



Wortprotokoll der 65. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 21. Oktober 2019,
13:00 Uhr bis 14:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Saal E 300

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten

BT-Drucksache 19/13825

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**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 Freudenstein, Dr. Astrid 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 Hemmelgarn, Udo Theodor 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 Beeck, Jens Kober, Pascal 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	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 13:00 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur heutigen öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Rechten begrüße ich den Parlamentarischen Staatssekretär, Dr. Thomas Gebhart, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung sehr herzlich. Meine Damen, meine Herren, wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (19/13825) sowie den dazugehörigen Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksache 19(14)108.1¹. Meine Damen und Herren, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden bundeseinheitliche Regelungen für die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten sowie zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten eingeführt. Durch verschiedene Maßnahmen soll die Attraktivität der Berufe gesteigert und damit dem derzeitigen Mangel in diesen Fachberufen entgegengewirkt werden. Soweit in aller Kürze der Inhalt des Gesetzentwurfs. Die vier sogenannten fachfremden Änderungsanträge zielen auf Änderungen im Notfallsanitätäergesetz, im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, im SGB XI sowie im Anti-D-Hilfegesetz ab. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Uns stehen für diese Anhörung 60 Minuten zur Verfügung. Diese 60 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Die genaue Verteilung entnehmen sie bitte dem vor Ihnen liegenden Sitzplan. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Des Weiteren bitte

ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Außerdem können Sie sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt haben, herzlich dafür danken. Soweit die Einführung. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU und die erste Frage stellt der Abgeordnete Michael Hennrich.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich möchte meine erste Frage an die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und den Berufsverband Operationstechnischer Assistenten (DBOTA) stellen. Der Gesetzentwurf macht erstmals bundeseinheitlich einzuhaltende Vorgaben für die Ausbildung zu anästhesie- und operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten. Wie beurteilen Sie diesen Gesetzentwurf und den damit verbundenen Anspruch, die Grundlagen für eine moderne und attraktive Ausbildung zu schaffen?

SV **Jörg Karst** (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)): Wir begrüßen diese Initiative insofern sehr, als wir der Meinung sind, dass wir eine bundeseinheitliche Regelung brauchen, nachdem die Berufsgruppe ATA/OTA schon an verschiedenen Schulen ins Leben gerufen wurde. Hier ist eine Akzeptanz in der Gesellschaft dringend notwendig. Wir haben in eine Expertenrunde, zu der wir freundlicherweise eingeladen wurden, unsere Akzente schon hineingegeben, haben darauf hingewiesen, dass wir vor allen Dingen vermeiden wollen, dass es sich dabei um eine Substitutionsdebatte handelt und unterstützen die Ausbildungsinhalte innerhalb der nächsten Wochen genauso.

¹ Ausschussdrucksache



SV **Prof. Dr. Dietmar Pennig** (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)): Ich spreche heute auch für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Die derzeitige Regelung bedarf der Präzisierung. Wir halten die Vorgehensweise für sehr sinnvoll. Wie von der Seite der Anästhesisten schon darauf hingewiesen wurde, gibt es eine Vielzahl von Schulen, die teilweise Curricula haben, die einer Angleichung bedürfen. Diese Angleichung kann unter der jetzt vorliegenden Gesetzesvorlage erfolgen und dient dazu, dass wir in Deutschland in diesem Bereich einen in der Fläche vorhandenen gleichen Ausbildungsstand haben.

SV **André Loose** (Deutscher Berufsverband Operationstechnischer Assistenten (DBOTA)): Natürlich freut sich keiner mehr als die Berufsangehörigen, dass der Gesetzentwurf soweit fortgeschritten ist. Wir finden den Gesetzentwurf grundlegend gelungen, freuen uns auch, dass unsere Anmerkungen dazu eingeflossen sind und haben unsere Nachbesserungsvorschläge über die Stellungnahme eingereicht.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage bezieht sich auf einen fachfremden Änderungsantrag. Ich würde diese Frage an den Sachverständigen Thomas Stadler vom Bayerischen Roten Kreuz stellen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Änderungen des Notfallsanitätergesetzes und nehmen Sie bitte auch Stellung zu der dann veränderten Haftpflichtsituation der Notfallsanitäter.

SV **Thomas Stadler** (Bayerisches Rotes Kreuz): Ich bin Sprecher aller Durchführenden in Bayern, für den Rettungsdienst, Hilfsorganisationen, Feuerwehr und der Privaten. Die Position, die ich jetzt vortrage, ist auch mit den Ärztlichen Leitern Bayern abgestimmt. Sie befürworten diese nachdrücklich. Unsere Forderung, die Rechtssicherheit für die Lebensrettung durch die Notfallsanitäter zu erreichen, wird unserer Ansicht nach mit dem vorgeschlagenen Änderungsantrag nicht erreicht, sondern eher mit der Bundesratsinitiative, in der für die Notfallsanitäter die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde für die sogenannten 1c-Maßnahmen gefordert wird. Als Begründung führen wir

an: Die Mitarbeiter im Rettungsdienst, insbesondere Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, fangen viele Defizite in der gesundheitlichen Gefahrenabwehr auf. Sie gleichen Veränderungen in der Kliniklandschaft, bei der ambulanten und stationären Versorgung und bei der Notfallversorgung aus. Sie helfen auch dort, wo immer mehr Haus- und Fachärzte fehlen. In Bayern trifft zum Beispiel in 54 Prozent aller Fälle der Notarzt mehr als zwei Minuten später als der Rettungswagen mit dem Notfallsanitäter an der Einsatzstelle ein. In 20 Prozent der Fälle dauert dies sogar mehr als zehn Minuten. Hinzu kommen noch jene Einsätze, in denen der direkte Notarzt nicht besetzt ist und damit die Notfallsanitäter alleinverantwortlich handeln müssen und ohne ärztliche Unterstützung Leben retten. Dies ist sicherlich mit anderen Bundesländern vergleichbar. Hierzu brauchen die Mitarbeitenden Rechtssicherheit. Mit dem Änderungsantrag der Bundestagsfraktionen CDU/CSU und SPD wird die alleinige Erteilung von weiteren standardisierten und delegierten Handlungsoptionen vorgeschlagen, sogenannte standardisierte Prozeduren, SOPs [Standard Operating Procedure]. Damit wird man diesem Ziel nicht gerecht, da unvorhergesehene und nicht vorausplanbare Notfallsituationen dazu führen werden, dass die Notfallsanitäter nach wie vor zur Rettung von Menschenleben zum eigenständigen Handeln gezwungen sind. Dies lässt sich nicht in Standards abbilden. Damit werden sie weiterhin alltäglicher rechtlicher Unsicherheit ausgesetzt. Das Risiko einer Strafbarkeit bestünde weiter. Wir sprechen uns gegen eine Ausweitung der standardisierten Prozeduren für komplexe und dynamische Notfallsituationen aus, weil sie damit nicht ausreichend sicher beschrieben sind, dadurch das Risiko für die Patienten steigt, der ÄLRD [Ärztlicher Leiter Rettungsdienst] dafür die persönliche Haftung übernehmen würde und für die Notfallsanitäter immer noch ein Risiko bestehen bleibt, da nicht alle Notfallsituationen in den SOPs abgebildet werden können und die Notfallsanitäter nachweislich ein ausreichend hohes Kompetenzniveau für die Erlaubnis zur Durchführung der Heilkunde bei den 1c-Maßnahmen haben. Bayern unterscheidet konsequent nach 1c- und 2c-Maßnahmen. Nach unserem Kenntnisstand sind wir damit das einzige Bundesland, das das mit einem 1c-Maßnahmenempfehlungs-Katalog hinterlegt. Zur Klarstellung:



Eine Abschaffung der Delegation durch die Regelung des § 4 Absatz 2 Nummer 2c Notfallsanitättergesetz ist nicht unser Ziel. Eine Substitution ist nicht das Ziel. Unsere Forderung bezieht sich rein auf die Heilkunde für Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1c Notfallsanitättergesetz. Die Voraussetzungen für die 1c-Maßnahme sind hinlänglich bekannt. Ich möchte ein oder zwei Beispiele nennen, was unter 1c-Maßnahmen fallen könnte, um sich vorzustellen, was das heißt: die Applikationswege für Infusionen und Medikamente zum Beispiel, endobronchiales Absaugen in einer Notfallsituation, Laryngoskopie zum Fremdkörperentfernen zum Beispiel beim Verschlucken, supraglottische Atemwegssicherung, Umgang mit Tracheostoma, Beckenschlinge anlegen, Tourniquet abbinden und Medikamente nach einer Empfehlungsliste verabreichen. Woher kommt nun die Rechtsunsicherheit? Die Unsicherheit der bisherigen Lösung über § 34 StGB ergibt sich aus folgendem: Der rechtfertigende Notstand setzt voraus, dass der Zustand des Notfallpatienten so bedrohlich ist, dass ein Warten auf das Eintreffen des Notarztes oder eine anderweitige ärztliche Versorgung nicht möglich ist. Das muss in der Akutsituation abgewogen werden. Darüber kann man im Nachhinein trefflich streiten. Das ist richtig. So besteht in jedem Einzelfall ein potenzielles Risiko für den Notfallsanitäter, dass sein Handeln im Nachhinein als strafbar bewertet wird. Dies erhöht gleichzeitig auch das Risiko einer zivilrechtlichen Haftung. Die Notfallsanitäter sind darauf angewiesen, dass sie ihre hohe Qualifikation und Kompetenz rechtssicher im täglichen Dienst anwenden können und dürfen. Wenn dies behindert wird, macht man das Berufsbild unattraktiv. Angesichts des aktuellen Fachkräftemangels im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich wäre dies fatal. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung des Bundesrates würde den Handlungsspielraum des Notfallsanitäters nicht inhaltlich erweitern oder gar ärztliche Tätigkeiten ersetzen. Die Änderung würde lediglich eine höhere Rechtssicherheit bewirken. Der formale Vorstoß gegen nebenstrafrechtliche Tätigkeiten aus dem Heilpraktikergesetz würde sicher entfallen – ohne diese Unsicherheit einer Einzelfallabwägung über den rechtfertigenden Notstand. Die Freistellung vom Heilkundevorbehalt würde auch kein höheres Haftungsrisiko für den Notfallsanitäter erzeugen, wie teilweise vermutet. Jeder

