



Berlin, 21 August 2020

Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes und des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz) vom 31.07.2020

A. Einleitung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Durch das DRK-Gesetz¹ steht das Deutsche Rote Kreuz in besonderer Beziehung zum Staat.

Die Arbeit des DRK wird von den sieben Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Die Mitgliedsverbände des Deutschen Roten Kreuzes wirken in Erfüllung des DRK-Gesetzes und der entsprechenden Gesetze der Länder im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes der Bundesrepublik Deutschland in den katastrophenmedizinischen, sanitätsdienstlichen und betreuungsdienstlichen Aufgaben als größter Akteur mit. In diesem Zusammenhang stellt das DRK auch Ressourcen zur Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle zur Verfügung und beteiligt sich am Rettungsdienst.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit aktiv. Das Deutsche Rote Kreuz deckt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege durch seine 19 Landesverbände bundesweit u.a. das gesamte Spektrum der Dienst- und Hilfeleistungen für kranke und pflegebedürftige Menschen aller Generationen ab.

Zu den Mitgliedsverbänden des DRK e.V. gehören auch 30 DRK-Schwernschaften, die gemeinsam unter dem Dach des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. (VdS) den Fachverband für professionelle Pflege im DRK e.V. bilden.

Als Träger oder Betreiber tragen DRK-Mitgliedsverbände Verantwortung in und für:

- 42 DRK-Krankenhäuser und Tageskliniken
- mehr als 530 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 46.800 Plätzen und 37.900 Mitarbeitenden
- mehr als 590 ambulante Pflegedienste für 45.200 Patienten und mit 17.900 Mitarbeitenden
- sowie 91 Pflegeschulen

¹ Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz - DRKG) vom 5. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2346), das durch Artikel 11a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist.



Daneben gibt es die Landes- und Rettungsdienstschulen, die die rettungsdienstlichen Ausbildungen für unsere Mitarbeitenden und Helfenden leisten. Somit ist das Deutsche Rote Kreuz umfassend an der Aus- Fort- und Weiterbildung von Pflegenden, sowie weiteren Gesundheitsfachberufen, wie den Notfallsanitätern beteiligt.

Die quantitative und qualitative Verbesserung der Personalsituation in der Pflege ist eines unserer erklärten Ziele in dem „Hauptaufgabenfeld Altenhilfe und Pflege“. Vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen Fachkräftemangels nehmen wir den vorliegenden RefE zum Anlass, um in Abschnitt B. auf mögliche Auswirkungen der MTA-Reform auf die Pflegeberufe hinzuweisen. Ziel muss es weiterhin bleiben, die in der Konzertierte(n) Aktion Pflege vereinbarten Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe weiterzuverfolgen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und der damit einhergehenden Krankheits- und Pflegelast, gilt es ebenso multidisziplinäre Perspektiven in den Gesundheitsfachberufen zu stärken, um Menschen mit Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit innerhalb der gesamten Versorgungskette fach- und bedarfsgerecht unterstützen zu können.

Darüber hinaus wird in Abschnitt C. auf die vorgesehenen Änderungen des NotSanG hinsichtlich der eigenverantwortlichen Erstversorgung von Personen in einem lebensbedrohlichen Zustand Bezug genommen.

B. Artikel 1: Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufesgesetz – MTBG)

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. (VdS) begrüßen die mit dem RefE einhergehende Intention, die medizinisch-technischen Assistenzberufe umfassend zu reformieren und zukunftssträftig auszubauen.

Gerne möchten wir die Möglichkeit zur Stellungnahme nutzen, um einzelne berufsrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Reform der MTA-Ausbildung, aus Sicht der Pflegeberufe näher zu beleuchten. Hierbei verfolgen wir das Ziel die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe untereinander zu stärken und gleichzeitig Rechtssicherheit hinsichtlich der jeweils vorbehaltenen Tätigkeiten schaffen.

Die Umbenennung der medizinischen Assistenzberufe in „Medizinische Technologin / Medizinischer Technologe“ trägt einem zeitgemäßen Verständnis von interdisziplinärer Kooperation auf Augenhöhe Rechnung und emanzipiert das Berufsbild ein Stück weit, zumindest von der Begrifflichkeit her, von der übergeordneten Ärzteschaft.

Allerdings könnte die Berufsbezeichnung bei den Patientinnen und Patienten zu Verunsicherungen führen, da mit dem Einsatz von Technologie in der Gesundheitsversorgung häufig Entfremdung und Entpersonalisierung verbunden wird². Dies könnte die Vertrauensbildung in den Behandlungsprozess gefährden, was letztlich zu einer geringen Adhärenz führen – und unnötige Kosten der Sozialversicherungsträger verursachen kann.

Unser Vorschlag wäre daher die Bezeichnung: Medizinisch-technische Fachfrau für (z.B. Funktionsdiagnostik) / Medizinisch-technischer Fachmann für (z.B. Radiologie) analog zu den neuen Berufsbezeichnungen nach dem PflBG. Wodurch der humanistische Auftrag des Gesundheitswesens stärker hervorgehoben werden würde.

² Siehe u.a. Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051-2061.

Attraktivität und Weiterentwicklung der Pflegeberufe sichern

In § 5 MTBG werden die für Medizinische Technologinnen und Medizinische Technologen vorbehaltenen Tätigkeiten definiert, die sich im Grunde an dem § 9 des Vorgängergesetzes (MTAG) orientieren.

Einer Berufsgruppe vorbehaltene Tätigkeiten dürfen nur durch Personen ausgeübt werden, die durch eine staatlich anerkannte Berufsausbildung entsprechend dafür qualifiziert wurden. Sinn und Zweck ist der Schutz der Rechtsgüter der jeweils adressierten Zielgruppe, im Falle der Gesundheitsfachberufe, der Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten³.

