



Wortprotokoll der 124. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 16. Dezember 2020, 16:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
WebEx-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der techni-
schen Assistenzberufe in der Medizin und zur Än-
derung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz)**

BT-Drucksache 19/24447

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-
schätzung

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung



- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Heilpraktiker – Berufsbild schützen und weiterentwickeln

BT-Drucksache 19/24648

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
Haushaltsausschuss

nicht lektorierte Fassung

**Mitglieder des Ausschusses**

| | Ordentliche Mitglieder | Stellvertretende Mitglieder |
|-----------------------|--|---|
| CDU/CSU | Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi | Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias |
| SPD | Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa | Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar |
| AfD | Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe | Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian |
| FDP | Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole | Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina |
| DIE LINKE, | Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia | Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula | Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna |



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

nicht lektorierte Fassung



Beginn der Sitzung: 16:52 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige und Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung im Ausschusses für Gesundheit, die heute wieder in einer Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting stattfinden wird. Es ist unsere 124. Sitzung. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, sich mit Ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst alle stumm zu schalten. Zum weiteren Verfahren komme ich später. Wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz)“. Dazu kommt ein Antrag der AfD - Heilpraktiker – Berufsbild schützen und weiterentwickeln. Nach Darlegung der Bundesregierung sichern die Berufe in der medizinischen Technologie im medizinisch-technischen Bereich eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie nehmen demnach im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie mit den ihnen im jeweiligen Beruf vorbehaltenen Tätigkeiten eine technische Schlüssel-funktion ein. Durch die Corona-Pandemie sei diese Funktion insbesondere bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation besonders deutlich geworden. Da die bisher maßgeblichen Gesetze für die Ausbildung dieser Berufe aus den Jahren 1993 beziehungsweise 1994 stammen, sei eine umfassende Reform nötig, um die sich stetig weiterentwickelnden technischen, medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Ausbildung zu integrieren und die Ausbildung zeitgemäß und attraktiv auszugestalten. Die AfD möchte mit ihrem Antrag erreichen, dass das Berufsbild des Heilpraktikers in Deutschland geschützt und weiterentwickelt wird. Nach Überzeugung der Fraktion muss das deutsche Heilpraktikergesetz nachgebessert werden, insbesondere was die Einheitlichkeit sowie die Qualitäts- und Prüfungsstandards der Ausbildung anbelangt. Soweit zur Übersicht. Bevor wir anfangen, will ich den Ablauf der Anhörung einführen. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf

die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die CDU/CSU entfallen 32 Minuten, auf die SPD 19 Minuten, auf die AfD 11 und auf die FDP 10 Minuten. DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben jeweils neun Minuten Fragezeit. Ich darf darum bitten, dass man sich bei Frage und Antwort kurz fasst, damit wir viel schaffen können. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie bei uns hier im Saal auf dem Videowürfel zu sehen. Des Weiteren bitte ich im Saal darauf zu achten, dass die Mobiltelefone nicht klingeln. Ein Klingeln kostet, wie immer, fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Homepage des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich jenen Sachverständigen danken, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Wegen einer namentlichen Abstimmung müssen wir die Anhörung nach dem Frageblock von CDU/CSU für 15 Minuten unterbrechen, damit die Kolleginnen und Kollegen ihre Stimme im Plenum abgeben können. Ich bitte Sie, nach der Abstimmung zügig in die Anhörung zurückzukehren, sodass wir die Sitzung fortsetzen können. Leider hat unsere Planung nicht so geklappt, wie wir uns das gewünscht haben, weil die Fragestunde heute länger gedauert hat als vorgesehen. Wir beginnen jetzt mit der ersten Frage der CDU/CSU-Fraktion, und die erste Frage stellt die Kollegin Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Christiane Maschek. Mit dem nun vorliegenden MTA-Reform-Gesetz geht die Reform der Ausbildungen insgesamt mit vier technischen Assistenzberufen einher. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf insgesamt?

ESVe **Christiane Maschek**: Ich bedanke mich erst einmal rechtherzlich, hier als Expertin gehört zu werden und begrüße, dass dieser längst überfällige Schritt der Reformierung des MTA-Gesetzes von der Bundesregierung in Angriff genommen worden ist. Ich danke auch Herrn Spahn und dem BMG dafür. Der vorliegende Gesetzentwurf zeigt die Wei-



terentwicklung des Berufsbildes und die veränderten Ausbildungsanforderungen der MTA-Berufe, die mit fachlicher Kompetenz, mit technischen ... [nicht verständlich wegen Nebengeräuschen]. Vier eigenständige Berufe, die eine große Verantwortung in Diagnostik und Therapie einnehmen und gerade jetzt ihre Kompetenzen in der Pandemie unter Beweis stellen. Der Gesetzentwurf zeigt umfassende Änderungen und bildet eine zukunftsfähige Ausbildung ab, die sich dem Fortschritt entsprechend in Medizin und Medizintechnik, digitalen Systemen oder dem veränderten Krankheitsspektrum anpasst. Zu begrüßen sind daher die Namensänderungen, die verstärkt im Fokus stehenden, Kompetenz orientierten Ausbildungsziele und die Vorbehaltsaufgaben, die teilweise der Realität entsprechend angepasst worden sind. Zu begrüßen sind weiterhin die Rahmenvorgaben zur Ausbildung mit dem Ziel, eine bundeseinheitliche Qualität der Ausbildung zu schaffen, die Kostenfreiheit der Ausbildung mit einem Ausbildungsgehalt zu versehen und die Regelung zur Teilzeitausbildung sowie der Einsatz der Praxisanleitung und Praxisbegleitung. Allerdings sind an einigen Stellen im Gesetz noch Korrekturen zu empfehlen und vorzunehmen, wie zum Beispiel bei der Präzisierung der Kompetenzen bei den Vorbehaltstätigkeiten oder, analog zum Hebammengesetz, und den absoluten Vorbehalt aufzunehmen. Präzisierung zur Qualifikation der Schulleitung und zum Lehrer-Auszubildenden-Verhältnis sollten korrigiert werden, um hier nur einige Ausnahmen zu nennen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den DVTA. Ich würde gern auch von Ihnen wissen, wie Sie den Gesetzesentwurf insgesamt bewerten. Gehen Sie dabei bitte auch auf die vorgesehene verbindliche Ausbildungsvergütung und Abschaffung des Schulgeldes ein.

Sve **Claudia Rössing** (Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA)): Insgesamt bewerten wir den Gesetzentwurf als gut und möchten uns bedanken beim BMG und Herrn Minister Spahn für den Gesetzentwurf. Mit dem Gesetz wird ein Beitrag zur zukunftsorientierten Ausbildung geleistet, indem die Tätigkeiten der MT zeitgemäß und angemessen abgebildet werden. Die Abschaffung des Schulgeldes sowie die Zahlung einer Ausbildungsvergütung

begrüßen wir, da es eine Gleichbehandlung von Auszubildenden in den Gesundheitsfachberufen darstellt. Die Schulgeldfreiheit und die Ausbildungsvergütung steigern die Attraktivität der Ausbildung und machen unsere MT-Ausbildung konkurrenzfähig. Die dadurch geförderte notwendige Nachwuchsgewinnung von Fachkräften ist auch im Hinblick auf den aktuell herrschenden Fachkräftemangel in den MTA-Berufen wichtig. Dafür ist die Sicherung der Finanzierung der Ausbildung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz ein begrüßenswerter Ansatz. Aber es muss ebenfalls geregelt werden, dass alle MT-Schulen und MT-Einrichtungen der praktischen Ausbildung in der Finanzierung mit berücksichtigt werden und dass auch die Finanzierung der veterinärmedizinischen MT-Fachrichtung gewährleistet wird sowie die Finanzierung der notwendigen Investitionen aller MT-Schulen. Bedauerlich finden wir, dass die Akademisierungsmöglichkeit als wichtiger Bestandteil der Fortentwicklung des Berufes in einem komplexen, dynamischen Umfeld nicht aufgenommen wurde. Es sollte zumindest eine Modellklausel für die Erprobung einer grundständigen, hochschulischen Ausbildung in das Gesetz aufgenommen werden. Bedauerlich finden wir auch, wie Frau Maschek, dass die Vorbehaltstätigkeit nicht als absoluter Vorbehalt analog der Regelung im Hebammengesetz geregelt wurde. Denn gerade die Sach- und Fachkunde der MT-Berufe sowie die Verantwortung für die Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten wird dadurch wieder relativiert. Dabei ist das Ziel der Vorbehaltstätigkeit die Gewährleistung der Gefahrenabwehr und dient durch die Regelung als absoluter Vorbehalt, dem Patientenschutz und der Qualität der Gesundheitsversorgung. Weiterhin sehen wir als DVTA Nachbesserungsbedarf beim Lehrer-Auszubildenden-Verhältnis mit einer Anpassung auf 1:15, bei der Qualifikation der Schulleitung mit einem Zusatz einer Ausbildung nach § 1 der jeweiligen Fachrichtung, der Anpassung des Anteils der Praxisanleitung auf 15 Prozent. Die Aufnahme des Fernunterrichts analog zum Physiotherapeutengesetz zur Aufrechterhaltung der in der Pandemie geschaffenen digitalen Strukturen, die Aufnahme einer Fachkommission in das Gesetz zur Leistung bundeseinheitlicher Vorgaben der Rahmenlehrpläne und die Aufnahme der Berufsfeldforschung ins Gesetz ist notwendig.



Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Heidary. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker keine Laborleistungen anfordern dürfen sollen. Mich würde interessieren: Wie schätzen Sie diese Änderung ein und inwieweit spielt die Labordiagnostik jetzt bei der Ausbildung der Heilpraktiker eine Rolle?

ESVe **Homeira Heidary**: Wir sehen es nicht als erforderlich an, hier etwas zu ändern in den Gesetzen, weil in der Ausbildung bereits die Thematik der Labordiagnostik sehr thematisiert wird. Wir legen da sehr großes Gewicht darauf. Es gibt ausreichend Literatur explizit für Heilpraktiker in der Ausbildung und selbst in der mündlichen wie schriftlichen Prüfung werden die Heilpraktiker dazu befragt und in der mündlichen Prüfung verhält es sich sogar so, wenn die Laborwerte nicht richtig gewertet werden, ist es ein Ausschlusskriterium. Das heißt, man besteht die Prüfung nicht. Wird die Prüfung bestanden, besteht darüber hinaus eine Fort- und Weiterbildungspflicht die teilweise von Ärzten geleitet wird. Das heißt, es sind qualifizierte Dozenten, die die Heilpraktiker ausbilden. Die Gesetzesänderung würde vor allen Dingen die Praxen betreffen, die jetzt vornehmlich Labordiagnostik betreiben und es als sehr wichtiges Instrument ansehen. Das würde die Patientensicherheit beschneiden, wenn die vorher schulmedizinische Anamnese durch die Labordiagnostik nicht verifiziert werden kann. Das will keine Partei, dass die Patientensicherheit gefährdet ist. Diese Argumente sind sehr wichtig und der Kritikpunkt, dass die Heilpraktiker nicht qualifiziert seien, die Labordiagnostik zu interpretieren, widerlegt die Schadensstatistik der Continentalen. Das ist die Berufspflicht der Heilpraktiker. Der Landesdirektor der Continentalen hat bestätigt, dass es kaum Schadensfälle verursacht durch Heilpraktiker gebe. Diese bezahlen im Jahr 145 Euro Beitragsgebühr und haben eine Deckungssumme von drei Millionen Euro. Diese Relation würde gar nicht zustande kommen, wenn es viele Schadensfälle geben würde. Diese vier Argumente sprechen dafür, dass Heilpraktiker weiterhin die Labordiagnostik betreiben. Die IQHP (Initiative für Qualitätssicherung im Heilpraktikerberuf) möchte seit 2017 eine Änderung der Leitlinien mit einer bundeseinheitlichen Vereinheitlichung und Standardisierung der Ausbildung zur Stärkung der Qualitätssicherung.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Johanniter Unfallhilfe. Wie ist ihre Positionierung zu der vorgesehenen Änderung des Notfallsanitätärgesetzes? Kann diese zu mehr Rechtssicherheit bei der Berufsausführung führen und gleichfalls als praktikabel in der Notfallsituation erachtet werden?