haftet in seinem gewissen Rahmen für seine Handlungen, gleich ob er vom Arzt delegierte Handlungen durchführt oder eigenständig als Notfallsanitäter Heilbehandlungen präklinisch durchführt. Es gibt sogar Versicherer, die erklären, sie würden erst versichern, wenn diese Rechtsunsicherheit behoben ist. Unsere Schlussfolgerung daraus: Daher lehnen wir die vorgeschlagene Regelung in diesem Änderungsantrag ab und fordern die Erteilung der Erlaubnis zur Ergreifung von heilkundlichen Maßnahmen zur Lebensrettung durch Notfallsanitäter, wie sie in der Bundesratsinitiative vorgeschlagen ist. Die Verlängerung der Übergangsfrist zur Weiterqualifizierung begrüßen wir.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Es scheint sehr viel Gesprächsbedarf zum Thema „Öffnung für Notfallsanitäter“ zu geben, deshalb möchte ich mit Blick auf den Gesetzentwurf des Bundesrates eine ähnliche Frage an die Bundesärztekammer und an die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie richten. Wie schätzen Sie es ein, welche haftungsrechtlichen Konsequenzen, hätte eine solche Öffnung und wie bewerten Sie den Vorgang?

SV **Erik Bodendieck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen das in der Tat etwas anders als der Vertreter des Bayerischen Roten Kreuzes. Die Bundesärztekammer sieht in der Bundesratsinitiative den Einstieg in die Substitution ärztlicher Tätigkeit. Sie hatten selber darauf reflektiert, indem Sie sagten, es könnte auch die hausärztliche Versorgung ersetzt werden. Schon das geht aus meiner Sicht ein ganzes Stück zu weit, weil das unterschiedliche Bereiche sind. Wir haben aus unserer Sicht derzeit eine ausreichend gute Regelung. Ich habe mir erlaubt, zur Illustration die notwendigen Unterlagen mitzubringen. Das sind die Behandlungspfade der Standardarbeitsanweisung Rettungsdienst der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die sind sehr umfangreich und decken in der Tat sämtliche in der Notfallrettung auftauchende Maßnahmen ab. Man könnte sich gegebenenfalls vorstellen, dass man den Gesetzesvorschlag des Bundestages noch einmal um einige Worte ergänzt. Wir haben das in einer Stellungnahme festgehalten. Die wird heute, spätestens morgen hier im Haus eingehen. Wir würden im ersten Satz die



Worte „von abschließend bestimmten heilkundlichen Maßnahmen zur Abwendung von lebensbedrohlichen Situationen oder schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sofortiges Handeln erfordern“ einfügen. Last but not least: Aus unserer Sicht ist die Situation jetzt bereits ausreichend abgedeckt und wir sehen keine Rechtsunsicherheit. Zum Thema der Haftung: Die Haftung würde sich deutlich ausweiten. Bisher unterliegt der Notfallsanitäter nicht der eigenen Haftung, allenthalben im Rahmen des Übernahmeverschuldens. Dann, wenn er selbstständig, eigenverantwortlich tätig wird, übernimmt er die volle Haftung für das, was er tut. Er ist im Rahmen seiner Ausbildung viel mehr geneigt, am Ende vorgeworfen zu bekommen, dass er über sein Ziel hinaus geschossen ist. Er muss sich bisher an die Standardarbeitsanweisungen halten und ist damit auch ausreichend geschützt, wenn er das getan hat.

SV Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)): Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie vertritt die gleiche Position wie die Bundesärztekammer. Wenn wir uns die Zahl der Notarzteinsätze von 1994/1995 anschauen, so hatten wir damals im Bundesgebiet 2,5 Millionen. 2012/2013, das ist der letzte Erfassungszeitraum, hatten wir fünf Millionen Notarzteinsätze. Wenn wir anfangen, eine Notarzteinsatzstruktur aufzuweichen, indem wir de facto eine Substitution ärztlicher Tätigkeit erlauben, schaffen wir eine Vielzahl von Fällen, in denen eine juristische Nachprüfung der Behandlungswege schwierig wird. Die Weiterbildungsordnung für Ärzte regelt für die Notfallmedizin sehr detailliert die Voraussetzungen. Das sind 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich, nach der Approbation, nach einem Jahr als Arzt im praktischen Jahr. Davon müssen sechs Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin, Anästhesie und in der Notaufnahme unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten erfolgen. Dann braucht man anschließend noch weitere Kurse. Das ist ein enormer Wissensvorsprung, den der Notarzt hat und den er auch auf die Straße bringen muss. Wenn wir uns die Notfälle anschauen, um die es hier geht, ist die Spannweite enorm. Sie haben zum einen Schwerverletzte, teilweise als Massenunfall, wo plötzlich zehn Verletzte auf der Autobahn sind. Auf der anderen Seite haben Sie

möglichweise eine Vergiftung bei einem Kleinkind. Das sind alles ärztliche Tätigkeiten, die der Notarzt erbringen und leisten muss. Nur der Notarzt ist in der Lage, therapeutisch frei zu handeln. Die Anwendung von SOPs, von standardisierten Regeln, ist vernünftig und richtig, weil sie gerade unter dem Zeitdruck und der psychischen Belastung einer Notfallsituation dem handelnden Notfallsanitäter – dessen Klarstellung in Bezug auf die rechtliche Lage wir ausdrücklich begrüßen – Regeln auferlegt, an die er sich halten kann. Ansonsten entstehen in der Zeitachse vom Melden eines Notfalls, Eintreffen Notfallsanitäter, Eintreffen Notarzt Fragen nach der Übernahme der Haftung zu bestimmten Punkten. Das ist letztendlich kaum aufzulösen, wenn der Notfallsanitäter sich nicht an detaillierte Vorgaben, die eng gefasst sein müssen, zu halten hat. Von daher ist es so, dass wir die Substitution, auf die es im Klartext hinausläuft, die Freistellung vom Heilberufsvorbehalt, als Fachgesellschaft ablehnen. Ärztlich tätig sein kann und darf nur der Arzt, weil er eine fundierte Ausbildung in einer großen Breite und mit einem Zeitaufwand betreibt, der ihm erlaubt, dieses zu tun. Die deliktische Haftung für eine Maßnahme an Patienten, die durch einen Nicht-Arzt vorgenommen wird, sehen wir als ausgesprochen problematisch an.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage geht zurück auf den Ursprungsantrag und richtet sich an die Bundesärztekammer, die DGAI und die DGCH. Mit der Regelung der Ausbildung soll das umfangreiche Tätigkeitsprofil der Assistenzberufe in den anästhesie- und operationstechnischen Versorgungsbereichen erfasst werden. Wie schätzen Sie vor diesem Hintergrund die Ausbildungszielbeschreibung ein?

SV Erik Bodendieck (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer unterstützt die Erstellung dieses Gesetzes, um eine Regulierung der seit Jahren im Feld tätigen und bisher noch nicht regulierten Gesundheitsfachberufe auf den Weg zu bringen. Insofern ist es von unserer Seite nicht daran, Kritik am Gesetz zu üben. Mithin haben wir eine Anmerkung zum Thema „Gemeinsame Ausbildungsziele“. Ich will vorwegschicken, dass wir an den gemeinsamen Ausbildungszielen noch keine Detailtiefe erreichen konnten, weil im Rahmen des



Gesetzes auch eine Ermächtigungsgrundlage für das Gesundheitsministerium geschaffen werden soll, die Prüfungs- und Ausbildungsverordnung zu erlassen. Dort wird sich zeigen, was Inhalt der Ausbildungsziele sein wird, gemeinsame wie auch auf die beiden Fachgebiete spezialisierte. Eine Anmerkung möchten wir trotzdem zu § 8 Nummer 1b des vorliegenden Gesetzentwurfs machen. Dort heißt es: „... eigenverantwortlich insbesondere die folgenden Aufgaben auszuführen: geplantes und strukturiertes Vorbereiten, Durchführen und Nachbereiten von berufsfeldspezifischen Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie.“ Das sehen wir in diesem Kontext problematisch. Wir würden dies aufgrund einer möglichen Haftungsgefahr für die ATAs und OTAs lieber in Nummer 2 als einen Punkt c angesiedelt sehen, weil das in der Tat zu allgemein beschrieben ist. Was sind berufsspezifische Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und vor allem auch der Therapie? Wenn wir zur Therapie kommen, kommen wir in den heilkundlichen Bereich hinein. Der heilkundliche Bereich umfasst die Verordnung von Medikamenten, Anwendung von Prozeduren und ähnliches. Das kann aus unserer Sicht nicht eigenverantwortlich stattfinden. Deswegen ist hier die Verortung unter Nummer 2 „Mitwirkung bei ...“ notwendig. Wir haben das in unserer Stellungnahme bereits kundgetan. Ich bitte dies zu beachten.