Mit dem Inkrafttreten des PflBG am 01.01.2020 gelten nun auch erstmals für die Pflegefachberufe vorbehaltene Tätigkeiten, die in § 4 Abs. 2 PflBG definiert sind, und auf die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 lit. a), b) & d) PflBG beschriebenen Ausbildungsziele verweisen:

„(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:

- a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
- b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- ~~c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,~~
- d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.“

Demnach beziehen sich die Vorbehaltsaufgaben der professionell Pflegenden größtenteils auf ein vierphasige Pflegeprozessmodell, ähnlich dem von Yura & Walsh (1967)⁴, mit Ausnahme der Durchführung und Dokumentation, da diese Tätigkeiten, unter Aufsicht der Pflegefachpersonen, auch an andere Berufsgruppen delegiert werden können.

Da die vorbehaltlichen Tätigkeiten nach § 4 PflBG in Folge der Übergangsregelungen in § 64 PflBG auch für die Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildungen nach dem bisherigen Recht gelten, beziehen sich die pflegerischen Vorbehaltstätigkeiten ergo auf alle bisher ausgebildeten Pflegefachpersonen.

In § 5 Abs. 3 Nr. 2 PflBG wird jedoch auch darauf verwiesen:

„2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,“

Was in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) in der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 PflAPrV, unter III. Nr. 2 lit. b) & d) wie folgt konkretisiert wird:

„2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

Die Absolventinnen und Absolventen (...)

- b) führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch,
- d) unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,“

Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff⁵ beziehen sich pflegerische Interventionen nicht nur auf die klassischen mit Pflege assoziierten Domänen, wie Selbstversorgung oder Mobilität, sondern auch auf die Hilfe bei dem selbstständigen Umgang mit ärztlichen Therapien und anderen Krankheitsfolgen⁶. Die eigenständige Durchführung ärztlicher Anordnungen muss daher als dem Pflegeprozesses nach § 4 Abs. 2 PflBG immanent angesehen werden, da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage eines pflegewissenschaftlichen

³ Büscher, A., Igl, G., Klie, T., Kostorz, P., Kreutz, M., Weidner, F., Weiß, T., Welti, F. (2019). Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) – Anmerkungen und Lösungsvorschläge. Online im Internet: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme_zu_vorbehaltenen_T%C3%A4tigkeiten_2019-12-13_Version_final.pdf [18.08.2020]

⁴ Siehe z.B. Stefan, H., Eberl, J., Schalek, K., Streif, H., & Pointner, H. (2006). Praxishandbuch Pflegeprozess: lernen-verstehen-anwenden. Springer-Verlag. S. 2

⁵ Hoffer, H. (2013). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung seiner Einführung revisited. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 67(4), 14-20.

⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse. (2016). Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Online im Internet: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II.pdf.pdf [18.08.2020]



Verständnisses von Pflegebedürftigkeit entwickelt wurde. Aus Sicht der Pflegeberufe besteht daher eine Kompetenzüberscheidung mit den Vorbehaltsaufgaben der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen

Dies bezieht sich primär auf die Vorbehaltstätigkeiten nach § 5 Abs. 3 MTBG der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen für Funktionsdiagnostik, da in § 5 Abs. 1 Satz 2 einfache klinisch-chemische Analysen sowie einfache Untersuchungen, etwa von Körperflüssigkeiten, Ausscheidungen und Blut, von den vorbehaltlichen Tätigkeiten der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen für Labordiagnostik ausgeschlossen werden. Mutmaßlich handelt es sich hierbei um auch von Pflegenden häufig durchgeführte Diagnostik, wie Blutgasanalysen, Urinstreifentests, Guajak-Tests oder Blutzuckermessungen, sodass hier keine Überschneidungen zu vermuten sind.

In der Praxis besteht aktuell die Situation, dass in den Ambulanzen, medizinisch-technischen Diensten und Funktionsdiensten der ambulanten und stationären Versorgung sowohl Pflegende⁷, als auch MTA's und MFA's⁸ tätig sind⁹.

Das DRK und der VdS sprechen sich dafür aus, dass diese Einsatzfelder auch zukünftig für Pflegefachfrauen/-männer erhalten bleiben, da es sich hierbei um traditionelle und originäre Aufgabengebiete der Pflegeprofession handelt, insbesondere im internationalen Kontext, die sich zudem zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen anbieten¹⁰.

Die Wahrung dieser Kompetenzen ist aus unserer Sicht dringend erforderlich, um die Pflegeberufe nachhaltig attraktiv zu gestalten. Denn gerade die Ambulanzen und Funktionsdienste bieten sich an, um die Vereinbarung von Beruf- und Privatleben zu verbessern, da diese häufig nicht im Schichtdienst betrieben werden. Dies gilt gerade auch für Alleinerziehende, oder aber auch Pflegende Angehörige.

Ebenso könnten diese Einsatzfelder dazu beitragen, Pflegende langfristig im Beruf zu halten, denn mit einem tendenziell immer späteren Renteneintrittsalter steigt gleichzeitig der Bedarf an altersgerechten Arbeitsplätzen in den Pflegeberufen. Darüber hinaus stehen in der Praxis kaum andere Einsatzmöglichkeiten zur Verfügung, um Mitarbeitenden nach einer schweren Krankheit einen leidensgerechten Arbeitsplatz im Zusammenhang mit einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation anzubieten, der von dem Schichtdienst ausgenommen ist¹¹.

Zwar werden die vorbehaltenen Tätigkeiten der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen in § 6 MTBG wieder für andere Berufsgruppen geöffnet – und Pflegefachpersonen könnten mit etwas gutem Willen unter Nr. 6 oder Nr. 8 eingeordnet werden. Die dort enthaltenen Definitionen lassen allerdings einen großen Interpretationsspielraum zu – und tragen daher unserer Ansicht nach nicht zu einer echten Rechtssicherheit für die Berufsangehörigen bei. Auch der Gesetzesbegründung lässt sich keine Klarstellung entnehmen.