SV **Kevin Grigorian** (Johanniter-Unfall-Hilfe (Johanniter)): Die hier vorgeschlagene Regelung wird jedoch in der Praxis mehrere Probleme bereiten. Zum einen nehmen die Nummer 1 und Nummer 2 die Voraussetzung ... (*nicht verständlich*) was für eine positive Legitimation durchaus gut ist. Zum anderen werden in den vorgesehenen Nummern 3 und 4 zusätzliche Hürden eingebaut, die es als solche vorher nicht gab und die in der Praxis entsprechend geprüft und dokumentiert werden müssten. Dabei führt die Nummer vier nicht nur zu einem Zeitverlust, sondern ist auf mit Blick auf die Erstversorgung in der Notfallsituation eine Hürde, die sich bisher wieder aus den rechtfertigen Notstand nach § 34 StGB noch den Ausbildungsziel des § 4 Absatz 1 Nummer 1 des Notfallsanitätärgesetzes ergibt. Da die Erstversorgung für Notfallpatienten die Urkompetenz des Rettungsdienstpersonals eigentlich abbilden soll, wäre die Nummer vier hier ein massiver Rückschritt. Problematisch ist außerdem die Nummer drei. So verständlich das Ziel der Begrenzung auf die sogenannten 1c-Maßnahmen ist, führt die Negativ-Formulierung über die SOPs dazu, dass mit dieser Regelung ein Aktionismus verbunden sein wird, nur mit dem Ziel, schnell noch SOPs, wenn auch schlecht gemacht oder praktisch kaum umsetzbar, zu erlassen, damit die neu geschaffene Befugnis für diese Notfallbilder nicht anwendbar ist. Anderenfalls kommt es zur paradoxen Situation, dass Notfallsanitätärierinnen und Notfallsanitätärier in Bereichen ohne Vorgaben des ärztlichen Leiterrettungsdienst mehr dürfen als die Notfallsanitätärierinnen und Notfallsanitätärier in den Bereichen, in den Vorgaben bestehen. Wichtig, und das möchte ich an dieser Stelle noch betonen ist die Frage der Haftung für diese Ausnahmeregelung, die hier mitgedacht wird. Zutreffend wird in den Gesetzesentwurf auf die Regelung der Amtshaftung abgestellt, da wir sonst auf das Problem der persönlichen Haftungen der einzelnen Notfallsanitätärierinnen und Notfallsanitätärier zurückfallen würden, was hier weder gewollt noch systematisch vertretbar ist.



Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich zu einem an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Helge Sodan und an die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Unfallchirurgie. Herrn Prof. Dr. Sodan frage ich, ob die vorgesehenen Änderungen rechtlich dafür geeignet sind, mehr Rechtssicherheit in die Berufsausübung der Notfallsanitäter zu bringen und die DGOU frage ich, wie sieht es aus praktischen Gründen bewertet.

[Prof. Dr. Sodan nicht erreichbar]

Sve **Prof. Dr. Dietmar Pennig** (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)): Ich bedanke mich zuerst einmal für die Überarbeitung des Gesetzentwurfes zum Notfallsanitätergesetz. Bei fünf Millionen Einsätzen notärztlicher Art im Jahr in Deutschland wissen wir, über welches Zahlengerüst wir hier nachdenken müssen. Alle diese Einsätze oder die allermeisten finden unter Druck statt und bilden den Querschnitt der Bevölkerung sehr gut ab, von Hochbetagten bis hin zu Kindern. Wir sind der Meinung, dass die Regelung mit den eben angeführten 1c-Maßnahmen zielführend ist. Wir sind ebenfalls der Meinung, dass die jetzt schon in vielen Bereichen existierenden und erprobten und validierten SOPs vollkommen ausreichend sind, um die Handlungs- und Rechtssicherheit für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu schaffen. Der rechtfertigende Notstand über diese SOPs hinaus abzuweichen, reicht nach unserer Auffassung vollständig aus, um Schaden von Patienten, die notärztlich versorgt werden müssen, abzuwenden.

Abg **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage gerne an die Bundesärztekammer richten. Im MTA-Reform-Gesetz liegt ein Änderungsantrag vor, der eine sozialversicherungsrechtliche Ausnahme für die in den Impfzentren tätigen Ärztinnen und Ärzte vorsieht. Wie bewerten Sie diese Regelung und wie ist ihre Einschätzung bezüglich einer vergleichbaren Regelung für die Ärztinnen und Ärzte in den Testzentren?

SVe **Dr. Heidrun Gitter** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir bewerten diesen neu hinzugekommene Antrag als extrem positiv und eine ganz hilfreiche, unbürokratische Lösung für ein Riesenproblem,

was wir aus der Versorgung und der Unterstützung der Versorgung der Flüchtlinge aus 2015 kennen. Es ist eine sehr gute Idee, ich kann es nur befürworten. Ich würde ergänzend darum bitten nachzudenken, ob man über die Ärztinnen und Ärzte hinaus, die in den Impfzentren arbeiten, überlegen kann, ob man das eventuell auf andere freiwillig Teilnehmende aus Gesundheitsberufen mit einer regelten staatlichen Ausbildung ausdehnen kann. Dies wäre noch eine Ergänzung. Bei den Testzentren ist es grundsätzlich eine Überlegung, ob es vielleicht etwas spät kommt, weil das Fernziel sein soll, die Testung, so wie natürlich später bei der Impfung, wieder in die Regelversorgung überzuleiten. Grundsätzlich finde ich sollten die Aufrufe, die wir starten, damit wir Hilfskräfte haben für diese Notfallversorgung, in dieser außergewöhnlichen Situation unbürokratisch geregelt werden. Dafür ist es ein sehr guter und gelungener Beitrag.

Abg. **Alexander Kraus** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Berufsverband der Akkreditierten Labore in der Medizin. In Ihrer Stellungnahme schlagen Sie vor, bei der Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen in § 15 auch eine mehrjährige Berufserfahrung mit Tätigkeiten, die denen einer medizinischen Technolgin für Laboratoriumsanalytik oder eines medizinischen Technologen für Laboratoriumsanalytik entsprechen, im Umfang der Gleichwertigkeit auf die Dauer der Ausbildung zu berücksichtigen. Können Sie diesen Vorschlag bitte noch einmal konkretisieren?

SV **Michael Müller** (Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM)): Für uns ist es wichtig, dass die Beschäftigten in Laboratorien, beispielsweise medizinische Fachangestellte, biologisch-technische Assistenten oder chemisch-technische Assistenten, die schon über viele Jahre nach der Ausbildung, nach der Schulung, nach der Einarbeitung und nach der Beaufsichtigung, entsprechend der Ausnahmeregelung des MTA-Gesetzes tätig sind, dass die, wenn sie den MTLA-Beruf jetzt im Beruf der medizinischen Technologen in der Laboranalytik ergreifen möchten, auch ihre lebenslange Berufserfahrung mit anerkannt bekommt. Deswegen würden wir es für zielgerichtet halten, im § 15 auch die Berufserfahrung im Sinne der Gleichwertigkeit mit zu prüfen und anzuerkennen und dann zum Beispiel auch im Bereich der praktischen Ausbildung



mit anzurechnen. Das ist ein Interesse derjenigen Berufsgruppen, die gerne medizinische Technologien werden möchten und es ermöglicht ihnen diese Berufserfahrung mit in diese Ausbildung einzubringen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe. Die Frage ist: Wie ist ihre Einschätzung zu der vorgesehenen Änderung der Berufsbezeichnung und wie bewerten sie die im § 5 geregelten vorbehaltenen Tätigkeiten für medizinische Technologinnen und medizinische Technologen? Vielleicht können Sie auch die Frage beantworten, warum ist es sinnvoll ist, zum Beispiel im Bereich der Labordiagnostik, wie von der Kollegin angesprochen, nicht einen Schlüssel 1:20, was das Lehrer-Schüler-Verhältnis angeht, sondern 1:15 zu machen?

Sve **Evelyn Adams** (Bundesverband Lehrende in Gesundheit- und Sozialberufen): Bezüglich ihrer Frage der Einschätzung zur Berufsbezeichnung: Das zentrale Merkmal des MTA-Berufsbilds ist die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der gesetzlich verankerten vorbehaltenen Tätigkeiten. Assistenz Tätigkeiten gehören dagegen jetzt nicht mehr zur bestimmenden Kennzeichnung des beruflichen Aufgabenspektrums. Daher verfehlen die bisherigen Berufsbezeichnungen den zentralen Kern und sie stellen eher sogar eine begriffliche Degradierung dar, die mit der beruflichen Tätigkeit systematisch abgewertet wird. Die zukünftige Berufsbezeichnung „medizinische Technologin“ oder „medizinischer Technologe“ bildet hier das berufliche Aufgabenfeld adäquat ab und wird der Eigenständigkeit der Berufe dadurch besser gerecht. Die vorbehaltenen Tätigkeiten, die nun in dem Aufgabenspektrum aufgenommen werden, kennzeichnen den hohen Grad der Verantwortung, die hinter den Berufszeichnungen tatsächlich verankert sind. Die diagnostischen Eingriffe bergen hier ein Gefahrenpotenzial und die Durchführung erfordert besondere Sorgfalt auf der Basis einer hohen Qualifikation. Die Anforderungen an Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung sind hoch und die berufliche Tätigkeit ist die Voraussetzung für weitere gezielte Diagnostik und Therapie. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität

muss die Ausübung dieser Tätigkeit sehr genau betrachtet und definiert und ggf. auch reglementiert sein. Die Beibehaltung bzw. die Anpassung der vorbehaltenen Tätigkeiten stellt mit Sicherheit eine geeignete Maßnahme dar, um den Anforderungen so gerecht zu werden. Die Komplexität der Arbeitsprozesse die hier dahinter liegen wird dadurch auch noch einmal zum Ausdruck gebracht. Ihre zweite Frage bezüglich der Klassenstärke: Der Herabsetzung von 1:20 auf 1:15 beruht auf Erfahrungen in den anderen gleichwertigen Ausbildungsberufen, die davon profitieren, dass Klassenverhältnisse auf 1:15 herabgesetzt werden, um hier tatsächlich auch den Anforderungen im Rahmen der theoretischen und auch fachpraktischen Ausbildung gerecht zu werden und individuelle Lernerfolge bzw. Lernbegleitung abzubilden. Habe ich jetzt alle Anteile Ihrer Fragestellung beantwortet?