SV **Jörg Karst** (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)): Ich will mich der Bundesärztekammer an der Stelle weitestgehend anschließen und hinzufügen, dass uns das Gleiche im § 9 Nummer 1d begegnet, wo wir die eigenverantwortliche Aufgabe im „Durchführen von bedarfsgerechten Maßnahmen und Verfahren zur Betreuung der Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts im anästhesiologischen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung ihres jeweiligen physischen und psychischen Gesundheitszustandes“ beschrieben sehen. Das kann sehr schnell interpretiert werden als könnten die anästhesiologischen Assistentinnen und Assistenten eigenverantwortlich anästhesiologische Maßnahmen durchführen. Insofern hatten wir in unserer Stellungnahme zur Vermeidung der Substitution angemerkt, dass wir hier gerne „unter der ärztlichen Aufsicht bzw. unter der ärztlichen

Anordnung“ einfügen würden, damit eine Substitutionsdebatte an der Stelle vermieden wird.

SV **Prof. Dr. Dietmar Pennig** (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)): Ich spreche jetzt für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Die Position der beiden Vorredner unterstützen wir ausdrücklich. Die Entwicklung auf dem ATA/OTA-Sektor trägt der allgemeinen Tendenz nach zunehmender Spezialisierung Rechnung. Dieses beinhaltet aber auch den dringenden Bedarf nach einer Regelung der Ausbildungsinhalte und einer Kontrolle der erfolgten Ausbildungsinhalte. Auch das muss der gesetzlichen Regelung noch beigefügt werden. Ohne Kontrolle können wir nicht wissen, ob die Ausbildungsinhalte in dem Umfang, wie das Gesetz sie vorsieht, vermittelt wurden.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Verein Anti-D HCV-Geschädigter. Wie beurteilen Sie, dass im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens kurzfristig konkrete Verbesserungen im Anti-D-Hilfegesetz für die Betroffenen vorgesehen werden sollen?

SV **Ingo Klee** (Deutscher Verein Anti-D HCV-Geschädigter e. V.): Die Maßnahme wird außerordentlich begrüßt. Zur Kurzfristigkeit: Zu spät. Wir sind im Jahr 2020 und wir sollten erkennen, dass es eine neue Korrektur/Zäsur nicht mehr gibt. Dann sind die Betroffenen verstorben.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Die Frage ist zwar schon gestellt worden, aber ich möchte andere Adressaten wählen. Ich möchte gerne von ver.di und vom Deutschen Berufsverband Rettungsdienst e. V. folgendes wissen: Änderungsantrag 1 sieht vor, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auf landesrechtlicher Grundlage die Berechtigung zur Heilkundeausübung auf dem Wege der Delegation und im Rahmen standardisierter Prozeduren zu übertragen. Halten Sie diese Regelung für geeignet, Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu schaffen?



SVe **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Es ist anerkennenswert, dass mit dem Änderungsantrag 1 mehr Rechtssicherheit für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geschaffen werden soll. Die geplante Regelung greift jedoch zu kurz. Wir sehen, dass in der Berufspraxis das eigentliche Problem nicht gelöst würde. Notfallsituationen, für die durch das Notfallsanitätergesetz nach § 4 qualifiziert werden soll, erfordern die Befähigung zu selbstständigen Entscheidungen in Abwesenheit des ärztlichen Personals. Dabei handelt es sich um selbstständige Ausübung der Heilkunde, die den Berufsangehörigen durch den Arztvorbehalt des Heilpraktikergesetzes untersagt ist. Da sie gleichwohl handeln müssen, um sich nicht dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung auszusetzen, muss bei lebensrettenden Maßnahmen häufig auf den rechtfertigenden Notstand zurückgegriffen werden. Die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind so in eine rechtliche Grauzone zweier Rechtsgrundsätze gezwungen. Im Streitfall wird rechtlich geprüft, ob das Handeln gerechtfertigt war. Das ist für einen qualifizierten Heilberuf auf Dauer so nicht zumutbar. Mehr Rechts- und Handlungssicherheit wird es daher nur geben, wenn Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter berechtigt werden, die Heilkunde im Rahmen der in der Ausbildung gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 1c vermittelten Kompetenzen auch ausüben zu dürfen. Diesen Weg verfolgt der Bundesrat in seinem entsprechenden Gesetzentwurf. Eine Lösung in diesem Sinne würden wir ausdrücklich begrüßen.

SV **Marco König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Wir sehen das genauso und müssen klarstellen, dass die Realität ein bisschen anders aussieht. Unser juristisches Grundverständnis ist so, dass das Landesrecht nicht Bundesrecht brechen kann. Wir haben nun einmal das Heilpraktikergesetz auf Bundesebene, das Betäubungsmittelgesetz genauso. Thüringen ist als einziges Land bisher den Weg gegangen und hat ins Rettungsdienstgesetz geschrieben, dass Notfallsanitäter nicht dem Heilpraktikergesetz unterliegen. Das ist sehr ehrenrührig, aber sicherlich nicht der normale Weg, wie wir ihn in Deutschland kennen. Ich möchte gerne den Punkt der Bundesärztekammer aufgreifen, denn dieser ist nicht richtig ausgeführt worden. Wenn man hier

Kataloge von Standardarbeitsanweisungen hochhält oder SOPs, die im Raum stehen, die in § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c genannt werden sollen, dann muss man wissen, dass dieser Katalog in keinem einzigen Land der Bundesrepublik Deutschland am Patienten angewandt wird. Diese Kataloge dienen bisher ausschließlich dazu, die Notfallsanitäter-Auszubildenden nach diesen Algorithmen zu prüfen. Es gibt kein Bundesland, das diese Versorgung flächendeckend an den Patienten bringt, erst recht nicht die Schmerzmittelgabe bei stärksten und starken Schmerzen. Die einzige Medikamentengruppe, die da sinnvoll ist, unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Es gibt sehr viele Ärztliche Leiter Rettungsdienste, die den Notfallsanitätern Betäubungsmittel an die Hand geben wollen, aber auch nach Rücksprache mit Staatsanwaltschaften diesen Weg scheuen, weil sie dadurch gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen. Daher ist es notwendig, nicht nur den Bundesratsbeschluss zu unterstützen, sondern weitergehend das Heilpraktiker- und das Betäubungsmittelgesetz zu novellieren.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di. Der Gesetzentwurf verzichtet auf die Definition des Ausbildungsträgers. § 26 sieht aber vor, dass neben Krankenhäusern auch Schulen und sogar Dritte Träger der Ausbildung sein können. Wie bewerten Sie das und reichen die in § 14 Absatz 6 enthaltenen Vorgaben aus, um die Rechte der Auszubildenden zu sichern?

SVe **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Aus unserer Sicht muss der Gesetzentwurf dringend nachgebessert werden, damit die Rechte der Auszubildenden in jedem Fall gesichert werden. Tarifbindung und die Mitbestimmung der betrieblichen Berufsbildung müssen sichergestellt werden. Dafür ist zu klären, wer Ausbildungsträger sein kann. Notwendig ist aus unserer Sicht eine Vorschrift, wonach nur für die Ausbildung geeignete Krankenhäuser Träger der Ausbildung sein können. Betriebs- und Personalräte sowie Jugend- und Auszubildendenvertretung können nur dann zur Sicherung der Ausbildungsqualität beitragen, wenn die Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag mit einem Krankenhaus haben, das die Ausbildung auch verantwortlich gestaltet. Das muss im Gesetz



durchgängig sichergestellt werden. Wird der Ausbildungsvertrag dagegen mit einer Schule oder Dritten geschlossen, können gesetzliche Interessenvertretungen keinen Einfluss auf die Ausbildungsqualität nehmen. Die gesamte zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung, des Ausbildungsplans und dessen Umsetzung, Praxisanleitung oder Beurteilungsgrundsätze können nicht mitbestimmt werden. Auch ist die Wählbarkeit der Auszubildenden in die betriebliche Interessenvertretung nicht gegeben, sodass sie nicht direkt Einfluss auf ihre Ausbildungsbedingungen nehmen können. Doch Auszubildenden muss ermöglicht werden, ihre Ausbildungsbedingungen selbst mitgestalten zu können. Die Vorgaben in § 14 Absatz 6 reichen nicht aus, da diese nicht die Mitbestimmung bei der betrieblichen Berufsbildung und die Wählbarkeit der Auszubildenden nennen, wenn der Ausbildungsvertrag mit der Schule oder Dritten geschlossen wird. Darüber hinaus nimmt eine Ausgliederung der Ausbildung Auszubildenden ihren tarifvertraglichen Schutz und ihre tariflichen Ansprüche. Im Rahmen des Pflegeberufgesetzes wurde 2017 ein Kompromiss gefunden, um die betriebliche Mitbestimmung zu sichern. Die Regelung des Pflegeberufgesetzes, insbesondere § 8 Absätze 1, 2 und 5 können eine geeignete Grundlage sein und eine einheitliche Rechtsanwendung gewährleisten. Das geht mit vielen Vorteilen insbesondere für die zuständigen Behörden und Krankenhäuser einher. Letztlich können die Krankenhäuser, wenn sie in ihrer Ausbildungsverantwortung gestärkt werden, durch attraktive Ausbildungen langfristig ihre Fachkräfte sichern.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Sie schlagen die Aufnahme einer Modellklausel zur Erprobung von Ausbildungsangeboten vor, die zur Weiterentwicklung des ATA- bzw. OTA-Berufes dienen sollen. An welche Modelle und Entwicklungsmöglichkeiten denken Sie dabei?