⁷ Teilweise mit durch die DKG zertifizierten Fachweiterbildungen, wie Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege im Operationsdienst, Notfallpflege, sowie Pflege in der Onko- oder Nephrologie: <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/>

⁸ Da für die MFA's keine vorbehaltlichen Tätigkeiten definiert sind, sollen diese in der Betrachtung vernachlässigt werden. Es sei lediglich auf § 4 Abs. 1 Nr. 8 der MedFangAusbV verwiesen, wonach das „Durchführen von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes oder der Ärztin“ zum Berufsbild der MFA's zählen; wobei in Nr. 8.1 und 8.2 insbesondere auf ärztliche Assistenzleistungen abgestellt wird.

⁹ Statistisches Bundesamt. [2018]. Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser: 2.5. Nichtärztliches Personal. Online im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf;jsessionid=882C70D4138137C49ED08025EB4F5B38.inter-net8742?__blob=publicationFile [18.08.2020]

¹⁰ Schaeffer, D., Ewers, M., & Hämel, K. (2015). Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa.

¹¹ Dies entspricht den in den Handlungsfeldern II und VI vereinbarten Maßnahmen innerhalb der AG 2 der Konzertierte Aktion Pflege: BMAS, BMG, BMFSFJ. (2019). Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3_Auflage.pdf [18.08.2020]

Zudem müssen die Ausnahmetatbestände der vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 5 MTBG den Bestimmungen in § 6 Abs. 1 Nr. 6 MTBG zufolge Gegenstand der Ausbildung und Prüfung sein. Die Aufgaben nach § 5 Abs. 3 Nr. 2 PflIBG sind zwar Teil der Ausbildung, jedoch wird nicht jede, in diesem Kontext bestehende Tätigkeit systematisch geprüft. Vielmehr können einzelne Tätigkeiten in das praktische Examen einfließen, wobei Art und Umfang im Einzelnen variieren können, da dies von der individuellen Prüfungssituation und des Bedarfs der zu versorgenden Menschen abhängig ist.

Durch § 6 Abs. 1 Nr. 8 MTBG soll der Gesetzesbegründung zur Folge die Ausübung der den Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen vorbehaltenen Tätigkeiten für alle Personen mit einer medizinischen Ausbildung geöffnet werden, sofern diese unter der Aufsicht und Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten tätig werden.

Dies erinnert an die Formulierung in § 4 Abs. 1 Nr. 8 MedFangAusbV, wonach MFA's unter Anleitung und Aufsicht der Ärztin oder des Arztes tätig werden. Pflegende sind allerdings dem ärztlichen Dienst berufsrechtlich nicht unterstellt. Entgegen der gelebten Praxis sind Ärztinnen und Ärzte Pflegenden gegenüber fachlich nicht weisungsberechtigt; es besteht lediglich ein Anordnungsrecht. Vor dem Hintergrund der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben wird dies in § 22 Abs. 2 der Berufsordnung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz wie folgt formuliert¹²:

„2) Kammermitglieder dürfen in Bezug auf fachliche Angelegenheiten ihrer Berufsausübung Weisungen von Vorgesetzten nur dann befolgen, wenn diese über entsprechende pflegerische Qualifikationen verfügen. Alle dem Heilberuf Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 Abs. 2 PflIBG (in der aktuell geltenden Fassung) unterliegen nicht der ärztlichen Weisungsbefugnis (§ 6 Abs. 2 Berufsordnung). Pflegefachpersonen führen eigenständig ärztlich angeordnete Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation durch (§ 5 Abs. 3 Nr. 2 PflIBG in der aktuell geltenden Fassung).“

Weiterhin ist es fraglich, ob es sich bei einer Ausbildung nach dem PflIBG um eine medizinische Ausbildung handelt, da sich die Pflege als eigenständige Profession mit originären Aufgabenfeldern und beruflichen Inhalten versteht, was sich nicht zuletzt durch die Etablierung der Pflegewissenschaft als eigene akademische Disziplin ausdrückt. Von daher kann in diesem Kontext eher von einem Heilberuf gesprochen werden, wie es beispielsweise in § 1 Abs. 2 der Berufsordnung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz dargelegt wurde¹³:

„2) Alle Kammermitglieder üben einen eigenständigen Heilberuf aus. Die Ausübung des Berufs umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden (§ 1 Abs. 2 Satz 1 HeilBG in der aktuell geltenden Fassung).“

Wir regen daher an, eine Konkretisierung des RefE vorzunehmen, sodass die Berufe nach dem PflIBG eindeutig adressiert und durch eine vollwertige Ausnahmeregelung zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 5 MTBG, weiterhin zu der uneingeschränkten Übernahme der in § 5 Abs. 3 PflIBG genannten Aufgaben befähigt werden.

Ebenso wäre es wünschenswert, wenn Pflegende, mit einer hochschulischen Qualifikation nach §§ 37 ff. PflIBG, in den in der Gesetzesbegründung genannten Personenkreis nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 MTBG mitaufgenommen werden.

Darüber hinaus setzen wir uns dafür ein, dass die Weiterentwicklung der pflegerischen Berufsbilder, insbesondere im Zusammenhang mit international erprobten Modellen, die die

¹² Pflegekammer Rheinland-Pfalz. (2019). Berufsordnung. Online im Internet: https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/fuer-mitglieder.html?file=files/pflegekammer/images/downloads/satzungen%20und%20ordnungen/Berufsordnung_web.pdf [18.08.2020]

¹³ ebenda



selbstständige Durchführung von Heilkunde¹⁴ sowie das Ausstellen von Verordnungen¹⁵ zum Gegenstand haben¹⁶, trotz der Kompetenzerweiterungen anderer Gesundheitsfachberufe, weiterhin auf der politischen Agenda bleiben.

Dies gilt im Besonderen vor dem Hintergrund der Schaffung neuer, akademischer Berufsbilder in der Gesundheitsversorgung, wie der Physician Assistants¹⁷, bei denen es sich entgegen der Advanced Practice Nurses, um reine Assistenzberufe des ärztlichen Dienstes handelt – und daher als ungeeignet erscheinen, um die personenzentrierte Versorgung bestimmter, bisher unzureichend berücksichtigter Zielgruppen weiterzuentwickeln.