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich zum einen an die ARGE RettRecht und falls Herr Prof. Dr. Sodan mittlerweile da ist, auch an ihn. In dem Gesetzentwurf ist nun tatsächlich vorgesehen mehr Rechtssicherheit für die Rettungssanitäter herzustellen. Ist dieser aus rechtlicher Sicht geeignet, dem Ziel näher zu kommen?

SV **Frank Sarangi** (Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienstrecht (ARGE RettRecht)): Wir haben den Entwurf an sich einer kritischen Prüfung unterzogen und sind der Auffassung, dass der Weg schon richtig ist, aber man trotzdem im Wortlaut noch ein paar Stolpersteine hat. Mit § 2a Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 haben sie als Gesetzgeber eine Klarstellung erreicht, die verdeutlicht, dass man das Handeln des Notfallsanitäters in der Grauzone aus § 2c und auch aus § 34 Strafrecht raus, in das eben eintrichtern möchte, was bisher ungeklärt war. Das schaffen sie auch nach unserer Auffassung mit diesem Wortlaut, weil sie abgrenzen und klar die Grenze einsetzen, dass die heilkundliche Tätigkeit nur auf solchen Maßnahmen beschränkt ist, die tatsächlich in der Ausbildung erlernt werden. Das ist bis dato auch für andere Gesundheitsfachberufe Rechtsprechung. Das Bundesverfassungsgericht etwa veröffentlichte NJW 2000, 2736 als Referenzentscheidung die auch sagen, Gesundheitsfachberufe dürfen bestimmte heilkundliche Tätigkeiten in den Grenzen ihrer Berufsausübung so ausüben. Das heißt, mit Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2



schaffen sie einen guten Rechtsrahmen und wir glauben auch eine gute Rechtssicherheit. Wo wir etwas drüber stolpern und zwar auch im Hinblick auf mögliche organisationsrechtliche Probleme, ist die Nummer 3b. Nummer 3a ist an sich eine juristische Klarstellung, bei der wir nicht so klar wissen, braucht man die oder nicht. Sie ist aber nicht schädlich. Was aber problematisch ist, ist die Nummer 3b. Wenn sie von Kommune zu Kommune unterschiedliche SOPs oder BPR oder wie auch immer sie die Vorgaben nennen wollen, haben, wird man irgendwann mal, wenn man den Absatz 2 von § 2a hinzunimmt, die ärztlichen Leiter fragen, warum ist das in eurer Kommune nicht erlaubt? Man will auch den Arbeitgeber mal fragen, warum dürfen die das bei euch nicht, wenn sie es doch in der Ausbildung erlernen. Das Ausbildungscurriculum ist nun mal weitestgehend einheitlich. Das heißt, wir sehen, wenn man es kritisch betrachtet, in Absatz 1 Nummer 3b ein mögliches zukünftiges organisatorisches Problem, nicht auf Ebene der Notfallsanitäter, sondern vielmehr auf Ebene der Kommune und der ärztlichen Leiter Rettungsdienst, weil vielleicht irgendwann mal der Rechtsfertigungszwang entsteht, warum bestimmte SOPs oder SHAs eben nicht etabliert werden oder nicht freigegeben werden. Bei Nummer 4 ist es so, das ist eine Vorgabe, die kann man stehen lassen, man braucht sie aber nicht. Die Nummer 4 ist eigentlich eine zusätzliche Rechtfertigung für die Notfallsanitäter, warum er eine bestimmte heilkundliche Maßnahme durchgeführt. Er muss sich aber so oder so, wenn er heilkundliche Maßnahmen durchführt am Patienten ohne Notarzt, dafür natürlich im gewissen Umfang juristisch rechtfertigen. Sprich, das gut dokumentieren, eine vernünftige Anamnese machen, eine Befunderhebung und natürlich bestimmte therapeutische Parameter abklopfen. Das heißt, die Nummer 4 von ihrem Absatz 1, die ist nicht schädlich, sie gibt ein zusätzliches juristisches Rechtfertigungselement für den Notfallsanitäter her, weil wir einen unbestimmten Halbsatz haben, der nämlich sagt, Berücksichtigung des Patientenwohls. Berücksichtigung des Patientenwohles würde dann in einem späteren hinzugedachten Haftungsprozess dazu führen, dass man anhand des Protokolls des Notfallsanitäters entscheiden muss, war die Durchführung der heilkundlichen Maßnahme aus der Sicht ex ante ok oder nicht. Wir sehen Nummer 4 nicht als hoch kritisch an, sondern sehen ihn durchaus als zusätzliche rechtliche Sicherheit für

den Notfallsanitäter. Wenn sie Nummer 3 und Nummer 4 streichen, wäre das aber sicherlich die juristisch einfachste Komponente, weil sie nämlich mit Absatz 1 Nummer 1 den rechtlichen Rahmen setzen und damit auch auf der Linie der von mir zitierten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts liegen. In der Entscheidung ging es natürlich nicht um Notfallsanitäter, sondern um einen anderen Gesundheitsfachberuf, aber rechtstechnisch ist das möglich.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich schlage vor, dass wir jetzt ein Cut machen. Die CDU/CSU hat noch gut vier Minuten und es wird versucht Kontakt aufzunehmen zu Prof. Dr. Sodan, so dass wir jetzt eine Pause machen von 15 Minuten, damit wir die namentliche Abstimmung machen können. In 15 Minuten geht es weiter. Um 17:40 Uhr wird die Anhörung fortgesetzt. Damit ist die Sitzung unterbrochen.

Sitzungsunterbrechung von 17:25 bis 17:42 (namentliche Abstimmung)

Der **Vorsitzende**: Ich darf die unterbrochene Sitzung wieder eröffnen, und mittlerweile ist Prof. Dr. Sodan im System. Ihm ist die Frage mitgeteilt worden, so dass ich ihm direkt das Wort erteilen kann.

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich bitte zunächst sehr um Nachsicht für die technischen Probleme. Wir haben wirklich alles versucht, und ich freue mich, dass ich jetzt noch telefonisch zugeschaltet bin. Frau Abg. Maag, die von Ihnen angesprochene Rechtssicherheit ist ein wesentliches Teilelement des Rechtsstaatsprinzips. Sie gebietet vor allem Klarheit sowie die Beständigkeit staatlicher Entscheidungen und soll zur Verlässlichkeit der Rechtsordnung beitragen. Rechtssicherheit verlangt Rechtsklarheit, denn der einzelne Bürger muss erkennen können, was von ihm verlangt wird. Die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Rechtssicherheit sind umso höher, je intensiver eine Norm in die Grundrechte der Betroffenen eingreift. Die im Entwurf des MTA-Reform-Gesetzes vorgesehene Änderung des Notfallsanitätergesetzes dient dem Schutz der Grundrechte sowohl der Notfallsanitäter selbst, als auch der Patienten. Die Not-



fallsanitäter nehmen hier das Grundrecht der Berufsfreiheit wahr und benötigen, für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit klare gesetzgeberische Vorgaben, welche heilkundlichen Maßnahmen sie durchführen dürfen. Zu Recht betont die Bundesregierung, dass die Konzeption des Notfallsanitätergesetzes den Berufsangehörigen keine ausreichende rechtliche Haltung bei der Ausübung ihres Berufs verleiht. Ergänzend weise ich darauf hin, dass es den Notfallsanitätern auch nicht zumutbar ist, eine Strafbarkeit nur über solche Rechtfertigungsgründe zu vermeiden. Hinzu kommt die drohende Haftungsverantwortung. Die Herstellung von Rechtssicherheit dient zugleich der Verwirklichung, der sich aus den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Patienten ergebenden staatlichen Schutzpflicht. Insoweit hat der Gesetzgeber eine weite Gestaltungsfreiheit. Der im Gesetzentwurf vorgesehene neue § 2a des Notfallsanitätergesetzes schafft die gebotene Absicherung. Er regelt eine sachgerechte Ausnahme vom Alltag per Gesetz, welches anderen Personen als Ärzten und Heilpraktikern, die Ausübung der Heilkunde verbietet. Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter wird im Gesetzentwurf an näher bestimmte Voraussetzungen gebunden, und damit situationsabhängig in begrenztem Umfang und unter Wahrung des sogenannten Arztvorbehalts erlaubt. Würde man nun die im Gesetzentwurf vorgesehenen Nummer 3 und 4, oder nur die Nummer 4, in § 2a, Absatz 1 des Notfallsanitätergesetzes streichen, so könnte man zwar mit den verbleibenden Voraussetzungen auch in gewisser Weise zur Rechtssicherheit beitragen. Dieser Beitrag wäre aber, nach meiner Überzeugung, unzureichend, denn die Nummern 3 und 4 enthalten wichtige Anforderungen, die nicht beseitigt werden sollten. Aus Zeitgründen gehe ich jetzt nur noch auf die Nummer 4 ein, die ja die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter davon abhängig macht, dass eine vorherige Abklärung durch einen Arzt, unter Berücksichtigung des Patientenwohles, nicht möglich ist. Nur allzu berechtigt ist hier die Forderung der Bundesregierung, dass die Länder, die zur Regelung des Rettungsdienstes vor Ort zuständig sind, nähere Festlegungen auf Grund der örtlichen Gegebenheiten und auf Grund regionaler Besonderheiten, treffen sollten. Denn nur wenn ein Notfallsanitäter weiß, an welche ärztliche Stelle er sich in der konkreten Situation wenden kann, und

diese auch prinzipiell erreichbar ist, entsteht für ihn Rechtssicherheit hinsichtlich durchzuführender heilkundlicher Maßnahmen. Zugleich wird die Regelung dann auch praktikabel.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ganz kurz, wie bewertet die Bundesärztekammer die Herausnahme der Heilpraktiker aus § 5 Absatz 5 Heilpraktikergesetz?

SVe **Dr. Heidrun Gitter** (Bundesärztekammer (BÄK)): Also, die Heilpraktiker haben keine Ausbildung und sollen einem Beruf Anweisungen geben, der eine geregelte Ausbildung hat. Das ist absurd, und es wird nicht geregelt. Die Dozentenqualifikation, sie lernen keine Inhalte medizinischer Krankheitsdiagnostik. Ich will es einmal so zusammenfassen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den DVTA. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme die Erprobung einer hochschulischen Ausbildungsvariante in den medizinisch-technischen Berufen. Können Sie das näher begründen?