SV **Ralf Neiheiser** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben uns eine Modellklausel zur Weiterentwicklung des Berufes, wie wir das aus dem Krankenpflegegesetz vom 17. Juli 2003 kannten, vorgestellt, um dem Rechnung zu tragen, wie der Gesetzgeber das Ausbildungsziel

jetzt formuliert hat, sodass die beiden Berufe entsprechend weiterentwickelt werden können.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich auch an die DKG. Der Gesetzentwurf sieht das Inkrafttreten der neuen Ausbildung zum 1. Januar 2021 vor. Halten Sie diese Frist für die Umsetzung der neuen Ausbildung für ausreichend und praktikabel?

SV **Ralf Neiheiser** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir halten diese Frist für praktikabel, weil die Schulen und die Krankenhäuser schon seit Mitte der 90er Jahre OTAs und seit 2011 ATAs nach der Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinie der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausbilden. Das heißt, wir haben einheitliche Qualitätsmaßstäbe, die in den Schulen und in den Krankenhäusern etabliert sind. Wir haben natürlich eine Umstellung vorzunehmen, was die theoretische und die praktische Ausbildung angeht. Beispielsweise müssen wir die Unterrichtsstunden von 1 600 Stunden auf 2 100 Stunden erhöhen. So etwas ist aber zu schaffen. Wir haben adäquat qualifiziertes Lehr- und auch Schulleitungspersonal und sind in der praktischen Ausbildung mit adäquat qualifizierten Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern sehr gut aufgestellt, sodass der 1. Januar 2021 durchaus umsetzbar wäre.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an ver.di und wiederum an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Wie beurteilen Sie die Regelungen zur Praxisanleitung und halten Sie die Option zur temporären Abweichung von der 15-Prozent-Quote für erforderlich?

SVe **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Wir begrüßen zunächst, dass durch bundeseinheitliche Vorgaben die Qualität der Ausbildung auf einem einheitlichen Niveau gesichert werden soll. Für eine qualitativ hochwertige praktische Ausbildung ist eine gute Praxisanleitung wesentlich. Da in den Einsatzfeldern der OTA und ATA besondere Anforderungen in der Hygiene und im Arbeitsschutz bestehen, insbesondere in der arztassistierenden Tätigkeit in der Anästhesie und im OP, ist es erforder-



derlich, dass die Auszubildenden mit einer Fachkraft aus dem jeweiligen Beruf oder einer Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, die berufspädagogisch zur Ausbildung qualifiziert ist, direkt zusammenarbeiten. Aufgrund der skizzierten hohen Bedeutung der Praxisanleitung darf der Mindestumfang von 15 Prozent keinesfalls, auch nicht für einen Übergangszeitraum, unterschritten werden. Deshalb sprechen wir uns ausdrücklich dafür aus, dass § 16 Absatz 3 gestrichen wird.

SV Ralf Neiheiser (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir freuen uns über die Übergangsvorschrift, die für die Praxisanleitung eingeräumt worden ist, weil die Sicherstellung der Praxisanleitung schwierig ist. Wir haben in dem Bereich eine hohe Fluktuation – Stichwort: Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wir würden es begrüßen, und ich habe es in der Stellungnahme für die DKG gefordert, dass sich die 15-Prozent-Praxisanleitung auf die gesamten praktischen Stunden beziehen. 15-Prozent-Praxisanleitung auf die einzelnen Einsatzbereiche ist in der Praxis nicht umsetzbar.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage zum Thema Schulleitung richtet sich an die Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer fordert eine Erweiterung des Personenkreises, der nach § 22 Absatz 3 Nummer 1 befugt ist, die Leitung von ATA/OTA-Schulen zu übernehmen. Bitte erläutern Sie das näher.

SV Erik Bodendieck (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen hier die Notwendigkeit, auch andere hochschulisch-pädagogisch gebildete Menschen in die Schulleitung mit aufzunehmen. Das sind beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, die durchaus an der Lehre mitbeteiligt werden können, die in der Schulleitung aufgrund ihrer engen Zusammenarbeit mit den anästhesie- und operationstechnischen Assistenten qualifiziert sind, an der Schulleitung und vor allen Dingen an der Ausbildung teilzunehmen. Das wird im Moment ausgeschlossen. Deshalb fordern wir die Erweiterung des Personenkreises.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe noch eine Frage an die DKG. § 68 Absatz 2 sieht Übergangsvorschriften und Bestandsschutz für Schulleitung und Lehrkräfte bis zum 31. Dezember 2028 vor. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV Ralf Neiheiser (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Grundsätzlich ist diese Übergangsvorschrift zu begrüßen. Es ist allerdings zu beachten, dass wir uns demografisch gesehen auf die sogenannte Babyboomer-Generation zu bewegen. Das heißt, wir haben in vielen Schulen noch traditionell weitergebildete Lehrkräfte für Pflegeberufe, die in den nächsten fünf bis zehn Jahren ausscheiden werden. Derzeit ist es schwierig Nachwuchs zu generieren, weil den jetzt examinierten OTAs und ATAs der Zugang zu vielen Hochschulen versperrt ist. Er wird sich durch das Gesetz öffnen. Im Augenblick kann das aber nur an privaten Hochschulen erfolgen. Deswegen ist es sehr schwierig, Lehrernachwuchs zu generieren. Insofern plädieren wir für die Streichung des Absatzes 2.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Es ist ein sehr guter Entwurf. Das möchte ich von Seiten unserer Fraktion sagen. Viele Fragen wurden auch schon beantwortet, die insgesamt etwas kritisch sind. Ich möchte eine Frage an die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), an die DBVSA und an die DOSV stellen. Der Regierungsentwurf sieht vor, dass das Lehrpersonal künftig eine abgeschlossene ATA- oder OTA-Ausbildung sowie ein abgeschlossenes Pädagogikstudium aufweisen muss. Dies wird Ärzte von der Lehrtätigkeit der Ausbildung ausschließen. Wie beurteilen Sie die Regelung und denken Sie, dass dieser Ausfall mit den potenziellen Lehrkräften kompensiert werden kann?

SV Ralf Neiheiser (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Diese Regelung ist zu begrüßen und kann in der Praxis aufgrund den Übergangsvorschriften in § 68, die wir gerade angesprochen haben, umgesetzt werden. Insofern ist der fachliche Hintergrund in Verbindung mit einem pädagogischen Studium unabdingbar, um in OTA- und ATA-Schulen tätig sein zu können.



SVe Christiane Spichale (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e. V. (DBVSA)): Wir begrüßen den Gesetzentwurf ausdrücklich und sehen viele Inhalte umgesetzt, die wir angemerkt hatten. Zu Ihrer Frage: Wir benötigen für diese hochqualifizierte Ausbildung unbedingt auch hochqualifiziertes pädagogisches Personal und natürlich auch fachqualifiziertes Personal, das wir langfristig qualifizieren müssen. Da kann ich Herrn Neiheiser nur bestätigen. Das schließt nicht aus, dass auch ärztliches Personal mit in die Ausbildung aufgenommen wird. Da haben wir sehr gute Erfahrung seit Beginn beider Ausbildungen gemacht. Das kann man weiter fortsetzen.

SV Franz Loehr (Deutscher OTA-Schulträgerverband e. V. (DOSV)): Wir schließen uns zunächst den Erklärungen der Vorrednerin und des Vorredners in vollem Umfang an. Wir sind also auch der Meinung, dass die Qualifikation der Lehrerinnen und Lehrer in den OTA-Schulen entsprechend sein muss. Das heißt, es sollte eine Hochschulausbildung und zum zweiten eine fachliche Ausbildung dahinterstehen, weil eine berufliche Ausbildung in diesen beiden Berufen erfolgt.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Meine nächste Frage geht an Frau Werheim von ver.di und noch einmal an die beiden, die die Schulen vertreten, Frau Spichale und Herrn Loehr. Wie bewerten Sie im Rahmen des Regierungsentwurfs die Möglichkeiten für Arbeitnehmer, die in der Pflege bereits viele Jahre tätig sind, im Hinblick auf eine Weiterqualifizierung zum ATA oder OTA? Gibt es hier Nachbesserungsbedarf? Was wird angerechnet? Bis jetzt habe ich gesehen, dass nur ein Jahr angerechnet wird. Wenn man ein Jahr in der Pflege war, kann man die Ausbildung machen. Gibt es daneben eine Weiterqualifizierung oder muss man die drei Jahre Ausbildung, egal, wie lange man schon in der Pflege war, machen?