Bereits 2007 forderte der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitswesens, die stärkere Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe¹⁸. In der Folge wurden im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008, mit den §§ 63 Abs. 3b & 3c SGBV die Übertragung von Heilkunde, sowie die Möglichkeit zur Verordnung, für Angehörige der Pflegeberufe eingeführt (im Rahmen von Modellprojekten).

Bis dato existiert bundesweit allerdings nur ein Modellprojekt nach § 63 Abs. 3c SGB V, in Form des Studiengangs „Evidenzbasierte Pflege“ an der Martin-Luther-Universität in Halle. Die Absolventinnen und Absolventen des Bachelor Studiengangs sind in der Lage, bei Diabetes mellitus Typ 2, chronischen Wunden sowie einem vorhandenen Stoma bestimmte heilkundliche Tätigkeiten zu übernehmen, die vorher ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren¹⁹.

In der AG 3 der Konzierten Aktion Pflege wurden in den Handlungsfeldern I und IV verschiedene Maßnahmen vereinbart, die die Weiterentwicklung von pflegerischen Rollenbildern und Versorgungsstrukturen zum Ziel haben²⁰.

Das DRK und der VdS setzen sich dafür ein, dass die dazu benötigten (unter-)gesetzlichen Regelungen so bald wie möglich auf den Weg gebracht werden. Für die praktische Umsetzung etwaiger Modellprojekte stehen wir als Trägerverband gerne zur Verfügung.

Multidisziplinäre Perspektiven stärken

Im Laufe der vergangenen 100 – 150 Jahre hat sich das Krankheitsspektrum erkennbar verändert. Während zu früheren Zeiten primär Infektionskrankheiten dominierten, sind es heutzutage vor allem chronisch-degenerative Erkrankungen. Dies steht insbesondere im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, der eine Verschiebung des Krankheitspanoramas in Richtung Alterserkrankungen bewirkt.

¹⁴ Hochqualifizierte Pflegenden erreichen bei der Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten in der Primärversorgung äquivalente und möglicherweise sogar bessere Ergebnisse, wie niedergelassene Ärzte: Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).

¹⁵ Nicht-ärztliches Personal erreicht mit weitreichenden Verordnungskompetenzen vergleichbare Ergebnisse wie ärztliches Personal: Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11).

¹⁶ Auch bekannt unter dem Schlagwort Advanced Practice Nursing. Siehe hierzu: Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Serrano-Gallardo, P., & Morales-Asencio, J. M. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. International nursing review, 61(4), 534-542.

¹⁷ Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017). Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Online im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf [18.08.2020]

¹⁸ Bundestag Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007. Online im Internet: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [18.08.2020]

¹⁹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. (2020). Studienangebot von A bis Z. Evidenzbasierte Pflege. Online im Internet: <https://studienangebot.uni-halle.de/evidenzbasierte-pflege-bachelor-180> [18.08.2020]

²⁰ BMAS, BMG, BMFSFJ. (2019). Konzierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/3_Downloads/K/Konzierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf [18.08.2020]



Im fortgeschrittenen Lebensalter wird das physische Krankheitsspektrum primär von chronischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert, aber auch Krebserkrankungen spielen eine große Rolle. Bei den psychischen Erkrankungen sind hingegen vor allem Demenzen und Depressionen von Bedeutung. Da sich chronische Erkrankungen meist dauerhaft manifestieren und dazu Folgeerkrankungen nach sich ziehen können, erhöht sich bei Hochaltrigen die Wahrscheinlichkeit einer Multimorbidität. Darüber hinaus haben alte Menschen mit einer Fülle an weiteren Gesundheitseinschränkungen zu kämpfen, wie z.B. Einschränkungen in der Seh- und Hörfähigkeit oder Inkontinenz^{21 22}.

Die daraus resultierenden funktionalen Gesundheitseinschränkungen können wiederum, je nach Ausprägung, zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führen. Die komplexen Bedarfslagen von hochaltrigen Menschen verdeutlichen somit die Notwendigkeit eines populationsbezogenen Versorgungsansatzes.

Das DRK und der VdS sprechen sich daher für die Aufnahme von gesundheits-, pflege- und therapiewissenschaftlichen Inhalten in das schulinterne Curriculum der Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen nach § 24 MTBG aus, z.B. in Form von Bewegungskonzepten für Menschen mit Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder hinsichtlich der Kommunikation mit demenziell veränderten Menschen, wie auch dem Umgangs mit zu- und ableitenden Drainagesystemen und Kathetern. Da es hier in Vergangenheit zu Versorgungsbrüchen kam.

Um die Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen für die Anforderungen an die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen zu sensibilisieren, halten wir darüber hinaus die Aufnahme eines verpflichtenden Pflegepraktikums in den Ausbildungsplan nach § 24 MTBG für sinnvoll.

Daneben könnten durch ein Praktikum auf den Pflegestationen die betrieblichen Abläufe und Prozesse der bettenführenden Abteilungen eines Krankenhauses besser durchdrungen werden, was insbesondere den Kompetenzerwerb für die Ausbildungsziele nach § 11 Abs. 1 MTBG wesentlich stärken könnte.

Ferner wäre es aus unserer Sicht wünschenswert, wenn die theoretischen und praktischen Ausbildungsmodule so konzipiert werden würden, dass gleichwertige Inhalte auf die Ausbildungen nach dem PfIBG angerechnet werden könnten, um die Durchlässigkeit unter den Gesundheitsfachberufen zu erhöhen.

C. Artikel 12: Änderung des Notfallsanitätergesetzes

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf unternimmt der Gesetzgeber erneut²³ den Versuch, eine Änderung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) mit Blick auf die Schaffung von mehr Rechtssicherheit zugunsten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern bei der Berufsausübung zu erreichen.

Dies entspricht den Forderungen des Deutschen Roten Kreuzes nach Handlungs- und Rechtssicherheit für seine Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter.