SVe **Claudia Rössing** (Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA)): Ja, ich hatte anfangs schon einmal ausgeführt, dass die Möglichkeit der Akademisierung wichtig für die Entwicklung des Berufes in einem komplexen, dynamischen Umfeld und der Berufsfeldforschung ist. Diese Möglichkeit sollte natürlich auch für die Tätigkeit in der Diagnostik für die MT-Berufe eröffnet werden. Und zwar sehen wir den Mehrwert in der hochschulischen Ausbildung darin, dass notwendige weiterführende Kompetenzen vermittelt werden, ein interdisziplinäres Wissen zur Interpretation von Ursache-Wirkungskorrelation vorhanden ist, und in Notsituationen eine schnelle und zielgerichtete Kommunikation mit den ärztlichen Kollegen gewährleistet ist. Weitere Vorteile der akademischen Ausbildungsmöglichkeit sind die Sicherstellung des Anschlusses an Europa, in Bezug auf die Qualifikation der Berufe, die Option zur Entlastung des ärztlichen Personals und die Steigerung der Attraktivität der MT-Berufe, Schulabgänger mit Hochschulreife. Dafür halten wir es für erforderlich, dass die MT-Berufe



rufe, wie die Therapie-Berufe, zumindest eine Modellklausel zur Erprobung einer hochschulischen Ausbildung erhalten, und damit soll dann den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 2012 gefolgt werden, der eine Akademisierung von 10 bis 20 Prozent empfiehlt. Damit kommt man dann auch den Forderungen der Robert-Bosch-Stiftung von 2011 zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Gesundheitsversorgung der Zukunft, den Erkenntnissen der GesinE-Studie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie weiteren internationalen empirischen Studien zur Gewährleistung fachlicher Qualifikationen und Patientensicherheitsaspekten nach. Die Berufsfeldforschung ist wichtig, um Entwicklungen und Prozesse abbilden zu können und gegebenenfalls notwendige Reformen zeitnah zu unterstützen und zu ermöglichen, und das dient letztendlich der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Maschek und an ver.di. Der Gesetzentwurf sieht eine Praxisanleitung im Umfang von zehn Prozent vor. Halten Sie diesen Anteil auch im Vergleich zu den erheblich höheren Anteilen, etwa in der Pflege oder bei ATA- und OTA- und der Hebammenausbildung, für ausreichend?

ESVe **Christiane Maschek**: Ich begrüße den Vorschlag des Bundesrates zu Artikel 1, dass die Praxisanleitung 15 Prozent der praktischen Ausbildungszeit betragen soll, nicht nur, um die einheitlichen Regelungen zu schaffen, sondern insbesondere um die angestrebte Qualität in der praktischen Ausbildung zu implementieren. Wir halten es für nicht sinnvoll, 25 Prozent analog den Hebammen, einzuführen, weil dann würden wir keine Praxisanleiter mehr generieren können. Wir haben einen Fachkräftemangel und ich denke, 15 Prozent ist wirklich eine gute Anzahl, um die Aufgaben der Praxisanleiter letztendlich auch abdecken zu können, die mit der Konzepterstellung, Gesprächsführung, Feedback-Gesprächen und der Teilnahme an Prüfungen umfänglich auch geregelt sein muss. Ich denke einfach, dass die zehn Prozent von den 2 000 Stunden nicht ausreichen. Daher plädieren wir für 15 Prozent Praxisanleitung.

SVe **Delphine Pommier** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Für uns ist die Ausbildung in medizinisch-technischen Berufen attraktiv zu gestalten und zeitgemäß, damit heute und in Zukunft auch genug Fachkräfte gewonnen werden können. Insofern begrüßen wir auch ausdrücklich den Gesetzentwurf, sehen aber im Detail Nachbesserungsbedarf. Das ist der Fall bei den Vorgaben zur Praxisanleitung, die längst überfällig sind, allerdings noch zu erweitern sind. Aus unserer Sicht müssen mindestens 20 Prozent der tatsächlichen Ausbildungszeit in Form von geplanter und strukturierter Anleitung erfolgen. Eine höhere Vorgabe als zehn Prozent gibt es bereits in anderen Berufsgesetzen, die Sie ausgeführt haben. Auch der Bundesrat sieht die Notwendigkeit einer höheren Vorgabe. Darüber hinaus müsste aus unserer Sicht in § 20 die Praxisanleitung näher definiert werden. Diese Mindestvorgabe muss sich auf jeden Fall auf die geplante und strukturierte Anleitung beziehen, die auf der Grundlage des Ausbildungsplans erfolgen muss. Wichtig ist uns auch, dass neben diesen zehn oder 20 Prozent auch praktische Anleitungen, Situationen im alltäglichen Ablauf, ermöglicht werden. Dafür muss ausreichend Personal da sein, seien es Praxisanleiter oder qualifizierte Fachkräfte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht in Bezug auf die Änderung im Notfallsanitätärgesetz an den Einzelsachverständigen Dr. Luiz. Sie äußern sich deutlich kritisch zu den Regelungen in § 2 Absatz 1 Nummer 3. Könnten Sie bitte erläutern, worin Sie hier das Problem sehen und dabei gerne auch auf Nummer 4 eingehen.

ESV **Dr. Thomas Luiz**: Zunächst einmal begrüße ich ausdrücklich die Teile des Gesetzes, die in § 2a Absatz 1 Nummer 1 und 2 dargestellt sind. Bei Nummer 3 liegt in mehrfacher Hinsicht ein Problem beziehungsweise aus meiner Sicht ein Widerspruch vor. So nimmt Nummer 3a Bezug auf den § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätärgesetzes. Das sind Maßnahmen im Sinne einer Vorabdelegation. Das sind aber genau andere Fälle als in Nummer 1 und 2 dargestellt werden. Denn diese können nicht eigenverantwortlich erfolgen, also die Fälle nach Nummer 3a, sondern nur in einem sehr engen, vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vorgegebenen Rahmen. In Nummer 3b wird



der Widerspruch noch deutlicher, weil hier die Bedingung gestellt wird, dass zwar Vorgaben gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c solche Situation vorliegen, der Notfallsanitäter diese aber nicht ausüben darf; und dann, wenn ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst einen Notfallsanitäter nach Überprüfung, eine Maßnahme nach 2c quasi untersagt hat, wäre es aus notfallmedizinischer Sicht geradezu fahrlässig, hier den Ausweg oder Umweg über die Nummer 1 zu suchen, wenn er dann hier im eigenverantwortlichen Rahmen und damit weitergehend tätig werden könnte. Bei der Nummer 4 muss man sagen, zeitkritische Situationen, auf die nimmt Nummer 1 und 2 geradezu Bezug, das heißt, akute Lebensgefahr oder schwerwiegende Folgeschäden, erfordern ein unverzügliches Handeln des Notfallsanitäters. Hier nochmal eine Hürde einzubauen, indem man vorher prüft, ob eine ärztliche Abklärung möglich ist, beziehungsweise dann zu definieren, dass erst das Nichtzustandekommen einer solchen Beratung den Notfallsanitäter zum eigenverantwortlichen Handeln legitimiert, würde im Einzelfall zu zeitlich und bezüglich der medizinischen Folgen nicht absehbaren Verzögerungen führen und damit die Notfallsanitäter erst in eine von eigentlich niemandem ernsthaft gewollten Konfliktsituation zwischen dem medizinisch dringend notwendigen und vielleicht rechtlich gebotenen erbringen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Verband Deutscher Privatschulverbände und an die DKG. Die KHG-Finanzierung soll auch auf MTA- sowie ATA/OTA-Schulen übertragen werden, die lediglich über eine Kooperation mit einem Krankenhaus verbunden sind. Wie hoch ist Ihrer Einschätzung nach der Anteil der Schulen, die keine solcher Kooperationen eingehen wollen und um wie viele Auszubildende geht es? Welche Gründe sprechen gegen eine Kooperation und wie könnte deren Refinanzierung stattdessen erfolgen?

SV **Dietmar Schlömp** (Verband Deutscher Privatschulverbände (VDP)): Zum ersten Teil: Wir haben im Moment von den rund 900 Ausbildungsgänge in den Gesundheitsberufen 61 Prozent der Schulen in freier Trägerschaft und 17 Prozent der Schulen in staatlicher Trägerschaft, welche nicht notwendigerweise mit einem Krankenhaus gemäß § 21 KHG verbunden sind, sodass aktuell nur 22 Prozent der

Ausbildungsgänge an Schulen, die mit einem Krankenhaus verbunden sind, durchgeführt werden. Insgesamt zu der Finanzierung im vorgeschlagenen MTA-Reform-Gesetz nach § 76: Wir halten das Konzept momentan für unausgereift, weil es auf der einen Seite einen Kooperationszwang schafft mit den Schulen, um eine Finanzierung zu erreichen. Auf der anderen Seite wird es dann auch ausstrahlen auf andere Berufe in den Gesundheitsfeldern, weshalb wir uns dagegen aussprechen. Das KHG ist in unseren Augen kein Gesetz zur Finanzierung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Die Ausbildung muss vielmehr starker Teil des Berufsbildungssystems bleiben – zukünftig ohne Schulgeld und mit Zahlung eben einer Ausbildungsvergütung. Bei der Finanzierung der Schulen über das KHG sehen wir dadurch auch eine deutliche Schwächung der Schulen, da sie aktuell im KHG kein Mandat haben, über eigene Schulbudgets im Ausbildungsfonds zu verhandeln. Und es fehlt weiterhin im Moment im Gesetzentwurf eine Regelung für jene Schulen, die aus konzeptionellen oder unternehmerischen Erwägungen keine Kooperation mit einem Krankenhaus eingehen wollen oder können und zumeist Ausbildungsstätten des ambulanten Bereichs sind. Von den rund 900 Ausbildungsgängen in den Gesundheitsberufen werden 78 Prozent an Schulen außerhalb des Krankenhauses ausgebildet. Das muss berücksichtigt werden. Daher fordern wir die Schaffung einer auskömmlichen Länderfinanzierung in Anlehnung an Höhe und Umfang der KHG-Finanzierung inklusive der Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung; oder als Alternative eine regelhafte Finanzierung analog dem Pflegeberufegesetz über einen Ausbildungsfonds, womit Schulen in Kooperation und mit den ambulanten Einrichtungen gleichberechtigte Verhandlungspartner sind.

SV **Jochen Vaillant** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Zu den entsprechenden Abstufungen hat bereits der Herr von den freien Schulen etwas gesagt. Es ist in der Tat so, dass das KHG sicherlich für die Frage der Finanzierung, so wie es jetzt im Gesetz steht, nicht zwingend geeignet ist. Ich will das wie folgt festmachen: Wir halten es auf alle Fälle für gut, dass eine Gleichstellung mit der Verbundenheit durch die Kooperation geschaffen wird. Wir sehen aber, dass dies zwingend in § 17a direkt zu finanzieren und zu verankern wäre, weil dann die Möglichkeit besteht, für die Auszubildenden,



die aus den Krankenhäusern kommen und mit denen die Krankenhäuser ein Ausbildungsvertrag abgeschlossen haben, besteht, über das Ausbildungsbudget die entsprechenden Kosten für die Ausbildung geltend zu machen. Das kann aber nur dann gelten, wenn die Auszubildenden tatsächlich aus den Krankenhäusern kommen. Inwieweit für andere Auszubildende der § 17a geeignet ist, wäre eine Frage, die sich unter rechtlichen Aspekten noch mal genau angeguckt werden sollte. Wir sehen es genauso, dass hier eine Lücke entstanden ist, die wir für sehr schwierig halten. Es kann nicht sein und wir halten es für sehr unrealistisch, dass ein Krankenhaus das Budget mit einer selbständigen MTA-Schule verhandelt und verhandeln kann. Das ist aus unserer Sicht auch überhaupt nicht möglich, insbesondere weil die Auszubildenden von Krankenhäusern teilweise nur einen sehr kleinen Teil dieser Schulen ausmachen. Ambulante Träger sind da genauso vertreten. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass eine freie MTA-Schule einem Krankenhaus die Verhandlungen überlässt. Von daher sehen wir es genauso, dass hier eine weitere gesetzliche Vorgabe geregelt werden muss, indem nämlich die Kostenträger und das Land gemeinsam mit der Schule ein Budget vereinbaren analog der Regelung, die im Hebammengesetz teilweise geregelt sind, wo die freien Hebammen ein entsprechendes eigenständiges Budget vereinbart haben über SGB V und dass dieses Budget dann pro Auszubildende verhandelt wird, sodass dann die Krankenhäuser in letzten Konsequenz für ihre Auszubildenden dieses Budget entsprechend in Anspruch nehmen können. Meinetwegen, ich habe fünf Auszubildende, wenn das Budget pro Auszubildende verhandelt ist, ist es ein durchlaufender Posten. Dann wäre es eine Regelung, die müsste im Gesetz verankert werden, was sie bisher nicht ist.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Dachverband Deutscher Heilpraktiker. Bitte erläutern Sie, welchen Umfang und Stellenwert beauftragte Labordienstleistungen in der naturheilkundlichen Praxis haben und welche Alternativen bei einem Wegfall von Laboruntersuchungen zur Verfügung stünden.