SVe Melanie Wehrheim (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Grundsätzlich sind wir für Durchlässigkeit in den Ausbildungswegen und begrüßen daher auch entsprechende Zugangsmöglichkeiten, wie sie vorgesehen sind.

SVe Christiane Spichale (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e. V. (DBVSA)): Wir sehen die Formulierung im Gesetzentwurf als ausreichend an, weil der Zugang für vielerlei Schulabschlüsse gesichert ist. Wir haben keine Bedenken, dass die Durchlässigkeit nicht gegeben ist.

SV Franz Loehr (Deutscher OTA-Schulträgerverband e. V. (DOSV)): Ich schließe mich den Ausführungen an. Ich muss es nicht noch einmal wiederholen, aber es ist zutreffend, ja.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Eine Frage wurde schon hinreichend diskutiert. Es geht um die Rechtssicherheit. Ich würde zu diesem Thema eine Frage an die Bundesärztekammer, Herrn Bodendieck, stellen. Das Problem ist die genaue, messerscharfe Trennung zwischen ärztlicher Tätigkeit und der Tätigkeit der OTA und ATA und der Notfallsanitäter. Wo genau würden Sie diese Trennung sehen, weil das sehr schwammig ist. Das ist wirklich ein Kritikpunkt am Gesetz.

SV Erik Bodendieck (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich hatte schon reflektiert, dass wir hier die Grundlagen im Gesetz gelegt bekommen und das Thema „eigenverantwortlich“ etwas problematisch unter den Punkt 1b verortet sehen. Das gilt für §§ 8 und 9 gleichlautend. Wobei wir tatsächlich sehen müssen, wie in der Ermächtigung, nämlich in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die Inhalte der Ausbildung und Prüfung und die Prüfungsinhalte genau beschrieben sind. Dort spielt die genaue Musik. Trotz alledem reflektiere ich noch einmal darauf, eigenverantwortlich therapeutisch tätig werden, so steht es in §§ 8 und 9 geschrieben. Das geht nicht, weil das die Übernahme von heilkundlicher Tätigkeit ist. Mitwirkung an Diagnostik und Mitwirkung an ärztlich angeordneter Therapie, nämlich Vergabe von Medikamenten. Wenn das gelernt worden und in Ordnung ist, heißt das Mitwirkung. Deswegen eher Verortung unter Punkt 2 in §§ 8 und 9.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Meine nächste Frage hat Herr Bodendieck auch schon beantwortet. Ich würde demnach jetzt eine Zeitspende machen, weil für mich und meine Fraktion alle Fragen beantwortet.



Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich starte mit der Rechtssicherheit. Das möchte ich an den DBOTA, DBVSA und den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst adressieren. Aus unserer Sicht droht, dass die gleichen Fehler wie bereits beim Notfallsanitätäergesetz wiederholt werden. Der entsprechenden Ausbildung zur Vermittlung von Kompetenzen und Fähigkeiten müssen zur Gewährleistung von Rechtssicherheit für die anästhesie- und operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten auch die entsprechenden eigenständigen Befugnisse bei ihrer Tätigkeit folgen. Sehen Sie diese Befugnisse im vorliegenden Gesetzentwurf hinreichend geregelt?

SV **André Loose** (Deutscher Berufsverband Operationstechnischer Assistenten (DBOTA)): Wir sehen diese Befugnisse als ausreichend vorhanden und auch definiert in den Ausbildungszielen. Dort sind genügend Ausbildungsziele eigenständiger Natur festgelegt, die keiner ärztlichen Weisung bedürfen. Wir haben dort auch patientenferne Tätigkeiten, wie zum Beispiel die OP-Logistik oder die Arbeit mit Medizinprodukten vorgesehen. Diese benötigen auch keiner ärztlichen Weisung. Es gibt dort Aufgaben, die einer ärztlichen Anweisung bedürfen. Das sind delegierbare Aufgaben, die man auch ausbauen kann. Dazu sind die Berufsangehörigen natürlich bereit. Voraussetzung dafür ist die Festsetzung in enger Zusammenarbeit mit den Interessenvertretungen.

Sve **Christiane Spichale** (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e. V. (DBVSA)): Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen. Wir sehen das ausreichend formuliert. Wir sehen natürlich immer Tätigkeiten, nur um das abzugrenzen, für den ärztlichen Bereich im Rahmen der Mitwirkung bzw. nur Tätigkeiten, die tatsächlich auch delegierbar sind.

SV **Marco König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Die Rechtssicherheit, wie ich das vorhin auch schon anführte, kriegen wir unseres Erachtens nur hin, indem das Heilpraktikergesetz und in Verbindung auch das Betäubungsmittelgesetz an dieser Stelle novelliert werden. Wir dürfen nicht außer Acht lassen, wie das

Ausbildungsziel beschrieben wurde, das 2013 und 2014 in Kraft getreten ist. Wir hatten daraufhin sehr schnell den sogenannten Pyramidenprozess, wo alle Beteiligten, auch alle ärztlichen Fachgesellschaften, beteiligt worden sind und wir einen Mindestmaßnahmenkatalog festgelegt haben. Es ist leider so, dass wir den bisher nur in den Schulen haben, aber eben nicht flächendeckend in den über 400 Rettungsdienstkreisen. Wir haben dort also leider einen Versorgungsflickenteppich. An der Kreisgrenze kann der Patient schon anders versorgt werden als im Nachbarkreis. Wenn hier angeführt wird, dass bei einem Massenansturm von Verletzten oder bei einem vergifteten Kind ein Notarzt dabei sein soll... also bei einem Massenansturm von Verletzungen kommt der leitende Notarzt auch noch dazu und ganz viele andere Kräfte, und zu einem vergifteten Kind, wenn es schwer vergiftet ist, dann steht es außer Frage, dass weiterhin ein Notarzt kommt. Wir wollen hier kein notarzfrees System schaffen. Es steht im Notfallsanitätäergesetz, dass die Versorgung der Notfallsanitätäre so lange stattfindet, bis die Übernahme durch einen Arzt geschieht. Ob das der Notarzt ist – es kann ja auch sein, dass der gar nicht verfügbar ist, das ist nämlich gar nicht so selten, das wird auch gerne mal vergessen – oder der Arzt in der Klinik oder in der Arztpraxis, wenn das SGB V noch bezüglich der Transportleistung angefasst wird, dann ist entsprechend das eingetreten, was der Bundesgesetzgeber damals gefordert hat. Er hat gesagt, er will die Notarzteinsätze reduzieren. Er möchte den Notarzt, den guten Notarzt, den sehr guten Notarzt dort haben, wo er notwendig ist. In den meisten Fällen, das bestätigen auch die fahrenden Notärzte, sind sie eben nicht notwendig gewesen und hätten vielleicht besser für einen wichtigeren Einsatz zur Verfügung gestanden. Die Rechtssicherheit sieht im Moment so aus, dass es immer wieder Anzeigen auch von Notärzten gegen Notfallsanitätären gegeben hat und damals auch gegen Rettungsassistenten. Zum Glück muss man sagen, hat die Staatsanwaltschaft dann grundsätzlich das Verfahren wegen des rechtfertigenden Notstands eingestellt. Sie können sich vielleicht vorstellen, wie sich der Notfallsanitätäre fühlt, wenn er ungefähr drei Monate mit einer Anzeige leben muss, bis das Schreiben der Staatsanwaltschaft kommt, dass das Verfahren eingestellt worden ist. Genauso gab es Entlassungen und Abmahnungen, wenn er sich nicht an die Algorithmen gehalten hat. Warum hat er sich nicht an die Algorithmen gehalten? Weil es



diese für dieses Krankheits- oder Verletzungsbild eben nicht gab. Die Versicherung – hier möchte ich kurz zitieren, was aus Baden-Württemberg kommt, dabei geht es um das DRK und den Landesverband Baden-Württemberg – schreibt nämlich, dass die gesetzliche Haftpflicht des DRK-Landesverbandes bzw. die persönliche gesetzliche Haftpflicht seiner Notfallsanitäter greift, sobald die Gesetzesänderung erfolgt ist. Als Fazit schreiben sie dann: Im Ergebnis bestätigt ihr Versicherer den Versicherungsschutz im Zuge der Kompetenzerweiterung der Notfallsanitäter ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens entsprechender gesetzlicher Regelungen. Solange diese Regelung nicht da ist, sind die Notfallsanitäter nicht mehr versichert, wenn sie nicht zu jeder Maßnahme, und das beginnt schon bei der Sauerstoffgabe und bei dem intravenösen Zugang, den Notarzt nachfordern. Sie können sich vorstellen, was für eine Unruhe dadurch eingetreten ist. Insofern ist das noch ein Grund mehr, möglichst schnell Rechtssicherheit auch für den 1c zu schaffen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Wie beurteilen Sie die Refinanzierung der Ausbildung im vorliegenden Gesetzentwurf? Sehen Sie sie als ausreichend an und wenn nicht, inwiefern müsste nachgebessert werden?