²¹ Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch Institut. (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

²² Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 439-442

²³ Zuletzt mit dem Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten vom 14. Dezember 2019, Artikel 2a, BGBl. I, 2019, Nr. 51, S. 2787



Das DRK setzt sich ausdrücklich dafür ein, dass die hoch qualifizierten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in lebensbedrohlichen Situationen von Notfallpatienten oder Situationen, bei denen wesentliche Folgeschädigungen zu erwarten sind, gemäß ihrer Ausbildung auch ausgewählte invasive Maßnahmen, die eigentlich einem Arztvorbehalt unterliegen, zum Wohle und zur Abwehr dieser lebensbedrohlichen Situation ergreifen dürfen, auch wenn der Arzt noch nicht vor Ort ist. Dabei müssen diese Maßnahmen sicher beherrscht und durchgeführt werden, sich nach den gültigen Leitlinien, Standard Operating Procedures (SOPen) oder Standardarbeitsanweisungen (SAAen) richten und dürfen den Notfallpatienten nicht zusätzlich gefährden. Hierfür benötigen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entsprechende Rechtssicherheit.

In seiner Gesamtheit betrachtet ist der Entwurf zur Änderung des § 1 Abs. 1 NotSanG in Art. 12 des MTA-Reformgesetzes nicht geeignet, eine weitere Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu schaffen. Vielmehr werden neue rechtliche Fragestellungen aufgeworfen und Darlegungs- und Dokumentationsanfordernisse zur Erlangung einer Rechtssicherheit im größeren Maß notwendig, als dies bisher der Fall ist. Die Problematik der umstrittenen und überwiegend abgelehnten vorweggenommenen Delegation wird nicht gelöst, vielmehr wird diese als zulässig vorausgesetzt, ohne dass erkennbar ist, auf welcher Grundlage dies geschieht.

Herleitung

Mit Inkrafttreten des NotSanG zum 01.01.2014²⁴ wurde umfangreich diskutiert, ob und inwieweit dieses Gesetz den strafrechtlichen und auch haftungsrechtlichen Rahmen, insbesondere mit diesem Berufsbild gegenüber dem früheren Rettungsassistenten verändert. Im Ergebnis konnte dabei herausgearbeitet werden, dass die in den Fokus genommenen Regelungen in § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2 NotSanG keine Regelungen zur Berufsausübung des Notfallsanitäters und keine Ermächtigung für eine eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen darstellen. Geregelt wurden lediglich Ausbildungszielbestimmungen.

Es verblieb also auch mit Inkrafttreten des NotSanG dabei, dass die eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen ohne ärztliche Veranlassung (Substitution) nicht zulässig ist bzw. weiterhin unter den Voraussetzungen des „rechtfertigenden Notstands“ im Sinne des § 34 StGB rechtlich folgenlos bleiben kann²⁵.

Es verblieb letztendlich die Diskussion, ob und inwieweit ggf. aufgrund landesrechtlicher Vorgaben und festgelegter SOPen/Standardarbeitsanweisungen (SAAen) eine vorweggenommene Delegation erfolgen kann. Für den wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages war dies im Einzelfall denkbar, jedoch nicht mit dem derzeit geltenden rechtlichen Rahmen zur Delegation von ärztlichen Leistungen und auch nicht mit den Regelungen des NotSanG und der Gesetzesbegründung vereinbar²⁶.

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung zu § 1 Abs. 1 NotSanG soll nunmehr für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mehr Rechtssicherheit bei der Berufsausübung geschaffen werden. Maßgeblicher Rahmen für die Rechtssicherheit sollen hierbei in erster Linie der strafrechtliche und der haftungsrechtliche Rahmen sein.

²⁴ BGBl I S. 1348 f.

²⁵ vgl. Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, WD 9-3000-042/16; gutachterliche Stellungnahme pwk & Partner Rechtsanwälte vom 24.05.2018

²⁶ vgl. Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, WD 9-3000-042/16; gutachterliche Stellungnahme pwk & Partner Rechtsanwälte vom 24.05.2018

Strafrechtliche Bewertung

Bei der strafrechtlichen Bewertung wurde für das Berufsbild des Notfallsanitäters im Vergleich zum Rettungsassistenten im Wesentlichen immer darauf abgestellt, dass bei einem strafrechtlichen Verstoß der rechtfertigende Notstand i. S. d. § 34 StGB („Notkompetenz“) greift. Bereits die früheren Empfehlungen der Bundesärztekammer hierzu²⁷ haben zur Konkretisierung des rechtfertigenden Notstands folgende Voraussetzungen gefordert:

- Der Notfallsanitäter/Rettungsassistent ist am Notfallort auf sich allein gestellt, rechtzeitige ärztliche Hilfe, etwa durch An- und Nachforderung des Notarztes, ist nicht erreichbar.
- Maßnahmen, die aufgrund eigener Diagnosestellung und therapeutische Entscheidung durchgeführt werden, sind zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten dringend erforderlich.
- Das gleiche Ziel kann nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen erreicht werden (Verhältnismäßigkeit bei der Wahl der Mittel).
- Die Hilfeleistung ist dem Notfallsanitäter/Rettungsassistent nach den besonderen Umständen des Einzelfalls zumutbar.

Durch die erhebliche Erweiterung der Ausbildung beim Notfallsanitäter im Vergleich zum Rettungsassistenten ist letztendlich ein größerer Rahmen für die Tätigkeiten am Patienten in einem solchen Fall entstanden, ohne dass sich die strafrechtliche Rechtslage im Übrigen geändert hätte.

Eine für die Praxis relevante Änderung zur bisherigen Rechtslage ergibt sich aus der geplanten Neuregelung nicht. Dies resultiert in erster Linie daraus, dass Notfallsanitäter bei der Ausübung der Heilkunde am Patienten, insbesondere durch invasive Maßnahmen, durchaus mehrere Straftatbestände erfüllen können.