SVe **Ursula Hilpert-Mühling** (Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände (DDH)): Der Stellen-

wert von Labordiagnostik ist ein großer in der Naturheilkunde. Ich darf hier anmerken, dass Heilpraktiker die Heilkunde selbstständig ausüben. Dazu gehört die Feststellung von Krankheit. Deswegen dürfen Heilpraktiker grundsätzlich umfassend diagnostisch tätig werden. Für eine Erkennung der Erkrankung und der Beurteilung ihres Verlaufs sind Laborleistungen grundsätzlich geeignet und oftmals unerlässlich. Dafür ist es für unseren Berufsstand erforderlich, labormedizinische Untersuchungen bei entsprechenden Laboren in Auftrag geben zu können. Dies umfasst häufig Laborleistungen, da sie eine wissenschaftlich anerkannte Diagnostik sind, der bei uns bedienen. Wir halten es für sehr wichtig. Mit der Streichung aus dem Gesetz wäre zum einen die Delegationskompetenz von Heilpraktikern und medizinische Technologinnen und Technologen betroffen. Würde diese untersagt, könnten künftig insbesondere Laborgemeinschaften von Heilpraktikern mit medizinischen Technologinnen und Technologen als Mitarbeiter nicht mehr tätig sein. Das ist also durchaus eine existenzielle Bedrohung für etliche dieser Laborgemeinschaften. Es ist für uns schwierig, dass es im Augenblick nicht hinreichend geklärt ist, inwieweit Heilpraktiker wie bisher labormedizinische Untersuchungen weiterhin veranlassen dürfen. Es ist in unseren Augen allein schon für den Patientenschutz unerlässlich. Die Feststellung von Erkrankung und die Verlaufsbeurteilung gehört zwingend zur Ausübung der Heilkunde und erfordert eine Sorgfaltspflicht, die uns Heilpraktikern höchststrichterlich vorgegeben ist. Es ist schwierig, wenn wir es nicht mehr dürfen, wenn also ein Heilpraktiker eine solche Labordiagnostik unterlässt. Wenn sie angezeigt oder zweifelsfrei geboten ist, geht die Rechtsprechung zudem von einem groben Behandlungsfehler aus. Wenn also Heilpraktiker keine medizinischen notwendigen Laborleistungen mehr veranlassen können, würde es nicht nur ein haftungsrechtliches, sondern auch ein strafrechtliches Problem nach sich ziehen. Das heißt, unser Berufsstand bräuchte dringend Rechtssicherheit.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Luiz. Aus welchen Grund sehen Sie den Absatz zwei des § 2a als nicht zielführend an?



ESV Dr. Thomas Luiz: Die hier genannten Maßnahmen, die sich wiederum auf § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c beziehen, fallen in den Verantwortungsbereich der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bzw. der Länder, in deren Auftrag der Ärztliche Leiter Rettungsdienst in der Regel tätig ist bzw. der Gebietskörperschaften, je nach Landesrecht. Diese Regelungen berücksichtigen dann selbstverständlich neben medizinischen Aspekten eine Vielzahl regionaler Spezifika. Dazu gehören, und das ist länderspezifisch sehr unterschiedlich, zum Teil regional sehr unterschiedlich Hilfsfristen, medizinische Infrastrukturen, Verfügbarkeit von Notärzten, von anderen Ärzten, organisatorischen Schnittstellen von anderen Ärzten und anderen medizinischen Dienstleistern, die medizinisch-technische Ausstattung der Rettungsmittel, die ebenfalls nicht bundeseinheitlich ist, sowie die Umsetzbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, unabhängig von der Frage der Verfassungsmäßigkeit, die für mich als Mediziner nicht zu prüfen ist. Aus den genannten Gründen halte ich eine bundesweite Vereinheitlichung nicht für zielführend.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht zum einen an den Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände, Ursula Hilpert-Mühling, und zum zweiten an Homeira Heidary. Die Frage lautet, in der politischen Diskussion war bereits die Forderung zu hören, Heilpraktiker ganz abzuschaffen. Ich vermute, dass sie es schon mitbekommen haben. Können Sie einmal kurz darstellen, warum es aus ihrer Sicht Heilpraktiker braucht, warum sie notwendig sind, was sie für die Patienten leisten können und insbesondere andere im Gesundheitswesen tätige Berufe und Leistungsanbieter dies nicht können und warum die Heilpraktiker damit ein wichtiger Bestandteil innerhalb des Gesundheitssystems sind?

SVe Ursula Hilpert-Mühling (Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände (DDH)): Es ist ein sehr umfangreiches Thema und um es angemessen beantworten zu können, müsste ich sehr weit ausholen. Ich denke, es würde den zeitlichen Rahmen dieser Anhörung sprengen. Ich fasse mich kurz auf die wesentlichsten Punkte. Heilpraktiker ist laut Heilpraktikergesetz ein freier Heilberuf. Er ist in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig. Von

ihrem beruflichen Verständnis her wenden Heilpraktiker verfahren aus der Naturheilkunde, aus der komplementären und alternativen Medizin, auch besondere Therapierichtungen wie Homöopathie, die anthroposophische Medizin oder die traditionelle chinesische Medizin an. Das sind heilkundliche Bereiche, die in der Schulmedizin wenig bis gar nicht anzutreffen sind. Viele Studien belegen, dass der Anteil der Bevölkerung, die solche komplementären und alternativen Heilverfahren in Anspruch nehmen, groß ist und zunehmend steigt. In Deutschland wird der Bedarf an medizinischer Grundversorgung durch die Schulmedizin abgedeckt, dem Wunsch vieler in der Bevölkerung nach einer Befriedigung ihrer individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse, wird dies nicht gerecht. Die Zunahme an Heilpraktikerbehandlungen ist nicht nur mit einem Mangel an ärztlichen Angeboten bezüglich der komplementären und alternativen Heilverfahren begründet. Patienten beklagen auch, dass Ärzte zu wenig Zeit für sie hätten, die Behandlung der Seele zu kurz käme und die schulmedizinische Betrachtung im allgemein zu wenig ganzheitlich auf sie bezogen sei. Das bestätigt auch eine aktuelle Studie der Hochschule Fresenius. Sie befasst sich mit der Zufriedenheit von Patienten in der ambulanten Versorgung durch Ärzte, Heilpraktiker und Therapeuten, hier vorwiegend die Physiotherapeuten unter den Titel „Fühlst du dich gut behandelt“. Heilpraktiker haben in allen abgefragten Themen überragend positiv abgeschnitten, vor Ärzten und Therapeuten. Die wesentliche Aussage war, dass sich Patienten sehr ernst genommen fühlen, was für sie und ihre gesundheitlichen Belange äußerst wichtig ist. Dies zeigt die Wichtigkeit des Heilpraktikers in unseren Gesundheitswesen auf. Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass der Großteil der Patienten, die Heilpraktikerbehandlungen in Anspruch nehmen, Selbstzahler oder privat versichert sind und damit das System in nicht unbeträchtlicher finanzieller Höhe entlasten.

ESVe Homeira Heidary: Das Thema Heilpraktiker abzuschaffen, ist aus zwei Gründen in Erscheinung getreten: Heilpraktiker würden zum einen die Patientensicherheit gefährden, da sie zu viele Schadensfälle verursachen und seien zum anderen nicht ausreichend ausgebildet. Das erste Argument kann man, wie ich vorhin schon erwähnt habe, mit der Statistik der Schadensfälle widerlegen. Das kann



und darf man nicht einfach ignorieren. Es ist lediglich eine Behauptung und stellt eine Vermutung dar, die de facto nicht stimmt. Das zweite Argument ist in Teilen richtig. Es ist tatsächlich so, dass die Ausbildung nicht bundeseinheitlich geregelt ist und vereinheitlicht werden muss. Auch das habe ich vorhin ausgeführt. Die IQHP (Initiative für Qualitätssicherung im Heilpraktikerberuf) fordert schon seit 2017 eine bundesweite Standardisierung der Ausbildung, die eine Qualitätssicherung gewährleisten würde. Das ist die wichtigste und notwendigste Forderung der IQHP, damit die Ausbildung anerkannt wird und den Respekt erhält, den sie verdient. Es gibt hervorragende Schulen, aber eben auch Schulen, die den Standards nicht entsprechen. Das gilt es zu ändern. Nichtsdestotrotz muss man hier erwähnen, dass diejenigen, die die Prüfung aktuell bestehen, gut ausgebildet sind. Sowohl die schriftliche und insbesondere die mündliche Überprüfung fragen ein hohes Maß an fundiertem schulmedizinischem Wissen ab. Die Qualität der Prüfung ist sehr hoch. Das kann man anhand von Protokollen der Gesundheitsämter einsehen. Die Durchfallquote beträgt ca. 80 Prozent. Die Heilpraktiker stellen einen wichtigen, von den Patienten geforderten Pfeiler im deutschen Gesundheitssystem dar. Die Patientensouveränität darf in einer pluralistisch-demokratischen Gesellschaft nicht ignoriert werden. Viele Patienten wünschen sich eine komplementärmedizinische Behandlung, zusätzlich oder unabhängig von einer schulmedizinischen. Das gilt es zu respektieren. Hier darf allerdings die Patientensicherheit nicht außer Acht gelassen werden. Die Patienten müssen wissen, dass, wenn sie zum Heilpraktiker gehen, sie einer ordentlichen schulmedizinischen Anamnese unterzogen werden und die Untersuchung durch die Labordiagnostik verifiziert wird. Wir wollen uns klar abgrenzen von Randerscheinungen wie z.B. von Schamanen o.ä. Als Heilpraktiker sollte man zukünftig solche „Therapien“ nicht mehr anwenden. Es wird deswegen trotzdem weiterhin Schamanen geben, aber nicht unter dem Deckmantel des Heilpraktikers. Die Kritik, dass Heilpraktiker mit nicht evidenzbasierter Medizin arbeiten, ist unwahr. Zunächst einmal spielt selbst in der evidenzbasierten Medizin der Patientewille eine große Rolle. Das ist eine Freiheit, die jeder Patient per se besitzt. Dann ist es für viele komplementärmedizinische Therapien kaum möglich, die Evidenz zu erbringen, da keine Gelder

zur Verfügung stehen, um solche Studien durchzuführen. Das ist einer der profanen Gründe. Zum anderen werden randomisierte Doppelblindstudien, wie es sie z.B. für die Homöopathie oder TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) gibt, schlichtweg ignoriert und nicht ernstgenommen. Unseres Erachtens ist hier ein Paradigmenwechsel notwendig dahingehend, dass Schulmedizin und Komplementärmedizin sich miteinander verzahnen und im Sinne des Patientenwohls und der Patientensicherheit kooperieren (*Beitrag wurde schriftlich nachgereicht*)

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Meine Frage geht an die Frau Dr. Gitter von der Bundesärztekammer. Was meinen Sie, soll es bei dem Berufszugang und der Berufstätigkeit der Heilpraktiker so bleiben, wie es ist oder sehen Sie Reformbedarf und gegebenenfalls welchen oder wollen Sie den Heilpraktiker auch in Deutschland ganz abschaffen? Was halten Sie diesbezüglich auch von unseren Forderungen und unserem Antrag?