SV **Ralf Neiheiser** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Deutsche Krankenhausgesellschaft interpretiert die Finanzierung als vollumfänglich. Es gibt Ausbildungsverbundsysteme. Das heißt, es wird nicht an jedem Krankenhaus eine ATA- oder eine OTA-Schule sein. Dann muss dort die Refinanzierung über Verhandlungen mit den Kostenträgern auf der Ortsebene verhandelt werden. Die Krankenhäuser müssen dafür Ausbildungsbudgets gründen bzw. haben Ausbildungsbudgets und müssen die Kosten für die OTA-Ausbildung und die ATA-Ausbildung vollumfänglich in diese Ausbildungsbudgets mit einstellen. Das Finanzierungssystem, wenn ich das noch ergänzen darf an der Stelle, entspricht nach unserem Dafürhalten dem Finanzierungssystem der Krankenpflegegeschulen nach dem Krankenpflegegesetz vom Juli 2013.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Klee vom Verein der HCV-Geschädigten. Was sagen Sie dazu, dass die Gesetzgebungsbegründung auf neue Medikamente gegen HCV rekurriert?

SV **Ingo Klee** (Deutscher Verein Anti-D HCV-Geschädigter e. V.): Die Gesetzesbegründung konterkariert das, was mit dem Gesetz zum Ausdruck gebracht werden soll. Wir haben folgendes Problem in der Gesetzesanwendung: Wenn der Jurist nicht weiter weiß, hier geht es um die Verwaltungspraxis und die Gerichte, dann schaut er in die Gesetzesbegründung. Wenn eine ausdrückliche Benennung eines Einzelfalles erfolgt, nämlich neue HCV-Medikamente, dann steht zu erwarten, das ist bisherige Verwaltungspraxis, dass das, was davon abweicht, nicht erfasst wird. Das führt zu demselben Dilemma, das die Gesetzesregelung abschaffen soll. Ein kurzes Beispiel – ich verweise auf die Anhörung aus dem Jahr 2011 hier im Gesundheitsausschuss, das ist allen bekannt und nachlesbar – worauf Dr. Cornberg, Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung, hingewiesen hat. Wir haben die hepatische Manifestation, Fibrose, Zirrhose, Karzinom, und wir haben die extrahepatischen Manifestationen. Wenn wir jetzt auf neue HCV-Medikamente abstellen und unterstellen, dass das Virus nicht mehr da ist, aber die extrahepatischen Manifestationen weiter da sind, dann ist ein neues HCV-Medikament sicherlich keines, das einen manifesten Diabetes Mellitus oder auch eine feuchte Makula-Degeneration am Auge beseitigen wird. Wir haben eine gesetzliche Definition und das neue SGB XIII soll alle sozialen Entschädigungsgesetze zusammenfassen. § 62 Absatz 3 Bundesversorgungsgesetz spricht schon seit Langem davon und gibt auch Rechtssicherheit, dass keine Änderung erfolgen soll, wenn in Folge neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Gesundheitsbesserung eintritt. Das ist ein bekannter Begriff, den kann man einführen und lässt damit dem Gesetz auch in die Zukunft gerichteten Raum, dort neue Medikamente und Behandlungsmethoden auch mit Blick auf die extrahepatischen Manifestationen zu erfassen. Ich möchte im Zusammenhang der extrahepatischen Manifestationen gleich aufgreifen, dass wir ein riesiges Vollzugsdefizit in der Umsetzung der gesetzlichen Regelung und auch in der Umsetzung der – und deswegen auch



mein Rekurs auf das Bundesversorgungsgesetz – inzwischen eingetretenen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse haben. Ich verstehe den Bundesgesundheitsminister so, dass er in seinen Ausführungen zur Gesetzesbegründung gesagt hat, wir haben einen Fortschritt und möchten Rechtssicherheit geben. Rechtssicherheit gibt schon die AWMF-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei Hepatitis C. Dr. Cornberg als Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung hat darauf hingewiesen. Global gesehen sind sie das Nonplusultra. International respektiert, S3-Standard und höchster Konsens. Es gibt mittlerweile eine Auflistung von elf Fallgruppen extrahepatischer Manifestationen, die zwingend – in der Fachwelt und nicht nur in der Literatur, sondern in der klinischen Anwendung – darauf zurückgeführt werden und bei denen indiziert wird: Gab es eine Hepatitis C, so ist die danach erfolgende Erkrankung, zum Beispiel ein Diabetes Mellitus, zwingend Folge der Hepatitis C. Das ist der Grundsatz in der AWMF-Leitlinie. Die Leitlinie gilt es in der Verwaltungspraxis endlich umzusetzen. Seit 2011 weisen die Fachexperten und der Verein darauf hin, dass es ein riesiges Vollzugsdefizit gibt. Das ist die Umsetzung dieser Kriterien in der versorgungsärztlichen Praxis. Ich verweise auf unsere Stellungnahmen, die wir in Vorbereitung dieser Sitzung eingebracht haben. Wir haben darauf hingewiesen, dass es die Möglichkeit gibt, davon sollte zumindest im Rahmen der Erstbegutachtung der extrahepatischen Manifestationen Gebrauch gemacht werden, ausgewiesene Schwerpunktzentren, die über die klinische Kapazität und Erfahrung und das technische und personelle Know-how verfügen, erstmals zu beauftragen. Nur so könnte es klappen. Einen Zusatz noch zur Frage von Frau Zeulner. Wird das Gesetz begrüßt, ja oder nein? Ja, es wird begrüßt. Das, was gesetzlich geregelt werden soll, gibt aber den Betroffenen Steine statt Brot an die Hand. Es ist keine echte Rückwirkung. Rückwirkung heißt Anerkennung ... auch Rückzahlung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Mir war es wichtig, dass Sie zu Wort kommen, aber mir ist es auch wichtig, dass ich noch eine Frage zumindest an ver.di stellen kann. Wir hatten in der letzten Zeit eine Reihe von Reformmaßnahmen bei den Ausbildungsberufen wie die Hebammenausbil-

dung. PTA-Ausbildung diskutieren wir jetzt gerade, heimische Berufe und so weiter und so fort. Mich würde von ver.di interessieren, was querschnittsmäßig gefordert wird.

Sve **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Es ist gut, dass die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen neu geordnet und gestärkt werden sollen. Für zeitgemäße und attraktive Ausbildungen sehen wir den Bedarf, dass die Ausbildungsstrukturen in den Heilberufen stärker harmonisiert und einheitliche Qualitätsstandards verankert werden. Die angekündigte Neuordnung der Gesundheitsfachberufe bietet aus unserer Sicht die Chance für solch grundlegende Weichenstellungen. Die Schutzrechte für die Auszubildenden ließen sich am besten durch eine Regelung nach Berufsbildungsgesetz gewährleisten. Zumindest braucht es aber ein gemeinsames Heilberufegesetz, das die Vielzahl der unterschiedlichen Regelungen vereinheitlicht. Den berufsspezifischen Besonderheiten kann durch eine entsprechende Ausgestaltung der Ausbildungsordnung Rechnung getragen werden. Dringend erforderlich ist es angesichts der besonderen Bedeutung, die die Heilberufe auch für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung haben, dass eine Berufsbildungsforschung verankert wird, die systematisch die Entwicklungsprozesse und die sich veränderten Anforderungen in der Praxis in den Blick nimmt. Dadurch könnten die notwendigen Erkenntnisse generiert werden, die die Weiterentwicklungen der Berufsausbildungen unterstützen würden. Wir sprechen uns dafür aus, die Heilberufe dafür in die Regelförderung des Bundesinstitutes für Berufsbildung unter Beteiligung der Sozialpartner einzubeziehen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Frau Wehrheim von ver.di. Der Gesetzentwurf bleibt eine Beschreibung der qualitativen und quantitativen Qualifikation der Praxisanleiterinnen schuldig. Welche Risiken resultieren daraus für die Praxisanleiterinnen selber bzw. für die Auszubildenden und die Patientinnen?



Sve **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Wie bereits ausgeführt, ist für eine qualitativ hochwertige, praktische Ausbildung eine gute Praxisanleitung wesentlich. Wir sehen insbesondere den Bedarf, an dem Umfang der Praxisanleitung weitere Konkretisierung vorzunehmen, da wir uns hier in einem Feld bewegen, das insbesondere auch für Patientinnen und Patienten sehr wichtig ist, was ihre Sicherheit betrifft, da sie hier besonders vulnerabel sind. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sehen wir daher die Notwendigkeit, näher zu definieren, was unter Praxisanleitung verstanden wird und die Qualifikationsanforderungen der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter ebenfalls näher zu definieren. Wir sprechen uns dafür aus, dass der Umfang der berufspädagogischen Zusatzqualifikation vergleichbar mit anderen geregelten Weiterbildungsabschlüssen sein sollte. Dies würde einem Umfang von mindestens 720 Stunden entsprechen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage zur Abstimmung von Lehrplan und Ausbildungsplan richtet sich an Frau Spichale vom DBVSA. Die wechselseitige Abstimmung von theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten sowie die Verantwortung für die Durchführung der praktischen Ausbildung werden im Gesetzentwurf zur ATA- und OTA-Ausbildung nicht bzw. unzureichend geregelt. Wie sehen Sie hierdurch die bundeseinheitliche Ausbildungsqualität gefährdet und welche Nachbesserungen werden aus Ihrer Sicht dringend erforderlich?