Relevante Straftatbestände

Die geplante Regelung betrifft in erster Linie die Sanktion im Heilpraktikergesetz (HeilprG). § 1 Abs. 1 HeilprG regelt die Ausübung der Heilkunde:

„Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.“

In § 5 HeilprG ist ein Straftatbestand abgebildet mit folgendem Inhalt:

„Wer, ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein und ohne eine Erlaubnis nach § 1 zu besitzen, die Heilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

§ 5 HeilprG stellt damit einen Straftatbestand dar, der in einem Sondergesetz und nicht im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt ist.

Die gesetzliche Neuregelung würde in der Tat bezogen auf § 5 HeilprG greifen können, aber keine Rechtssicherheit schaffen. Mit der bundesgesetzlichen Regelung würde unter den gegebenen Voraussetzungen eine in einem Bundesgesetz geregelte Erlaubnis i.S.d. §1 Abs1. HeilprG vorliegen. Damit wäre bezogen auf die Ausübung der Heilkunde als solches die Anwendung des Rechtfertigungsgrundes nach § 34 StGB obsolet, da insoweit eine öffentlich-rechtliche Befugnisnorm geschaffen würde.

Hierzu ist zum einen anzumerken, dass die Frage, ob Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gegen das HeilprG verstoßen, bereits auch zu Zeiten des Berufsbildes des Rettungsassistenten eher theoretischer Natur waren. Für die Berufsausübung relevant sind eher andere strafrechtliche Tatbestände, wie z.B. die Körperverletzung u.a.

²⁷ www.bundesaeztekammer.de - Empfehlungen



Zudem orientieren sich die Tatbestandlichen Voraussetzungen der geplanten Erlaubnis in § 1 Abs. 1 S. 2f. NotSanG n.F. an den Vorgaben des rechtfertigenden Notstandes und geben zudem einen engeren Rahmen vor als § 34 StGB. Damit wird faktisch die Rechtslage und auch die Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter verschlechtert.

Weitere deutlich praxisrelevante Straftatbestände sind von der Neuregelung gar nicht erst erfasst, da die Befugnis zur Ausübung der Heilkunde dabei keine Rolle spielt. Beispielsweise findet sich zur Körperverletzung in § 223 Abs. 1 StGB folgende Regelung:

„Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

In diesem Zusammenhang ist es unstrittig, dass bereits kleinere und insbesondere invasive Maßnahmen, wie z. B. das Legen eines Zugangs oder das Verabreichen von Medikamenten, eine solche Körperverletzung darstellt. Dies ist aber ausdrücklich keine Besonderheit der Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Mit derselben Fragestellung ist jeder Arzt und Notarzt befasst, der am Patienten im Einsatzfall unstrittig mit der Befugnis zur Ausübung der Heilkunde tätig wird.

Ebenso wie für den am Einsatzort handelnden Arzt müssen daher weiterhin auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die Voraussetzungen des § 34 StGB vorliegen. Derzeit setzen die SOPen/SAAs einen aktuellen Maßstab für die Überprüfung im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB. Dabei muss sichergestellt sein, dass Maßnahmen nicht nur in der Ausbildung erlernt wurden, sondern die Kenntnisse und Fähigkeiten auch weiterhin in der aktuellen Einsatzsituation vorliegen.

Relation zum rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB

Voraussetzung für das Vorliegen eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB)

a) Notstandslage

Eine Notstandslage ist gegeben, wenn eine gegenwärtige Gefahr für ein rechtlich geschütztes Interesse besteht. Gefahr ist dabei ein Zustand, bei dem aufgrund tatsächlicher Umstände die Wahrscheinlichkeit des Eintretts eines schädigenden Ereignisses besteht. Sie ist gegenwärtig, wenn ein Zustand gegeben ist, dessen Weiterentwicklung den Eintritt oder die Intensivierung eines Schadens ernstlich befürchten lässt, sofern nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden²⁸.

Die Regelung des § 1 Abs. 1 S. 2 f. NotSanG n. F. ergänzt dies zunächst dahingehend, dass eine Situation vorliegt „bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder den Beginn einer weiteren, auch teleärztlichen Versorgung“. Die Voraussetzungen der Notstandslage werden folglich dahin konkretisiert und gewissermaßen auch begrenzt, dass der NotSan völlig auf sich allein gestellt sein muss.

Zudem ergibt sich aus § 1 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 NotSanG n.F. (es wird davon ausgegangen, dass die Bezeichnung als Nr. 5 ein redaktioneller Fehler ist), dass Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter unabhängig von den anderen Voraussetzungen nur dann durchgeführt werden dürfen, wenn eine vorherige ärztliche, auch teleärztliche Abklärung nicht möglich ist. Diese Voraussetzung ist deutlich weitergehend als die zunächst in § 1 Abs. 1 S. 2 NotSanG n. F. gegebene Prämisse, dass der Arzt/Telearzt abwesend sein muss. Die Regelung in Ziffer 3 gibt vor, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ggf. darlegen und beweisen müssen, dass jedwede ärztliche, nicht nur eine notärztliche, und insbesondere auch eine teleärztliche Abklärung, u. U. folglich durch bloßes Telefonat, nicht möglich war. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geraten in die Situation, beweisen zu müssen, dass

²⁸ Hauck in: Leiphold/Tsambikakis/Zöller, Anwaltskommentar StGB, 3. Auflage 2020, § 34 B I 1



sie alles erdenklich Mögliche unternommen haben, um eine/n Ärztin/Arzt, ggf. auch nur telefonisch, zu erreichen.

Damit führt die Neuregelung zu mehr Aufwand, insbesondere Dokumentationsaufwand in regelhaft zeitkritischen Notfallsituationen und im Ergebnis zu deutlich mehr Rechtsunsicherheiten als sie heute mit der Anwendung von § 34 StGB bestehen.

Sofern an der Änderung des NotSanG insoweit überhaupt festgehalten wird, sollte zumindest diese Einschränkung in der Ziffer 3 entfallen.

