“ Mitwirkung im Rahmen der Delegation erfolgt (im Einzelfall oder standardmäßig vorgegeben), weist der Begriff „eigenverantwortlich“ bei der Beschreibung der Ausbildungsziele auf die von der Delegation unabhängige Ausübung der Heilkunde hin – mit allen damit verbunden Konsequenzen im Hinblick auf die rechtliche Verantwortung des vor Ort Handelnden. So heißt es auf S. 83 in der Begründung zum Gesetzentwurf –zutreffend allerdings nur im Hinblick auf die rechtliche Verantwortung:

„Diese Konkretisierung der heilkundlichen Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern dient zum einen dem Schutz der Berufsangehörigen selbst. Sie übernehmen ab dem Zeitpunkt, in dem sie eigenverantwortlich entscheiden, eine heilkundliche Tätigkeit an der Patientin und am Patienten vorzunehmen, auch haftungsrechtlich die alleinige Verantwortung für die Tätigkeit als solche und auch dafür, dass die vorgenommene Maßnahme zum Zeitpunkt ihrer Durchführung die einzig mögliche und angemessene Option ist.“

Der vorgeschlagene § 2a soll also– augenfällig als eigener Paragraf und nicht nur, wie zuvor geplant als Ergänzung von § 1 - dazu dienen, über die Definition der Ausbildungsinhalte hinaus klarzustellen, dass dem/der Notfallsanitäter*in die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde ausdrücklich – und nicht nur im Rahmen einer „Notkompetenz“ – eingeräumt werden soll.

Die geplante Regelung will Rechtssicherheit bringen, tatsächlich schafft sie aber durch die zum Teil unscharf definierten Einschränkungen – z.B. in § 2a Abs.1 Nr.2 - erhebliche Auslegungsprobleme, die das Risiko, dass der Einsatz als „eigenverantwortlicher“ in Frage zu stellen und damit u. U. rechtswidrig ist, erhöhen. Bei der Beschreibung von Ausbildungszielen mag eine solche Unschärfe hingenommen werden, bei der Definition einer Erlaubnis aber nicht.

In keiner Weise nachvollziehbar ist die Regelung in § 2a Abs. 1 Nr. 3b, die ja bedeuten könnte, dass eine Erlaubnis zur Durchführung einer Maßnahme erteilt wird, die vom Durchführenden nicht beherrscht wird. Für einen solchen Tatbestand darf aber schlechterdings keine „Approbation“ erteilt werden.

Eine Erlaubnis, die von einer Fülle unscharfer – oder, wie gerade gezeigt, unvertretbarer - Voraussetzungen abhängig gemacht wird, die zudem zum Teil in der Einsatzsituation vom Handelnden gar nicht nachprüfbar sind (z.B. „vorherige Abklärung durch einen Arzt/eine Ärztin (welcher/welche?) nicht möglich“), schafft Rechtsunsicherheit und erhöht das (straf-)rechtliche Risiko des Handelnden – also das Gegenteil von dem mit der geplanten Neufassung verfolgten Ziel.

Außerdem wird es immer auch Situationen geben, die vom geplanten § 2a nicht umfasst sind und die den Grundsätzen der „Notkompetenz“ (§ 34 Strafgesetzbuch) folgen, worauf die Begründung zum neuen Gesetzentwurf ja selbst hinweist:

„Die Neuregelung ist nicht abschließend. Neben den durch die Vorschrift geregelten Fällen können auch zukünftig Einsatzkonstellationen in der Praxis nicht ausgeschlossen werden, in denen Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter gezwungen sein könnten, heilkundliche Tätigkeiten zu verrichten, ohne dass alle Voraussetzungen der Regelung erfüllt sind. § 34 des Strafgesetzbuches bleibt insofern als Auffangregelung erhalten.“

Das Ziel, die durch die Anwendung des § 34 Strafgesetzbuch bestehende Rechtsunsicherheit zu beenden, wird nicht erreicht.

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

Ebenfalls regen wir nachdrücklich eine Änderung in Artikel 12 § 2a Abs. 1 Nr. 3b des Gesetzentwurfs 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. Götz Geldner
Präsident BDA

Prof. Dr. med. Rolf Rossaint
Präsident DGAI

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.