Sve Dr. Heidrun Gitter (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich will es einmal frank und frei sagen, die Aufzählung eben war ja sehr deutlich. Der Begriff Naturheilkunde ist ein wenig missverständlich. Im Wesentlichen befassen sich die Heilpraktiker mit Verfahren, die wissenschaftlich nicht evident sind, deren Nutzen nicht evident ist. Ich sage es ganz deutlich, in einem Zeitalter, wo wir den Patienten kompetent machen wollen, damit er selber auf Augenhöhe mitsprechen kann, ihn damit abzuspeisen, seine Befindlichkeiten und Krankheiten behandeln zu wollen, mit Verfahren, die im Grunde genommen keinen entsprechenden Wirksamkeitsnachweis haben, das ist ein bisschen antiaufklärerisch, und, ich sage jetzt einmal, wenn man in der Ausbildung noch Säftelehre macht, also eine kurz nach dem Mittelalter verbreitete Lehre, so finde ich das sehr, sehr schwierig und ich sehe auch irgendwie nicht ein, warum man einen solchen Beruf heute noch in einem aufgeklärten Land wie Deutschland braucht. Wir haben nicht von ungefähr für die Medizin, die Heilkunde anwendung am Menschen, e auf wissenschaftlicher Basis ein sechsjähriges Studium plus eine fünf- bis sechsjährige Facharztweiterbildung. Das gilt im Übrigen auch für Laboruntersuchungen, also ich frage mich, warum einer Labore beurteilen kann nach einer völlig unregelmäßigen Ausbildung und man braucht an sich in Deutschland, um das vernünftig beim Patienten anwenden



zu können, eine zusätzliche Facharztqualifikation. Für andere Belange, das wurde eben deutlich, beispielsweise Physiotherapie, aber auch weitere, wertvolle Gesundheitsberufe, haben wir staatlich geregelte Ausbildungen, die das Berufsbild komplett abdecken. Also ich sehe das hier nicht und ich sage es jetzt noch einmal ganz deutlich, das kam vorhin leider nicht durch, aber, das sage ich jetzt noch einmal, es ist wie beim Märchen mit des Kaisers neuen Kleidern, wo der Kaiser durch die Straßen geführt wird und man soll seine neuen Kleider bewundern und das Kind sagt: „Der Kaiser hat ja gar nichts an“ und dann sehen es auch alle. Das ist eine Schamanenmedizin, ich sage es jetzt einmal so deutlich und ich finde es unverantwortlich, dass man den Bürgerinnen und Bürgern das nicht genau sagt, worum es hier geht. Es geht eben nicht um evidente Heilkunde, wo man sagen kann, dort ist die Diagnose und am anderen Ende ist eine Therapie, wo ich Ihnen als Patienten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sagen kann, sie werden geheilt oder ihr Leiden wird gelindert und ich finde, das sollten wir uns nicht länger leisten.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Jennifer Middelstädt. Der Vorsitzende des Heilpraktikerverbandes Bayern hat laut Ärztezeitung festgestellt, dass eine verbesserte Ausbildung möglich und vielleicht auch richtig wäre. Wir fordern eine einheitliche Ausbildung, zum Beispiel in bestimmten Stundenzahlen, ein bestimmte qualifizierte Ausbildung, einheitliche Prüfungsdurchführung und natürlich auch einen einheitlichen Titel, einen anerkannten Abschluss. Auch einige Krankenkassen sind gerne bereit Heilpraktikerleistungen mit zu honorieren, also erkennen diese an. Sehen Sie das auch so? Können Sie da einmal kurz ein Statement dazu abgeben.

SVe **Dr. Jennifer Middelstädt** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Diese Frage ist stark berufsrechtlich geprägt und ganz grundsätzlich sind die Krankenkassen von dem Vorschlag im vorliegenden Antrag nicht unmittelbar betroffen, weil das SGB V keine Finanzierung von Heilpraktikerleistungen durch die GVK vorsieht. Dennoch haben wir in unserer Stellungnahme zu dem Antrag einige grundlegende Anmerkungen abgegeben. Aus unserer Sicht sind die Inhalte einer solchen Ausbildung momentan recht

schwer zu definieren. Die praktische Berufsausbildung der Heilpraktiker in Deutschland beruht derzeit zum überwiegenden Teil auf Diagnostik und Therapieverfahren, denen eine wissenschaftliche Grundlage weitestgehend fehlt. Das betrifft den überwiegenden Teil der Leistungen im Heilpraktikerbereich. Es bleibt daher unklar, was genau die Bürgerinnen und Bürger unter einem staatlich geprüften Heilpraktiker zu erwarten haben. Aus Sicht der GKV gilt hier daher die Prämisse, dass für Diagnostik und Therapieverfahren immer auch ein entsprechender Nutzen belegt sein sollte.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Ja, ich mache es auch ganz kurz. Meine Frage geht auch noch einmal an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Middelstädt. In diesem Rechtsgutachten 2020 ging es um die Umgestaltung des Heilpraktikerwesens und man sagte, man müsste ein sinnvolles Konzept mit den Heilpraktikerschulen machen. Sie hatten schon einiges gerade eben gesagt, aber halten Sie den von uns vorgesehenen Ausbildungsgang für möglich oder was müssten wir für Veränderungen machen, damit das passen könnte, auch aus dem Blickwinkel der GKV?

SVe **Dr. Jennifer Middelstädt** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Das von Ihnen gerade angesprochene Rechtsgutachten ist uns momentan nicht bekannt, sodass wir dazu keine Kommentierung und auch keine differenzierte, rechtliche Bewertung abgeben können zu den Inhalten dieses Gutachtens, die Sie angesprochen haben. Ich verweise dann auch noch einmal auf unseren abschließenden Hinweis, auch in der Stellungnahme, dass für uns der entsprechende Nutzen von Diagnostik und Therapieverfahren die Basis dafür bildet, eine entsprechend Beurteilung zu den Therapie- und Diagnostikleistungen abgeben zu können.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, insofern sind wir gleich an der richtigen Adresse. Mir geht es um die Finanzierung der MTA-Ausbildung aus den GKV-Mitteln, letztlich. Erste Frage, welche Kosten entstehen Ihnen ungefähr, also der GKV? Wie bewerten Sie das? Und gibt es eventuell aus Ihrer Sicht eine Alternative für diese Art der Finanzierung?



SV **Dr. Jennifer Middelstädt** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Ja, vielen Dank für die Frage. Die Kosten, die in etwa entstehen werden durch die neuen Finanzierungsregelungen, die hier aufgerufen werden im Gesetzentwurf, bewegen sich in etwa im mittleren bis höheren zweistelligen Millionenbereich. Wir sehen die Regelungen, die hier im Gesetz gegeben werden, sehr kritisch. Das ist ja zum einen die Abschaffung des Schulgeldes, und dann zum zweiten die Ausbildungskosten, die eben über das Krankenhausfinanzierungsgesetz dann über die GKV finanziert werden sollen. Bisher tragen diese Kosten die Länder und die GKV übernimmt nur die Kosten für Schulen, die sich in Mit- oder alleiniger Trägerschaft eines Krankenhauses befinden und das ist aus GKV-Sicht auch die geeignete Regelung, bei der es künftig bleiben sollte. Das heißt, wir lehnen die geplanten Regelungen im Gesetz ab. Wir sprechen uns für die Streichung der Neuregelungen im § 76 MT-Berufegesetz sowie auch im § 72a ATA-OTA-Gesetz aus und sprechen uns aus für die Schaffung einer Neuregelung nachdem die Finanzierungsverantwortung nach wie vor den Ländern obliegt.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Die nächste Frage geht an den Verband Deutscher Privatschulverbände. Es geht um das gleiche Thema, zur Frage der Finanzierung. Dazu hatten Sie sich auf die Frage der SPD schon geäußert und ich will das ein bisschen vertiefen. Sie sprachen von einem Fonds, deshalb meine beiden Fragen: Können Sie beschreiben, in wie weit der von Ihnen prognostizierte Kooperationszwang oder indirekte Kooperationszwang besteht und welche Folgen das hätte und wie dieser Fonds finanziert werden sollte? Man kann immer gut sagen, so nicht hier, wir wollen lieber einen Fonds anbieten. Wie stellen Sie sich diesen Fonds vor?

SV **Dietmar Schlömp** (Verband Deutscher Privatschulverbände (VDP)): Wir haben beim Pflegeberufegesetz einen Ausbildungsfonds ermöglicht, wo alle Beteiligten einzahlen. Das heißt, sowohl die Länder zahlen in diesen Ausbildungsfonds als auch die Krankenkassen, Pflegekassen und andere Beteiligte, in prozentual unterschiedlichen Maßstäben. Hier wäre sicherlich auch im Rahmen der Gesundheitsberufe eine Möglichkeit gegeben, die unterschiedlichen Finanzierungspartner in einen Fonds

ein zahlen zu lassen, um dann die Ausbildungsbudgets zu verhandeln für die einzelnen Schulen, unabhängig von ihrer Trägerschaft und somit eine normale gerechte Finanzierung inklusive Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung zu realisieren. Das ist insbesondere im Hinblick darauf auch wichtig, dass wir den asymmetrischen Wettbewerb, den wir aktuell haben, beenden müssen, auch insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der Ausbildungsvergütung. Die andere Alternative, die ich vorhin schon ein Stück weit mit angeführt hatte, war die Schaffung der auskömmlichen Länderfinanzierung für die Schulen, die sich nicht entscheiden, in eine Kooperation mit einem Krankenhaus einzutreten, beziehungsweise die dann insbesondere auch die Ausbildung für die ambulanten Praxisträger durchführen.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Können Sie sich auch eine Ausbildung ohne eine Kooperation mit einem Krankenhaus vorstellen? Wenn ich es richtig verstanden habe, ist es jetzt zu einem großen Teil so. Könnten Sie das noch mal erläutern? Ist es zwingend erforderlich, jetzt nicht aus finanziellen Gründen, sondern aus fachlichen Gründen, mit einem Krankenhaus zu kooperieren bei der Ausbildung?

SV **Dietmar Schlömp** (Verband Deutscher Privatschulverbände (VDP)): Es wäre nicht zwingend erforderlich mit einem Krankenhaus zu kooperieren, um die Ausbildung durchzuführen. Das sollte unseres Erachtens auch bestehen bleiben, weil es dort unterschiedliche Ausbildungsformen gibt. Insofern sehen wir das als einen möglichen Weg an, insbesondere im Hinblick darauf, dass sie überhaupt keine Annahmen darüber haben, wie denn so eine Kooperation ausgestaltet wird.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Noch einmal wieder an den Privatschulverband zu der Frage, es gibt, das haben wir heute Abend auch schon gehört, die Forderung, in irgendeiner Weise eine Akademisierung oder eine Teilakademisierung einzuführen. Was halten Sie davon?