Gleiches gilt für die weiterhin ebenfalls **kumulativ** geregelten Voraussetzungen nach Buchstaben a und b. Diese verlangen für die Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern als weitere Voraussetzung, dass SOPen/SAAen für den konkret festgestellten Zustand und die erforderlichen Maßnahmen nicht vorliegen (Buchstabe a) oder vorhandene SOPen/SAAen nicht angewendet werden dürfen (Buchstabe b). Diese Ausführungen werden nach hiesigem Verständnis nur nachvollziehbar unter Berücksichtigung der Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages²⁹, da dort unterstellt wird, dass es eine vorweggenommene Delegation geben könne. Die Regelung unterstellt folglich an dieser Stelle, dass es eine SOP und damit eine legitimierende vorweggenommene Delegation bei § 1 Abs. 1 S. 2 Nr. 3a NotSanG n. F. gibt und daher eine weitergehende Regelung nicht notwendig ist. Dies ist bereits ein Fehlschluss, da zwar nach dem Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages eine grundsätzliche Möglichkeit zur vorweggenommenen Delegation gesehen wird, dies aber keinesfalls der tatsächlich bestehenden Rechtslage entspricht. Das Vorliegen von SOPen/SAAen in einem Fall führt nicht automatisch dazu, dass dies das eigenständige Handeln von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern legitimiert, auch wenn durch SOPen/SAAen die subjektive Handlungssicherheit für nicht-ärztliches Rettungspersonal im Sinne einer gefühlten Rechtssicherheit erhöht wird³⁰.

Gleiches gilt für die Regelung des § 1 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b NotSanG n. F. dahingehend, dass SOPen/SAAen nicht angewendet werden dürfen. Dies implementiert, dass nach den Vorgaben einer SOP/SAA Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht handeln dürfen, sondern ggf. ein/e Ärztin/Arzt handeln muss. Alternativ wäre auch denkbar, dass diese Formulierung dann zutrifft, wenn grundsätzlich ein Notfallsanitäter nach der SOP/SAA handeln kann und darf, im Einzelfall der vor Ort tätige Notfallsanitäter aber nicht, da besondere persönliche Voraussetzungen fehlen. Letzteres wäre allerdings bereits mit der Voraussetzung des „Beherrschens“ nach § 1 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 NotSanG n. F. erfasst.

Wenn nicht bereits die gesamte Ziffer 3 des Vorschlages gestrichen wird, sind zumindest die Buchstaben a und b zu streichen, da hier auf die sehr umstrittene Rechtsfrage der vorweggenommenen Delegation eingegangen wird, die nach der Einschätzung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages zumindest möglich erscheint (cave: hypothetisch!) und im Übrigen juristisch weit überwiegend abgelehnt wird.

Auch dieser Aspekt führt dazu, dass Voraussetzungen für die Legitimierung der heilkundlichen Tätigkeit aufgestellt werden, die im Einzelfall möglicherweise rechtlich überhaupt gar nicht zu erfüllen sind und die ähnlich wie bei der Nichterreichbarkeit einer ärztlichen Unterstützung dann auch darzulegen und zu dokumentieren wären vor dem Hintergrund des engen zeitlichen Rahmens beim Handeln bei einem lebensbedrohlich erkrankten/verletzten Notfallpatienten.

Auch ist nicht erkennbar, wie mit einer solchen Regelung mehr Rechtssicherheit für die praktische Tätigkeit für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erreicht werden soll.

²⁹ vgl. Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, WD 9-3000-042/16; gutachterliche Stellungnahme pwk & Partner Rechtsanwälte vom 24.05.2018

³⁰ Flentje, Block, Sieg, Seebode, Eismann, Notfall + Rettungsmedizin 2018, Seite 374 f.



b) Notstandshandlung

Nach den allgemeinen Voraussetzungen müsste der Handelnde geeignete Notstandsmaßnahmen ergreifen. Dies ist der Fall, wenn die Handlung erforderlich und verhältnismäßig ist und die damit einhergehende „Tat“ angemessen ist, um die Gefahr abzuwenden. Eine Handlung ist dann erforderlich, wenn sie geeignet ist, die Gefahr abzuwenden und das mildeste Mittel unter mehreren zur Verfügung stehenden gleichermaßen effektiven Mitteln ist. Die Tat ist dann verhältnismäßig, wenn im Rahmen einer Interessenabwägung das geschützte Interesse dem Verletztenrechtsgut überwiegt³¹.

Hier enthält der Formulierungsvorschlag letztendlich weitere Einschränkungen. Heilkundliche Maßnahmen, auch invasiver Art, können zwar durchgeführt werden, weitere Voraussetzung ist nunmehr jedoch auch, dass diese Maßnahmen durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in der Ausbildung erlernt wurden und diese beherrscht werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung erfolgt eine Anlehnung an die Formulierung in § 4 Abs. 2 Nr. 1 c NotSanG zu den dort niedergelegten Ausbildungszielen. Bereits diese Voraussetzung hat gewissermaßen einschränkenden Charakter. Es wäre beispielsweise Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nicht möglich, Maßnahmen, die anders als in der Ausbildung erlernt wurden, aber trotzdem beherrscht werden, anzuwenden, obwohl sie möglicherweise lebensrettend sein könnten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die vorgeschlagene Regelung zwar grundsätzlich eine Erlaubnis im Sinne des § 1 Abs. 1, § 5 HeilprG darstellen kann, wenn die im Einzelnen aufgestellten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese wiederum sind enger gefasst als die aktuell geltenden Regelungen des rechtfertigenden Notstands im Sinne des § 34 StGB. De facto werden damit mehr Einschränkungen geschaffen als Rechtssicherheit. Damit wird auch der Anwendungsrahmen für den rechtfertigen Notstand auch bei anderen Straftatbeständen, wie z.B. der Körperverletzung i.S. § 223 StGB durch die Rechtsprechung in Anlehnung an die neue Vorschrift ebenfalls eingeschränkt.