Sve **Christiane Spichale** (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e. V. (DBVSA)): Wir sehen die Inhalte grundsätzlich geregelt. Die Qualität der Ausbildung ist auf jeden Fall gesichert. Weil Sie fragten, was muss unbedingt geändert werden? Aus unserer Sicht muss § 15 geändert bzw. gestrichen werden, weil hier der Eindruck entsteht, dass OTAs und ATAs auf Station einsetzbar sind. Das schließen wir vor allen Dingen für den Intensivbereich aus. Wir schlagen vor, diesen Paragraphen zu streichen. Das kann oder wird letztendlich in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Es ist wichtig, dass OTAs und

ATAs den stationären Bereich kennenlernen. Das aber nur in dem Sinne, dass sie lernen, was den Patienten präoperativ und postoperativ ermöglicht wird. Ich kann es immer nur wieder betonen, man könnte den Eindruck bekommen, ein OTA oder ATA geht auf Station. Das möchten wir unbedingt ausschließen. Das ist das, was wir grundsätzlich fordern.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Herrn König vom Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Herr König, Sie hatten schon ausgeführt, dass Ihrer Meinung nach der Änderungsantrag 1 nicht geeignet ist, um Rechtssicherheit für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter herzustellen. Können Sie uns kurz schildern, was diese mangelnde Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten im Notfall bedeuten kann?

SV **Marco König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Es bedeutet letztendlich, dass wichtige Maßnahmen am Patienten unterlassen werden, denn es gibt genug Kollegen, die frustriert sind. Das ist letztendlich etwas, was diese auch belastet. Es ist nicht das, was in der Begründung des Änderungsantrags steht, dass es belastet, dass man nicht versichert sein soll, sondern die Belastung fungiert darauf, dass man nach einer dreijährigen Ausbildung das Ausbildungsziel erreicht hat. Das hat man vor einer staatlichen Prüfungskommission bewiesen. Dann hat man einen Notfallpatienten zu versorgen und steht in diesem Interessenkonflikt. Man sagt sich, die Wahrscheinlichkeit ist höher, dass mein Arbeitgeber oder die Staatsanwaltschaft etwas macht, als dass der Patient mich wegen unterlassener Hilfeleistung oder wegen Aussetzung anzeigt. Insofern werden dann Maßnahmen unterlassen beziehungsweise, es geht noch weiter, denn es gibt auch Ärztliche Leiter Rettungsdienste, die nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes sogar den Medikamentenzugang beschränkt haben. Das heißt, dass Notfallmedikamente, die vorher auf den Rettungswagen verlastet waren, aus verschiedensten Gründen heruntergenommen worden sind. Im Moment haben wir das Gefühl, dass es genau in die entgegengesetzte Richtung geht. Auch Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Land ist, was die Versorgung angeht, ein reiner Flickenteppich. Es gibt



keine flächendeckende Standardisierung, sondern der eine Kreis macht es so, der andere Kreis macht es so, obwohl wir ganz klare Leitlinien an die Hand bekommen haben, die von den ärztlichen Fachgesellschaften vorgegeben worden sind. Da mangelt es eindeutig an der Wertschätzung dieser Berufsgruppe gegenüber, auch bei diesem Änderungsantrag. Es hat so viel Unruhe reingebracht, wie es sie seitdem es den Notfallsanitäter gibt, nicht gegeben hat.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage noch einmal an Frau Spichale vom DBVSA. Es geht um die Formulierung zu einem Praktikum im relevanten Pflegebereich. Wie beurteilen Sie diese offene Formulierung und welchen Nachbesserungsbedarf sehen Sie an diesem Punkt?

SVe **Christiane Spichale** (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e. V. (DBVSA)): Ich habe im Grunde genommen die Frage schon in der vorherigen Beantwortung teilweise beantwortet. Wir können nur wieder darauf hinweisen, OTA und ATA dürfen in dem stationären Bereich nach dem Examen nicht arbeiten. Wir schlagen vor, diesen Paragraphen zu streichen, weil, wie gesagt, immer wieder der Eindruck entsteht, dass sie dort einsetzbar sind. Das dürfen sie nicht, weil die Ausbildungsvoraussetzungen dafür nicht gegeben sind.

Schluss der Sitzung: 14:03 Uhr

gez. Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Anästhesietechnischen Assistentin und des Anästhesietechnischen Assistenten und über den Beruf der Operationstechnischen Assistentin und des Operationstechnischen Assistenten

BT-Drs. 19/13825

Zu Artikel 2 - neu - (§ 4 NotSanG und § 32 NotSanG)

(Verbindliche Vorgabe für die Einführung von standardisierten Prozeduren (SOPs),
Verlängerung der Übergangsfrist auf zehn Jahre)

„Artikel 2**Änderung des Notfallsanitättergesetzes**

Das Notfallsanitättergesetz vom 22. Mail 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 Nummer 2 wird Buchstabe c wie folgt gefasst:
„c) eigenständiges Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen, die von der zuständigen Behörde des jeweiligen Landes zu veranlassen, vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten standardmäßig vorzugeben, zu überprüfen und zu verantworten sind und sich auf notfallmedizinische Zustandsbilder und –situationen einschließlich von solchen Zustandsbildern und –situationen erstrecken, in denen ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt, wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind oder eine Medikamentengabe zu veranlassen ist.“
2. In § 32 Absatz 2 Satz 1 und Satz 4 wird jeweils das Wort „sieben“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Bereits heute werden Notfallsanitätterinnen und Notfallsanitätter in ihrer Ausbildung auf das eigenständige Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen im Rahmen von standardisierten Vorgaben (SOP´s) qualifiziert. Länderbeispiele, in denen bereits SOP´s für den Notfalleinsatz etabliert sind, zeigen, dass diese Vorgaben geeignet sind, wesentlich zu Rechtssicherheit bei der

Ausübung des Notfallsanitäterberufs beizutragen, wenn sie landeseinheitlich angelegt werden und auch besondere Situationen wie etwa die Gabe von Betäubungsmitteln erfassen.

Da sowohl die Länder wie Verbände nach wie vor Rechtsunsicherheiten bei der Berufsausübung beklagen, ist es angemessen, gesetzliche Maßnahmen zu prüfen, die hier zu mehr Rechtsklarheit beitragen. Auch wenn Länder dies teilweise fordern, erscheint dabei die Zuweisung einer eigenständigen Heilkundekompetenz auf der Basis des Heilpraktikergesetzes nicht als geeignet, um dieses Ziel zu erreichen.

Sie belastet zum einen die Berufsangehörigen ganz besonders in den Situationen, in denen ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind, da die ärztliche Delegation entfällt und durch die Substitution von Heilkunde nicht nur die Verantwortung sondern auch das volle Haftungsrisiko auf die Notfallsanitäterinnen und den Notfallsanitäter übertragen wird. Darüber hinaus ist auch eine größere Rechtssicherheit nicht zu erwarten, denn es bleibt insoweit eine Abgrenzungsproblematik erhalten, als zum Beispiel über die Frage, ob der Zustand der Patientin oder des Patienten überhaupt lebensbedrohlich war, weiterhin situationsbedingt entschieden werden muss.

Insofern scheint es angemessen und sinnvoll, die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter weiterhin im Wege der Delegation vorzusehen. Hierbei bietet es sich an, die ohnehin genutzten standardisierten Prozeduren auszuweiten. Sie sollen in Zukunft auf Landesebene zu treffen sein, indem sie von den zuständigen Behörden zu veranlassen sind. Zudem haben sie sich ausdrücklich auch auf die Notfallsituationen zu erstrecken, in denen die sogenannte Notkompetenz greifen kann. Durch standardisierte Vorgaben für solche Fälle können die Möglichkeiten, in denen auf den Rechtsfertigungsgrund des rechtfertigenden Notstandes zurückgegriffen werden muss, mit hoher Wahrscheinlichkeit reduziert werden, zumal durch die heutigen modernen Kommunikationsmittel die Möglichkeit einer ärztlichen Beteiligung nahezu jederzeit gegeben ist.

Die vorliegende Neufassung des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c schafft damit einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Schutz des Lebens oder der Gesundheit der Patientin oder des Patienten als besonders hohem Schutzgut und den Interessen der Berufsangehörigen nach mehr Rechtssicherheit bei der Berufsausübung, auch wenn es sich nicht um eine Regelung der Berufsausübung handelt. Eine solche könnte von den Ländern getroffen werden, indem sie klarstellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in dem Umfang ihren Beruf ausüben dürfen, der dem in § 4 des Notfallsanitätergesetzes geregelten Ausbildungsziel entspricht.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung wird einmalig die auf sieben Jahre begrenzte Übergangszeit, innerhalb der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung gegeben wurde, die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ zu erwerben, auf zehn Jahre verlängert. Damit wird einem Wunsch der Länder und aus Kreisen der Verbände Rechnung getragen, die insoweit Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes vorgetragen hatten, als das notwendige Nachqualifizierungs- u.a. aufgrund Vorgaben der Landesrettungsdienstgesetze zur Besetzung von Rettungsmitteln- nicht innerhalb der vorgegebenen sieben Jahre abgeschlossen werden können.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesie-technischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten

BT-Drs. 19/13825

Zu Artikel 3 - neu - (§ 3a ZHG und Artikel 3 ZHG)

(Modellklausel)

„Artikel 3

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

1. § 3a des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird aufgehoben.‘
2. Artikel X (Inkrafttreten) wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz x wird folgender Absatz eingefügt:
„(x) Artikel [Änderung ZHG] tritt am 1. Oktober 2020 in Kraft.“
 - b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz x. ‘

Begründung

Zu Nummer 1

§ 3a des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) enthält die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin. Diese wurde durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze mit Wirkung zum 29. Dezember 2015 geschaffen, um für eine Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer novellierten Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) zeitnah eine Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin zu ermöglichen. Die neue ZApprO wurde am 11. Juli 2019 im Bundesgesetzblatt verkündet und wird am 1. Oktober 2020 in Kraft treten. § 3a ZHG nimmt

auf die Regelungen der noch geltenden bisherigen ZApprO Bezug. Aus dem Gebot der Normklarheit ist § 3a ZHG aufzuheben.