SV **Dietmar Schlömp** (Verband Deutscher Privatschulverbände (VDP)): Hierzu sehen wir bei den MTAs, bei den medizinischen Technologen keine Notwendigkeit.



Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Röntgengesellschaft, genauer an die Vereinigung der medizinisch-technischen Berufe in der Deutschen Röntgengesellschaft. Dazu habe ich folgende Frage: Leider ist es wieder so, dass viele Dinge der neuen Ausbildungsorganisation nicht im Gesetz stehen, sondern in einer Prüfungsverordnung geregelt werden sollen. Dazu haben Sie in Ihrer Stellungnahme schon etwas gesagt, da reden Sie von einer Frist und von einem Beirat oder einer Fachkommissionen, der da eine Rolle spielt. Können Sie das mal erläutern, welche Anforderungen würden Sie stellen? Wie weit müsste man die Ermächtigung zum Erlass einer Prüfungsordnung noch präzisieren?

SV **Claus Becker** (Verband Deutscher Privatschulverbände (Vereinigung der Medizinisch-Technischen Berufe in der Deutschen Röntgengesellschaft (VMTB))): Es geht darum, die Ausbildung der MTA relativ aktuell zu halten. Wenn man jedes Mal eine Anhörung machen muss und es jedes Mal irgendwo einreichen muss, ist es relativ schwierig, mit diesem technischen Fortschritt irgendwie Schritt zu halten. Deswegen halten wir es für sinnvoll, hier eine Zwischeninstanz einzufügen, die schneller reagieren kann.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Letzte Frage geht an den Dachverband für Technologen und Analytiker in der Medizin, DVTA. Mir geht es um den § 34 und da geht es um die künftige Regelung der Vergütung. Da ist drin, dass man bis zu 75 Prozent dieser vereinbarten Vergütung dadurch kürzen kann, dass man Sachbezüge anrechnet. Was halten Sie davon und können Sie typische Beispiele sagen, wie ist die Lage derzeit; was wird derzeit als Sachbezüge angerechnet?

SVe **Claudia Rössing** (Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA)): Als Sachbezüge wird aktuell, soweit ich weiß, nichts angerechnet, da die Ausbildungsvergütung erst im letzten Jahr für die MTA-Berufe eingeführt wurde. Das heißt, vorher haben sie keine Ausbildungsvergütung bekommen und haben zum Teil Schulgeld bezahlt. Das heißt, da konnten auch gar keine Sachbezüge angerechnet werden. Im Großen und Ganzen kommt es darauf

an, was es für Sachbezüge sind. Wenn die Schule jetzt zum Beispiel Tablets oder ähnliches für die Ausbildung zur Verfügung stellt, ist das sicherlich auch möglich und sinnvoll, dass man die auf die Ausbildungsvergütung anrechnet.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich störe mich vor allem an den 75 Prozent. Das heißt doch im Ergebnis, dass bis zu dreiviertel des gerade ausgehandelten Ausbildungsgehalts wegfällt. Halten Sie das für angemessen oder würden Sie annehmen, dass man einen geringeren Prozentsatz nehmen müsste?

SVe **Claudia Rössing** (Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA)): Über den Prozentsatz kann man sicher noch mal diskutieren über die 75 Prozent, dass das ein geringerer ist. Das wäre aus Sicht der Schüler sicherlich wünschenswert, dass da mehr übrig bleibt vom Ausbildungsgehalt als 25 Prozent.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Herr Vorsitzender, ich gebe meine restliche Fragezeit zurück.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an ver.di und zwar geht es darum, welche Vorschläge Sie zum Thema Träger der praktischen Ausbildung in § 21 des Entwurfs haben.

SVe **Delphine Pommier** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Also aus unserer Sicht ist es unerlässlich, dass die Betriebe nach dem Vorbild des dualen Systems in ihrer Ausbildungsverantwortung gestärkt werden. Daher ist es folgerichtig, dass die Träger der praktischen Ausbildung ausschließlich Einrichtungen nach § 19 sein können und zu ihren zentralen Aufgaben der Abschluss des Ausbildungsvertrags mit den Auszubildenden gehört. Ver.di lehnt dagegen entschieden ab, dass gemäß § 21 Absatz 3 bestimmte Aufgaben des Trägers der praktischen Ausbildung durch die Kooperationsvereinbarung nach § 22 Nummer 1 auf die Schule übertragen werden können. Es muss aus unserer Sicht sichergestellt sein, dass der Träger der praktischen Ausbildung als Vertragspartner der



Auszubildenden den beherrschenden Einfluss auf die Gestaltung der praktischen Ausbildung hat, also die Ausbildung verantwortlich gestaltet. Und es ist umfassend zu sichern, dass betriebliche Interessenvertretungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Ausbildungsqualität beitragen können. Wichtig ist, dass gemäß § 21 Absatz 3 die Eigenschaft als Vertragspartner des Ausbildungsvertrages ausdrücklich nicht auf die Schule übertragen werden kann. Zu den zentralen Aufgaben des Trägers der praktischen Ausbildung muss aber auch die Durchführung der praktischen Ausbildung einschließlich ihrer Organisation gehören. Die Erstellung des Ausbildungsplans, dessen Einhaltung und gegebenenfalls auch der Abschluss von Vereinbarungen mit weiteren Einrichtungen für die praktische Ausbildung müssen daher Aufgabe des Trägers der praktischen Ausbildung bleiben und deswegen fordern wir, dass der § 21 Absatz 3 gestrichen wird.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die nächste Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst, Herrn König. Ich hätte gerne von ihnen gewusst: Können Sie uns aus Ihrer Sicht als Berufsverband sagen, was die diejenigen, die diese Regelung betreffen, die Retterinnen und Retter, von den vorgeschlagenen Regelungen halten und was sie fordern. Wie sehen Sie den von uns eingebrachten Änderungsantrag?

SV **Marco K. König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Ihr Antrag ist sehr deutlich und spielt das wider, was wir für notwendig erachten. Der jetzt vorliegende Gesetzesentwurf mit der vorherigen ärztlichen Abklärung wird nicht zu mehr Rechtssicherheit führen, sondern zu mehr Rechtsunsicherheit. Ich möchte ihnen das an zwei Beispielen aufzeigen. Wenn man sich vorstellt, eine Rettungswagenbesatzung wird zu einem Sportunfall auf einen Fußballplatz alarmiert und der Notfall Sanitäter stellt bei einem 25-jährigen Mann eine Sprunggelenksfraktur fest, die stärkste Schmerzen verursacht. Ansonsten sind keine anderen Verletzungen erkennbar. Die sichere Gabe von Medikamenten zur Schmerzlinderung erlernt der Notfallsanitäter. Die Maßnahme gehört zu den Prüfungsfällen. Nun müsste sich nach den jetzigen Gesetzesentwurf der Notfallsanitäter um eine ärztliche Abklärung bemühen. Da in den wenigsten Fällen in

Deutschland eine tele-ärztliche Abklärung möglich ist, wird es in aller Regel auf eine Nachalarmierung eines Notarztes hinauslaufen. Jetzt ist wiederum unklar, welcher Notarzt alarmiert wird und wie lange der Notarzt bis zum Einsatzort benötigt. Gegebenenfalls kommt der Notarzt sogar mit dem Rettungshubschrauber. Laut statistischen Bundesamt kommt der Notarzt im Mittelwert nach 14 Minuten und in 95 Prozent der Fälle ist er spätestens nach 31 Minuten am Einsatzort. Es gibt in den meisten Bundesländern gar keine Hilfsfrist für den Notarzt. In Sachsen-Anhalt sind es zum Beispiel 20 Minuten. Jetzt muss sich der Notfallsanitäter weiter fragen, ob er nicht nur mit der Gabe des Medikamentes bis zum Eintreffen des Notarztes warten muss, sondern auch, ob er den intravenösen Zugang der für die Medikamentenapplikation notwendig ist, vor Eintreffen des Notarztes liegen soll bzw. überhaupt darf. Wer legt nun fest, vor allem im Nachhinein bei einem Rechtsstreit, wie lange ein Patient mit welcher Stärke leiden darf und muss, obwohl der Notfallsanitäter die Schmerzlinderung durch staatliche Prüfung nachweislich beherrscht und hätte anwenden können. Die gleiche Frage muss sich der Notfallsanitäter zukünftig stellen, wenn er einen Patienten mit Bluthochdruck und zusätzlichen Beschwerden wie Übelkeit oder Kopfschmerzen vorfindet. Er beherrscht die Vergabe von Medikamenten zur Bluthochdrucksenkung, aber er wird hier ebenfalls einen Notarzt nachfordern und auf ihn warten müssen, da dem Notfallsanitäter der Vorwurf gemacht werden könnte, er hätte die 14 Minuten noch warten müssen. Der neue Zusatz „unter Berücksichtigung des Patientenwohls“ hilft hier nicht weiter. Im Gegenteil kann hier der Eindruck entstehen, dass die Notfallsanitäter ansonsten im Einsatz nicht das Patientenwohl berücksichtigen. Die gesamte Versorgung hat sich stets und ohne Ausnahme am Patienten auszurichten. Das gilt unseres Erachtens für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Der Notfallpatient mit seinem individuellen Versorgungsbedarf ist aus unserer Sicht das wesentliche Kriterium zur Anwendung von Maßnahmen. Es geht nicht darum ob ein Notarzt zur Versorgung an die Einsatzstelle kommt oder nicht. Das regeln die Ländern bzw. die Kommunen. Es geht einzig und alleine darum, dass therapiefreie Intervall so kurz wie möglich zu halten und das tagtägliche Handeln der Notfallsanitär rechtssicher zu machen. Vielleicht müsste die Frage anders lauten, nämlich: Welches Einsatzszenario kann es im



Rettungsdienst geben, bei denen es im Nachhinein keine Diskussion und Unsicherheit gibt, dass die invasive Maßnahme zur Abwendung von Folgeschäden durch einen Notfallsanitäter gemäß § 2a lege artis war. Die Antwort es gibt keins. Wir bitten Sie daher, die Nummer 4 ersatzlos zu streichen und begrüßen ihren Änderungsantrag.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände, Frau Hilpert-Mühling. Es geht darum: Im Gesetzentwurf sind Regelungen zu leicht bzw. einfach zu handhabenden Vor-Ort-Laboranalysen enthalten. Wie bewerten Sie das und was wären Ihre Forderungen?