Dieselben Überlegungen gelten auch für strafrechtliche Verstöße bei der Abgabe von Medikamenten, insbesondere schmerzlindernden Medikamenten wie Opiaten. Hier können strafrechtliche Vorschriften aus dem Arzneimittelgesetz (AMG), Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) verletzt sein. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich zu statuieren, dass bezogen auf die relevanten Straftatbestände neben dem HeilprG Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht schlechter gestellt sind als Ärzte, da insoweit dieselben strafrechtlichen Voraussetzungen gelten.

Mit der Regelung des § 1 Abs. 1 S. 2 f. NotSanG n. F. besteht zwar die grundsätzliche Möglichkeit, eine Erlaubnis des § 1 Abs. 1, § 5 HeilprG zu etablieren, dies allerdings augenscheinlich mit engeren Voraussetzungen als diese bislang im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB vorgegeben sind.

Es ist nicht erkennbar, dass hier Regelungen in strafrechtlicher Hinsicht mehr Rechtssicherheit oder eine Erleichterung für die Tätigkeit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit sich bringen würde.

Haftungsrecht

Vergleichbares gilt auch für die haftungsrechtliche Situation. Die Ausführungen dazu in der Gesetzesbegründung zum Referentenentwurf auf Seite 90 f. können insoweit nicht nachvollzogen werden. Hier wird die Prämisse geäußert, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ab dem Zeitpunkt, ab dem sie eigenständig entscheiden, eine heilkundliche Tätigkeit an der Patientin oder dem Patienten vorzunehmen, auch haftungsrechtlich allein die

³¹ Hauck in: Leiphold/Tsambikakis/Zöller, Anwaltskommentar StGB, 3. Auflage 2020, § 34 B I 2



Verantwortung für die Tätigkeit übernehmen. Schutz vor dieser Haftungsverantwortung würde die jeweilige Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers bieten.

Diese Ausführungen verkennen, dass bei der Tätigkeit im Rettungsdienst nach den entsprechenden Rettungsgesetzen der Länder weit überwiegend eine persönliche Haftung weder des Notarztes noch des Notfallsanitäters oder Rettungsassistenten gegeben ist. Unabhängig von der Frage der Durchführung des Rettungsdienstes durch staatliche Organe, Beliehene oder durch Private im Rahmen der staatlichen Sicherstellungsgarantie ist die rettungsdienstliche Tätigkeit nahezu in allen Bundesländern als öffentlich-rechtliche Aufgabe eingeordnet, so dass für sämtliches Handeln des Personals die Grundsätze der Amtshaftung gem. § 839 BGB i. V. m. Art. 34 GG Anwendung finden. Zwar sind inzwischen im ärztlichen Bereich und auch zur Tätigkeit des Notfallsanitäters/Rettungsassistenten gerichtliche Entscheidungen bekannt, in denen eine Anwendung der Beweislastumkehr nach den Grundsätzen des Behandlungsfehlers im Arzthaftungsrecht erfolgt³². In den genannten Entscheidungen wurde jeweils ein unmittelbar anderer Anspruch gegen den Rettungsassistenten verneint und letztendlich in der neueren Entscheidung des KG Berlin die Wertungen der §§ 630a f. BGB zum Behandlungsvertrag insoweit im Rahmen des Amtshaftungsanspruches lediglich herangezogen. Hieraus ergibt sich umgekehrt zugleich, dass die Gerichte das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages als solchen abgelehnt haben. Eine persönliche Haftung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ist damit auch bei eigenständigem Handeln, wie dieses bislang auch bereits im Rahmen des rechtfertigenden Notstands nach § 34 StGB gerechtfertigt war, grundsätzlich ausgeschlossen³³. Denkbar ist und bleibt auch bei der Amtshaftung ein Rückgriff auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in denjenigen Fällen, in welchen die Handlungsmaßstäbe hinsichtlich der Übernahme einer Tätigkeit und/oder deren Durchführung vorsätzlich oder grob fahrlässig fehlerhaft war. Es ist nicht erkennbar, dass die Neuerungen in irgendeiner Form Einfluss auf die bestehende haftungsrechtliche Situation haben werden.

Bundesweite Leitlinien für SOPen/SAAen

Soweit vorgesehen ist, dass das BMG Leitlinien für SOPen/SAAen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG unter Beteiligung der Länder vorgibt, kann dies grundsätzlich zu einer Vereinheitlichung von Standards führen. Diese Leitlinien durch das BMG haben allerdings keinen rechtsverbindlichen Charakter, dies weist auch die Gesetzesbegründung ausdrücklich auf³⁴. Dies ergibt sich daraus, dass für die Durchführung des Rettungsdienstes die Bundesländer zuständig und verantwortlich sind. Beim Bund liegt lediglich die Kompetenz zur Regelung der Berufszulassung. Die SOPen/ SAAen betreffen die Berufsausübung und die Durchführung des Rettungsdienstes. In den Ländern kann der Rettungsdienst letztendlich weiterhin auf Maßgabe abweichender SOPen/SAAen tätig werden. Die Tauglichkeit der Regelung in § 1 Abs. 1 S. 3 NotSanG n. F. steht damit in Frage. Auch schafft die beabsichtigte Regelung keine weitere Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, da auch die angedachten Leitlinien die Rechtsfragen zur weiterhin rechtlich unzulässigen vorweggenommenen Delegation nicht lösen.

Ansprechpartner

Christian Hener (DRK-GS, VdS) c.hener@drk.de
Raymund Schneider (DRK-GS) r.schneider@drk.de

³² OLG Köln, Urteil vom 22.08.2007, Az. 5 U 267/06; KG Berlin, Urteil vom 19.05.2016, Az. 20 U 122/15

³³ vgl. zur Amtshaftung bei der Tätigkeit von Notärzten Katzenmeier/Schrag/Slavu, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst, Seite 85 f. sowie beim nichtärztlichen Personal Seite 95 f.; Ausnahmen sind zumindest in Baden-Württemberg aufgrund entsprechender Hinweise in der Rechtsprechung beim Notarzt und ggf. auch beim eigenständig handelnden nichtärztlichen Personal denkbar.

³⁴ Referentenentwurf MTA-Reformgesetz Stand 31.07.2020, Seite 92 a. E.