Zu Nummer 2

§ 3a ZHG ist zum 1. Oktober 2020, dem Tag des Inkrafttretens der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen, aufzuheben.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesie-technischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten

BT-Drs. 19/13825

Zu Artikel 5 - neu - (§ 124 SGB XI und § 66 SGB XI)

(Modellvorhaben kommunale Pflegeberatung)

„Artikel 5

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 10c des Gesetzes vom 19. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 124 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „31.12.2019“ durch die Angabe „Ablauf des 31.12.2020“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 5 wird die Angabe „31.12.2023“ durch die Angabe „31.12.2024“ und die Angabe „31.7.2026“ durch die Angabe „31.7.2027“ ersetzt.

2. Artikel X (Inkrafttreten) wird wie folgt gefasst:

- a) Nach Absatz x wird folgender Absatz eingefügt:
„(x) Artikel [Änderungen § 124 SGB XI] tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.“
- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz x. ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die §§ 123, 124 SGB XI ermöglichen kommunalen Stellen im Rahmen eines Modellvorhabens Beratungsaufgaben der Pflegekassen zu übernehmen, so dass sie diese mit eigenen Beratungsaufgaben nach dem SGB XII zusammenführen können. Durch die genannten Vorschriften wurden entsprechende Empfehlungen des Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pfleg aus der 18. WP umgesetzt. Auf der Grundlage der Vorschriften wurden noch keine Modellvorhaben durchgeführt. Der GKV-SV hat am 1. Februar 2018 Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführungen der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger nach vorheriger Zustimmung des Bundes und der Länder veröffentlicht. Landesrechtliche Vorschriften, die die Einzelheiten zur Durchführung der Modellvorhaben regeln, waren bis zum 31. Dezember 2018 zu erlassen. Die Änderung greift den von Länderseite vorgetragenen Wunsch auf, die bis zum Fristablauf verbleibende Zeit zur Antragstellung für die Beteiligung an den Modellvorhaben für interessierte Kommunen zu verlängern.

Zu Buchstabe b

Entsprechend der Fristverlängerung für den Antrag zur Durchführung eines Modellvorhabens zur kommunalen Pflegeberatung sind auch die Fristen für die Veröffentlichung des Zwischenberichts und des Abschlussberichts um ein Jahr zu verlängern. An der in § 124 Absatz 1 Satz geregelten Fünfjahresfrist für die Modellvorhaben ändert sich nichts.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten

BT-Drs. 19/13825

Zu Artikel 6 - neu - (Änderung des Anti-D-Hilfegesetzes - AntiDHG)

(Bestandsschutz im AntiDHG)

„Artikel 6

Änderung des Anti-D-Hilfegesetzes

Das Anti-D-Hilfegesetz vom 2. August 2000 (BGBl. I S. 1270), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 7 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die Zahlung der Hilfen gilt § 66 des Bundesversorgungsgesetzes entsprechend.“

2. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a

Bestandsschutz

(1) Berechtigte nach § 1 Absatz 1 Satz 1 erhalten eine monatliche Rente nach § 3 Absatz 2 in bisheriger Höhe, wenn auf Grund einer Neufestsetzung des Grades der Schädigungsfolgen eine niedrigere oder keine Rente zu leisten wäre. Satz 1 gilt auf Antrag auch für vorgenommene Neufestsetzungen in der Zeit vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2019; die seit dem Zeitpunkt der Neufestsetzung erfolgten Anpassungen nach § 8 sind hierbei zu berücksichtigen.

(2) In den Fällen des Absatz 1 Satz 2 beginnt die Leistung frühestens am 1. Januar 2020, wenn sie bis zum 1. Juli 2020 beantragt wurde, anderenfalls mit dem Antragsmonat.“

3. In § 10 Absatz 3 Satz 1 werden hinter der Zahl ‚4‘ ein Komma und die Zahl ‚7a‘ eingefügt.

4. Artikel X (Inkrafttreten) wird wie folgt gefasst:

Nach Absatz x wird folgender Absatz eingefügt:

„(x) Artikel [Änderung des Anti-D-Hilfegesetzes] tritt am 1. Januar 2020 in Kraft“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung von § 7a (neu). Mit der Einführung eines Bestandsschutzes, wird der Verweis auf § 62 Absatz 2 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), der das Verbot der niedrigeren Festsetzung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) innerhalb einer Zweijahresfrist regelt, nicht mehr benötigt.

Zu Nummer 2

Zu Absatz 1

Durch medizinische Fortschritte in der antiviralen Therapie bei der Behandlung der Hepatitis C konnte in den letzten Jahren in einer Vielzahl von Fällen eine Viruselimination und Heilung der Infektion erzielt werden. In der Folge führt dies in zunehmendem Maße bei den Berechtigten nach dem AntiDHG zu einer Festsetzung eines niedrigeren GdS und damit zu einer Reduzierung oder einem Wegfall der Rentenleistungen. Oftmals klagen die Betroffenen jedoch über vielfältige mittelbare Schäden oder Folgeerkrankungen, die sich nicht im Virusstatus abbilden und das gesundheitliche Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen.

Der weit überwiegende Teil der Berechtigten besitzt einen GdS von 30. Herabstufungen aus diesem GdS sind mit einer Einstellung der laufenden monatlichen Rentenzahlung nach dem AntiDHG verbunden. Die nach dem AntiDHG Berechtigten haben in der Regel bereits die Altersgrenze von 60 Jahren überschritten und konnten wegen der gesundheitlichen Einschränkungen oftmals nur einer verminderten oder gar keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Ein Wiedereinstieg in das volle Arbeitsleben, um etwaige finanzielle Einbußen auszugleichen, ist daher den Betroffenen kaum mehr möglich. Aus humanitären und sozialen Gründen wird durch die Einführung einer Bestandsschutzregelung sichergestellt, dass eine Besserung des schädigungsbedingten Gesundheitszustands nicht zu einer Absenkung der monatlichen Rente nach § 3 Absatz 2 führt. Nach den letzten Erhebungen der Länder gab es am 31. Dezember 2018 noch 743 rentenberechtigte Personen. Zahlen zu den Herabstufungen in 2019 liegen derzeit noch nicht vor. Zukünftig müssen diese Personen nicht mehr befürchten, durch ihre Entscheidung für eine erfolversprechende Behandlung mit modernen Hepatitis C Medikamenten finanzielle Einbußen zu erleiden.

Zudem sollen Berechtigte, deren GdS nach dem 31. Dezember 2013 herabgesetzt wurde, auf Antrag, zukünftig wieder eine monatliche Rente erhalten, die dem GdS vor der Neufestsetzung entspricht. Damit werden von der Regelung rund 170 Personen begünstigt, die seit der

Einführung der modernen Hepatitis C Medikamente im Jahr 2014 von der Absenkung oder Entziehung einer Rente nach dem AntiDHG betroffen waren.

Allgemeine Anhebungen entsprechend dem Wert der jährlichen Rentenanpassung der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 8 sind ab dem Zeitpunkt der damaligen Neufestsetzung zu berücksichtigen. Dadurch ist sichergestellt, dass die Berechtigten, die nach dem 31. Januar 2013 herabgesetzt wurden, die aktuell geltenden Renten (letzte Rentenanpassung am 12. April 2019) erhalten. Anpassungen nach § 8 sind auch zukünftig zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Um Nachteile für die antragsberechtigten Personen in den ersten Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu vermeiden, wird eine angemessene Antragsfrist von sechs Monaten eingeräumt. Bei Anträgen, die innerhalb dieses Zeitraumes gestellt werden, beginnt der Leistungsanspruch ab 1. Januar 2020, andernfalls zu Beginn des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde.

Zu Nummer 3

Die Neuregelung erfordert im Jahr 2020 voraussichtlich einen finanziellen Mehrbedarf von bis zu 1.453.200 €, der in den Folgejahren entsprechend der jährlichen Anpassung der Renten steigt. Kostenträger der Rentenleistungen nach dem AntiDHG sind die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin. Gemäß § 10 Absatz 3 AntiDHG erstattet der Bund den Kostenträgern die Hälfte der entstandenen Kosten. Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein erstatten zusammen 12,4 vom Hundert der entstandenen Kosten gemäß dem in § 10 Absatz 3 Satz 2 genannten Anteilsverhältnis.

Zu Nummer 4

Die Regelungen treten zum 1. Januar 2020 in Kraft.