SVe **Ursula Hilpert-Mühling** (Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände (DDH)): Diese einfachen Laboranalysen, die zum Teil in den Praxen durchgeführt werden, sei es Urin-Stick oder Blut-senkung etc., sind ein Bestandteil in den Heilpraktikerpraxen. Dabei unterliegen die Heilpraktiker den sonstigen Bestimmungen der Labormediziner, der Richtlinie zur Labormedizin der Bundesärztekammer. Das heißt, sie müssen das Medizinproduktegesetz einhalten, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung und dergleichen. Das spielt bei der schnellen Analyse schon eine entscheidende Rolle.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich stelle eine Frage an die Caritas. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die vorärztliche Abklärung bei den Notfallsanitäterinnen kritisiert und spannen den Bogen zu den heilkundlichen Befugnissen von Pflegekräften. Können Sie das kurz erläutern?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): Nochmal kurz zu den Notfallsanitätern: Ich schließe mich weitgehend den Vorrednern insbesondere Herrn König an. Auch wir fordern die Streichung der Nummer 3 und vor allem der Nummer 4 sowie des Absatzes 2. Ergänzen möchte ich nur kurz sagen, dass es aus unserer Sicht sinnvoll wäre, einen Katalog für die Durchführung invasiver Maßnahmen als Positivliste oder Positivkatalog zu definieren, um endlich mehr Rechtssicherheit zu geben. Da ich nur wenig Zeit habe, möchte ich auch noch kurz auf die Pflege eingehen. Ja, wir

würden es sehr begrüßen, wenn in dieser Legislaturperiode endlich die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch die Pflege ermöglicht würde und die Kompetenzen erweitert werden. § 63 Absatz 3c ist ein Tod gerittenes Pferd. Wir brauchen ein neues Modellvorhaben und stellen es uns als möglichen Anwendungsbereich der Grundversorgung vor. Ich möchte betonen, dass es darum gehen muss, das interprofessionelle Element zu stützen, sei es die interprofessionelle Zusammenarbeit einschließlich des interprofessionellen Lernens oder der Ausbildung sowie auch die Erprobung neuer Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit, wie im IGZ oder lokalen Versorgungszentren.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Sachverständigen Dr. Stefan Poloczek. Sie tragen die medizinische Gesamtverantwortung für den drittgrößten Rettungsdienstbereich in Europa, konkret über 4 000 Kolleginnen und Kollegen des rettungsdienstlichen Fachpersonals mit einer halben Millionen Einsätzen im Jahr. Wenn Sie sich den vorliegenden Gesetzentwurf anschauen, ist dieser geeignet, um für die Kolleginnen und Kollegen NotfallsanitäterInnen in der Praxis auf der einen Seite Rechtssicherheit und auf der anderen Seite praxistaugliche Regelungen zu schaffen. Wie schätzen Sie das ein?

ESV **Dr. Stefan Poloczek**: Aus der Praxissicht verfehlt diese Regelung völlig das Ziel, Rechtssicherheit zu geben. Es ist ein klassischer Fall von Verschlimmbesserung. Gut gemeint, aber aus meiner Sicht nicht tauglich. Ich will Ihnen kurz erklären warum. Der erste Absatz könnte sehr einfach gemacht werden und einfach festgelegt, dass Maßnahmen erlernt und beherrscht werden müssen und notwendig sind. Damit könnte man diesen schon beenden. Wenn der Nummer 2 so stehen bleibt, dann habe ich keine Möglichkeit mehr, 2c-Maßnahmen zu delegieren. Zu Nummer 3 ist schon von vielen Vorrednern etwas gesagt worden, was ich nochmal ausdrücklich unterstreichen will. Wenn es keine SOP für bestimmte Maßnahmen gibt, dann will ich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, der die Verantwortung hat, nicht, dass die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter diese Maßnahme macht. Es ist gerade für diejenigen, die



sich nicht an Regeln halten, ein klassischer Umgehungsweg. Die berufen sich auf diesen Paragraphen und sagen, da steht es doch. Wenn sie nicht vorliegen, will ich sie nicht haben, und wenn – der Buchstabe b – sie nicht durchgeführt werden dürfen, dann habe ich einen Grund, einem einzelnen Notfallsanitäter oder Notfallsanitäterin genau das zu untersagen. Nummer 4, das haben auch schon alle Vorredner aus den Rettungsdienst gesagt, ist schlichtweg überflüssig und eine Verdopplung. Beim Absatz 2 muss ich auch sagen, völlig unabhängig davon, dass dieser Absatz 2 landesrechtlich zu bestimmen ist und nicht bundesrechtlich, dass er komplett gestrichen werden muss. Ich werde ihnen kurz die Gründe nennen. Erstes: Wer erstellt diese bundesweiten SOPs? Ich fürchte hier sehr aufwendige und langwierige Expertengremien, die einen langen Konsensprozess haben, die vor allem nicht nur die SOPs neu erstellen müssen, sondern diese müssen auch gepflegt werden. Diese Pflege ist wahnsinnig aufwendig, und ich kann Ihnen versichern, wenn wir die SOPs machen, müssen wir manchmal schnell reagieren. Es gibt eine neue Leitlinie einer Berufsgesellschaft, oder einer Fachgesellschaft, und dann muss ich das schnell umsetzen. Zweitens, wenn der Bund die Vorgaben macht für SOPs, dann muss der Bund auch die Haftung übernehmen. Ich kann die Haftung nicht mehr übernehmen, oder wir kommen in einen sofortigen Streit, welche SOP denn nun zählt, die meinige, also die des Landes Berlin, oder die anderen Länder, oder die des Bundes? Drittens frage ich mich, ob das denn wirklich so gewollt ist? Wenn der Bund zukünftig im Bundesanzeiger SOPs, also Leitlinien, Therapierichtlinien macht, macht der Bund das dann zukünftig auch für Intensivstationen oder Hausarztpraxen? Ich glaube, das kann nicht Zweck des Gesetzes sein. Und viertens, was wir alle nicht verstanden haben ist, dass Sie das zwar im Gesetzestext so schreiben, in der Begründung wird das Ganze aber wieder aufgeweicht und es wird abgeschwächt, also, Minimum wäre zumindest eine Regelung, die da sagt, solange Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Also habe ich es richtig verstanden, zusammenfassend, dass insbesondere die Absätze 3 und 4 des ersten Teils und der Absatz 2 gestrichen werden müssten, um erstens, Rechtssicherheit herzustellen, und zweitens Praktikabilität?

ESV Dr. Stefan Poloczek: Ja, genauso ist es zu verstehen, und wenn ich es kurz machen will, für eine kurzfristige Lösung wäre mein dringender Appell und meine Empfehlung, als Einzelsachverständiger, der Empfehlung des Bundesrates zu folgen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann würde ich eine weitere Frage an den BAND, Herrn Dr. Reifferscheid stellen wollen. Anknüpfend an das Vorgesagte, wie schätzen Sie, aus Sicht der Notärzte Deutschland, das Thema Rechtssicherheit und Praktikabilität ein? Was muss im Gesetzesentwurf drin bleiben und was sollte raus?

SV Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaft der Notärzte Deutschland (BAND)): Ziel des Gesetzes ist die Schaffung von mehr Rechtssicherheit für alle im Rettungsdienst tätigen und deswegen halten wir das prinzipiell für geeignet, allerdings, so wie Herr Dr. Poloczek gerade ausführte, sehen auch wir seitens der BAND die Nummern 3 und 4 des Absatzes 1 eher geeignet mehr Unsicherheit zu schaffen, und halten sie deswegen für irreführend und letztendlich entbehrlich, beziehungsweise sie sind zu streichen. Was die Schaffung bundeseinheitlicher Vorgaben angeht, ist das Ziel prinzipiell zu begrüßen und aus unserer Sicht auch unterstützenswert, allerdings ist das Bundesministerium für Gesundheit nicht der geeignete Ort, wo das erarbeitet werden sollte, sondern eher in den Länder und den zuständigen Gebietskörperschaften, also die ärztlichen Leiterrettungsdienste (ÄLRD), die entsprechend gestärkt werden sollten durch die Landesrettungsdienstgesetzgebung, oder aber auch durch eine entsprechende Anpassung des Heilpraktikergesetzes, in dem die ÄLRD dann entsprechen auch befugt werden könnten, Heilkundeerlaubnis an einzelne Personen, nach entsprechenden Vorgaben, zu erteilen. Also insofern, auf den Punkt gebracht: Absatz 1, Nummer 3 und 4 ist aus unserer Sicht zu streichen und Absatz 2 weiter zu geben an diejenigen, die auch regional zuständig sind.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte noch eine Frage an Dr. Poloczek. Wenn wir jetzt sagen Minimallinie, wäre das die Position des Bundesrates. Gibt es denn eine weitergehende Linie, wo wir etwas noch weitergehend verbessern können, als in der Bundesratsposition?



ESV Dr. Stefan Poloczek: Also, wenn man es richtig gut machen will, mein Vorschlag, meine Empfehlung, müsste auch das Heilpraktikergesetz dementsprechend geändert werden, sodass es eine zuverlässige Grundlage gibt, nicht nur um Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, sondern um an alle sogenannten medizinischen Assistenzberufe, also das Personal, außerhalb der Ärzte, sauber delegieren zu können. Das könnte dort verankert werden, aus meiner Sicht. Ich denke auch in anderen Berufsfeldern wäre das zwingend notwendig. Das wäre der erste und wesentliche Punkt. Das Zweite wäre, für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter wären es auch Vorschriften im Betäubungsmittelrecht, die geändert werden müssten, damit wir hier Rechtssicherheit bekommen. Die Opiatgabe, die gehört, aus meiner Sicht, genauso zur Delegation dazu. Und ich kann nicht beim Opiat Halt machen bei schweren Schmerzen. Das Dritte wären auch klare Vorgaben. Wo die in der Rechtssystematik unterzubringen sind, kann ich nicht sagen, aber klare Vorgaben für die Generaldelegation. Alles, was wir dort haben, sind alte Empfehlungen, aus verschiedensten Verbänden, zum Teil auf Einzelurteilen des BGH beruhend. Ich kann zum Beispiel nicht nachvollziehen, warum ich einem Notfallsanitäter oder einer Notfallsanitäterin nicht zutrauen kann, eine Diagnose zu stellen, wie zum Beispiel eine drittgradig, offene Unterschenkelfraktur. Das lernen die. Auch einen ST-Hebungsinfarkt kann ich delegieren, also es muss sowohl die Diagnosestellung delegiert werden, es muss auch die Aufklärung delegiert werden, was wir schon sehr, sehr lange machen, und dafür braucht es gute Regelungen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann würde eine Frage an Prof. Dr. Lechleuthner vom Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst stellen wollen. Verstehe ich Ihre Stellungnahme richtig, dass insbesondere der Absatz 2, im vorliegenden Entwurf ungeeignet ist, eine stärkere Rechtssicherheit herzustellen, und warum?

SV Prof. Dr. Alex Lechleuthner (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland (ALRD)): Das Gesetz soll eigentlich mehr Rechtssicherheit herstellen. Wir haben in den Ländern

durchgehend etablierte Arbeitsgruppen von ärztlichen Leitern mit weiteren Fachgesellschaften und Berufsverbänden, die SOPs, SAAs und so weiter entwickelt haben, in Verbindung mit dem Pyramidenprozess. Das sorgt bereits für große Sicherheit und für langjährige Praxis. Wenn man jetzt, parallel dazu, noch einmal auf Bundesebene das Gleiche versucht zu etablieren, dann entsteht eine Parallelwelt, also Parallelschienen, und die Einsatzkräfte wissen nicht mehr, was gilt jetzt für mich? Was gilt für mich in der Prüfung? Was gilt für mich in der Ausbildung? Was gilt für mich in der Berufsausübung? Und dabei entstehen neue Unsicherheiten und Konflikte, die man einfach durch Streichung vermeiden könnte.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen bedanken für die Fragen, für die Antworten, und ich glaube, dass in den nächsten Wochen noch einige Beratungen zu diesem Thema auf der Tagesordnung stehen werden. Ich wünsche einen schönen Abend. Wir sehen uns dann zur nächsten Sitzung am Freitag, um 08:00 Uhr.

Schluss der Sitzung: 18:50 Uhr

Gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender