

**Antrag**

**der Abg. Andreas Hoffmann u. a. CDU**

**und**

**Stellungnahme**

**des Ministeriums für Arbeit und Soziales**

**Kompetenzverteilung zwischen den Berufen des Gesundheitswesens**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. welche Rechtsgrundlagen die heute gültige Kompetenzverteilung in der Medizin zwischen ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern und anderen Berufen im Gesundheitswesen regeln;
2. welche konkreten Kompetenzen (wer darf was) bei einer direkten medizinischen Manipulation an Patienten für folgende Berufsgruppen gelten:
  - Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (inkl. Kinderkrankenpflege und KP-Pflegehelferinnen/Pflegehelfer)
  - Krankenpflegeberufe mit besonderer Ausbildung (z. B. Anästhesiefachkräfte)
  - Arzt- und Zahnarzhelferinnen in Arzt- und Zahnarztpraxen
  - Rettungssanitäter und Rettungsassistenten
  - Technische Assistenzberufe in Operationssälen;

3. ob ihr bekannt ist, dass z. B. in den USA bereits über 100 000 sogenannte „Nurse Practitioners“ im Einsatz sind (Pflegerkräfte, die über eine Zusatzausbildung einen Masterabschluss erworben haben), in den Rettungsdiensten der USA kaum noch Notärzte arbeiten, sondern überwiegend sogenannte Para-Medics tätig sind und dass in der Schweiz eine zweistufige Krankenpflegeausbildung mit erweiterter medizinischer Kompetenz gilt und in welchen EU-Staaten bereits ähnliche Regelungen gelten;
4. ob es zutrifft, dass es bereits heute zu dem vom Arzt verantwortlich auszufüllenden therapeutischen Freiraum auch die Entscheidung über Art und Weise der Assistenz gehört und es rechtlich keineswegs ausgeschlossen ist, Nichtärzte auch bei invasiven oder risikobehafteten Maßnahmen assistierend einzusetzen; ob es darüber hinaus zutrifft, dass die intensivere Nutzung von Assistententätigkeiten vermehrt an Einrichtungen in privater Trägerschaft praktiziert wird, während die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen eher zurückhaltend sind;
5. welche allgemeinen rechtlichen Voraussetzungen und berufsrechtliche Veränderungen geschaffen werden müssten, um die klassische Aufgabenverteilung zwischen den Berufen des Gesundheitswesens neu zu definieren, ohne die Behandlungsqualität zu reduzieren; welche Erkenntnisse ihr zum Studiengang „Bachelor of Science in Physician Assistance“ (Kooperation Herzzentrum Lahr und IHCI – Institute of Healthcare Industries Steinbeis Hochschule Berlin) vorliegen, ob dieser Studiengang und dessen Abschluss in Baden-Württemberg eine rechtliche Anerkennung besitzt und ob Absolventen dieses oder eines vergleichbaren Abschlusses in Krankenhäusern im Land eingesetzt werden dürfen;
6. wie sie z. B. entsprechende Vorschläge für den Bereich der Rettungsdienste und die in Diskussion befindliche neue Berufsdefinition „Medizinische Fachangestellte zur Entlastung des Hausarztes“ einschätzt; ob und welche weiteren konkreten Ansätze ihr bekannt sind, für einzelne Berufsgruppen Veränderungen an der bisherigen Kompetenzverteilung vorzunehmen.

11. 09. 2007

Hoffmann, Pfisterer, Raab, Krueger, Teufel CDU

### Begründung

In Deutschland scheidet, bedingt durch Konvention, Rechtsprechung usw. eine Delegation ärztlicher Assistenz an Pflegekräfte und sonstige Berufe im Gesundheitswesen zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Erledigung noch weitgehend aus.

Internationale Vorbilder zeigen jedoch die Möglichkeit einer geänderten Arbeitsteilung. Obwohl allgemein akzeptiert wird, dass sich exakte Abgrenzungen schwer begründen lassen, wird diese Haltung aufrechterhalten. Dabei überschneiden sich in den letzten Jahren infolge veränderter Rahmenbedingungen die Grenzen zwischen den Berufsfeldern zunehmend.

## Stellungnahme

Mit Schreiben vom 9. Oktober 2007 Nr. 55-01415/14/1748 nimmt das Ministerium für Arbeit und Soziales zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,*

*die Landesregierung zu ersuchen*

*zu berichten,*

*1. welche Rechtsgrundlagen die heute gültige Kompetenzverteilung in der Medizin zwischen ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern und anderen Berufen im Gesundheitswesen regeln;*

Die Kompetenzverteilung und die Kooperation zwischen den Professionen im Gesundheitswesen werden in den Grundsätzen durch die folgenden Rechtsgrundlagen geprägt:

Der (zahn)ärztliche Beruf wird als freier Beruf durch die eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie nicht gewerbliche Tätigkeit und die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gekennzeichnet. Entsprechende Regelungen finden sich in der Bundesärzteordnung, dem Zahnheilkundengesetz, den Berufsordnungen der Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer sowie in den Sozialgesetzen und Gebührenordnungen.

Nach den Berufszulassungsgesetzen des Bundes für andere nichtakademische Gesundheitsberufe, wie z. B. für die Physiotherapie, Logopädie, Podologie, Ergotherapie, Orthoptik usw. wird die Aufgabenstellung dieser Berufe insbesondere durch die eigenverantwortliche Durchführung therapeutischer und medizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung sowie die Mitwirkung bei der Prävention und Therapie von Krankheiten gekennzeichnet. Für bestimmte Berufe existieren sogenannte vorbehalten Tätigkeiten, die zur Durchführung definierter Tätigkeiten allein durch diese Berufe berechtigen.

Im Einzelnen sind folgende Rechtsgrundlagen besonders hervorzuheben:

1. Rechtsgrundlagen in den akademischen Heilberufen (Mediziner und Zahnmediziner)

- bei Ärztinnen und Ärzten

§ 4 Abs. 2 der Bundesärzteordnung enthält die Vorgabe, die medizinische Ausbildung am Ziel der eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs auszurichten.

§§ 18 und 19 Abs. 1 Satz 1, §§ 23 b und 30 Abs. 3 sowie Kap. I des Teils D der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg regeln die berufliche Kooperation zwischen Ärzten, mit Angehörigen anderer Fachberufe und Dritten (Eigenverantwortlichkeit und fachliche Unabhängigkeit muss immer gewährleistet sein) sowie den Einsatz von Auszubildenden und medizinischen Fachangestellten (insbesondere nur für Aufgaben, für die diese im Einklang mit den gesetzlichen und kammerrechtlichen Vorschriften aus- und fortgebildet sind und nur nach Anweisung und unter Aufsicht der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte).

- bei Zahnärztinnen und Zahnärzten

§ 1 Abs. 5 und 6 des Zahnheilkundegesetzes sieht detailliert vor, dass approbierte Zahnärzte exemplarisch aufgezählte Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal wie zahnmedizinische Fachangestellte delegieren können.

§ 2 Abs. 1 und §§ 6 und 19 Abs. 2 und 3 der Berufsordnung der Landes-zahnärztekammer regeln die berufliche Kooperation bei Zahnärztinnen und Zahnärzten und den Einsatz von Auszubildenden und zahnmedizinischen Fachangestellten im Wesentlichen vergleichbar zur Berufsordnung der Ärzte.

- für beide Berufsgruppen:

Der (Zahn-)Arztvertrag ist ein Dienstvertrag und unterliegt damit den Vorgaben des § 613 Satz 1 BGB (Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung).

Im Bereich der Sozialgesetzgebung finden sich ergänzend dazu – allerdings beschränkt auf die GKV bzw. die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit – ebenfalls einzelne Bestimmungen zum sog. Arztvorbehalt. Nach § 15 Abs. 1 SGB V wird die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden. Auf den fast wortgleichen § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird ebenfalls verwiesen.

§ 32 Abs. 1 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) bestimmt, dass der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben hat. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung kann er sich innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen, wobei die Vertretung grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV erfüllt, zulässig ist.

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung wird im Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) definiert und konkretisiert. Nach § 1 a Nr. 24 BMV-Ä bedeutet persönliche Leistungserbringung die durch gesetzliche und vertragliche Bestimmungen näher geregelte Verpflichtung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen medizinischen Leistungen, auch im Rahmen zulässiger Delegationen. Nach § 15 Abs. 1 BMV-Ä ist jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte nach § 32 b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

## 2. Rechtsgrundlagen für die Tätigkeiten in den nichtakademischen Gesundheitsberufen

Die Berufszulassungsgesetze des Bundes für die nichtakademischen Gesundheitsberufe enthalten verbindliche Beschreibungen der Ausbildungsziele der einzelnen Berufe, wie z. B. für die Physiotherapie, Logopädie, Podologie,

Ergotherapie, Orthoptik. Diese sagen aus, dass die Ausbildung entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln soll, die zur eigenverantwortlichen Durchführung therapeutischer und medizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung befähigen sowie bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken.

Für spezielle Berufsgruppen gibt es vorbehaltene Tätigkeiten:

- bei Hebammen und Entbindungspflegern

§ 4 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 4. Juni 1995 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 45 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407). Der Hebamme sind nicht nur bestimmte Tätigkeiten vorbehalten; sie muss darüber hinaus vom Arzt oder der Ärztin zur Entbindung zugezogen werden.

- in der medizinisch-technischen Assistenz

§§ 9 und 10 des Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Art. 48 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407).

Aus den Berufszulassungsgesetzen des Bundes und aus der geschützten Berufsbezeichnung folgt in der Regel nicht auch der Schutz der spezifischen Tätigkeit, die Angehörige medizinischer Fachberufe ausüben. Ein gesetzlicher Tätigkeitsschutz ist nur zulässig, wenn übergeordnete Gesichtspunkte der Gefahrenabwehr für den Patienten den Schutz bestimmter Tätigkeiten erforderlich machen. Dennoch bewirkt der Schutz zur Führung der Berufsbezeichnung einen ergänzenden mittelbaren Schutz der Berufstätigkeit. So erhöht sich z. B. im Falle der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis das Haftungsrisiko des Arbeitgebers in dem Maße, wie er sich nicht qualifizierter oder nicht examinierter Kräfte bedient (vgl. hierzu Kommentar Kurtenbach/Neumann/Stofft zum Masseur- und Physiotherapeutengesetz).

2. *welche konkreten Kompetenzen (wer darf was) bei einer direkten medizinischen Manipulation an Patienten für folgende Berufsgruppen gelten:*

- *Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (inkl. Kinderkrankenpflege und KP-Pflegehelferinnen/Pflegehelfer)*
- *Arzt- und Zahnarzhelferinnen in Arzt- und Zahnarztpraxen*
- *Rettungssanitäter und Rettungsassistenten*
- *Technische Assistenzberufe in Operationssälen;*

1. *Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (inkl. Kinderkrankenpflege und KP-Pflegehelferinnen/Pflegehelfer)*

1.1 *Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (inkl. Kinderkrankenpflege)*

Die direkten Handlungskompetenzen am Patienten sind in den Krankenpflegeberufen bundesgesetzlich geregelt. Nach § 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) soll die Ausbildung für die Pflege dazu zu befähigen u. a. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen;
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation;
- c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

#### 1.2 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen

Die Aufgaben für die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen sind in der Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Ausbildungs- und Prüfungsordnung Gesundheits- und Krankenpflegehilfe – APrOGeKrPflHi) in § 1 geregelt. Demnach soll die Ausbildung dazu befähigen, in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens und vergleichbaren Einrichtungen Assistenzaufgaben zu erfüllen, insbesondere pflegerische Aufgaben unter Anleitung einer Pflegefachkraft und hauswirtschaftliche Aufgaben verantwortlich wahrzunehmen und im Rahmen der übertragenen Aufgaben Entscheidungen zu treffen.

#### 1.3 Krankenpflegeberufe mit besonderer Ausbildung (z. B. Anästhesiefachkräfte)

Weiterbildungsmaßnahmen in den Krankenpflegeberufen zielen insbesondere darauf ab, in dem jeweiligen Fachgebiet spezielle Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zu vermitteln.

Beispielsweise zählen zu den pflegerischen Aufgaben in der Intensivpflege (Schwerpunktbereiche Anästhesie und Pädiatrie) insbesondere

- die Mitwirkung bei Wiederbelebnungsmaßnahmen ggf. die selbstständige Einleitung dieser Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes,
- die Unterstützung ärztlichen Handelns bei der Durchführung und Überwachung fachspezifischer therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen,
- die Bereitstellung, Bedienung und Überwachung der für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen notwendigen Geräte.

#### 2. Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte (Arzt- und Zahnarzt-helferinnen) in Arzt- und Zahnarztpraxen

##### 2.1 Medizinische Fachangestellte

In § 4 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten ist das Ausbildungsberufsbild dargestellt. Gegenstand der Berufsausbildung sind danach z. B. Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Assistenz bei ärztlicher Diagnostik und Therapie sowie Durchführen von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht der Ärztin oder des Arztes. Dazu zählen z. B.

- Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten, insbesondere Patientenbeobachtung durchführen, Vitalwerte bestimmen, Patienten messen und wiegen, Elektrokardiogramm schreiben, Lungenfunktion prüfen; Geräte und Instrumente handhaben, pflegen und warten,
- bei der Befundaufnahme und diagnostischen Maßnahmen, insbesondere bei Ultraschalluntersuchungen, Punktionen und Katheterisierung, mitwirken und assistieren; Geräte und Instrumente handhaben, pflegen und warten,

- bei der ärztlichen Therapie, insbesondere bei Infusionen und Injektionen, assistieren; Materialien, Instrumente, Geräte und Arzneimittel vorbereiten und instrumentieren; Geräte und Instrumente pflegen und warten,
- subkutane und intramuskuläre Injektionen durchführen,
- Stütz- und Wundverbände anlegen,
- bei chirurgischen Behandlungsmaßnahmen Patienten vorbereiten, steril arbeiten und assistieren; Geräte und Instrumente handhaben, pflegen und warten sowie
- septische und aseptische Wunden versorgen; Nahtmaterial entfernen.

Das Ausbildungsberufsbild stellt den Rahmen für die Möglichkeiten der ärztlichen Delegation dar.

## 2.2 Zahnmedizinische Fachangestellte

Gemäß § 3 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten ist das Ausbildungsberufsbild geregelt. Die Assistenz bei der zahnärztlichen Behandlung umfasst hierbei nach dem Ausbildungsrahmenplan z. B.

- Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten; bei Befundaufnahme und diagnostischen Maßnahmen mitwirken,
- bei konservierenden und chirurgischen Behandlungsmaßnahmen assistieren, insbesondere Arzneimittel, Werkstoffe und Materialien vorbereiten und verarbeiten, Instrumente handhaben, instrumentieren und Behandlungsabläufe dokumentieren sowie
- bei prothetischen Behandlungsmaßnahmen assistieren, insbesondere Arzneimittel, Werkstoffe und Materialien vorbereiten und verarbeiten, Instrumente und Geräte handhaben, instrumentieren und Behandlungsabläufe dokumentieren.

Für Zahnmedizinische Fachangestellte gibt es in Baden-Württemberg folgende Fortbildungsordnungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 27. Januar 2007:

- zur Zahnmedizinischen Fachassistentin/zum Fachassistenten,
- zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin/zum Propylaxeassistenten,
- zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin/zum Verwaltungsassistenten,
- zur Dentalhygienikerin/zum Dentalhygieniker.

Durch den erfolgreichen Abschluss einer Fortbildung erlangt die Mitarbeiterin entsprechend der gewählten Fachrichtung eine zusätzliche Berufsqualifikation. In § 1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz sind die Tätigkeiten aufgelistet, die approbierte Zahnärzte an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung delegieren können. Dabei ist zu beachten, dass auch die Fortbildung auf eine Tätigkeit in der Praxis einer niedergelassenen Zahnärztin oder eines Zahnarztes ausgerichtet ist. Die fortgebildete Mitarbeiterin übt ihre Tätigkeit wie die Zahnmedizinische Fachangestellte auch im

Delegationsverfahren, also unter Anleitung und Aufsicht der Zahnärztin oder des Zahnarztes, aus.

### 3. Rettungssanitäter und Rettungsassistenten

#### 3.1 Rettungssanitäter

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter ist gesetzlich nicht geregelt. Grundlage hierfür sind die vom Länder-Ausschuss Rettungswesen am 20. September 1977 festgelegten „Grundsätze über die Durchführung der Ausbildung im Rettungsdienst“. Diese sehen eine insgesamt 520 Stunden umfassende Ausbildung vor. Auf dieser Grundlage haben der Arbeiter-Samariter-Bund, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfallhilfe, der Malteser-Hilfsdienst und der Feuerwehrverband im Interesse einer einheitlichen Ausbildung zum Lernzielkatalog der Grundsätze des Ausschusses Rettungswesen einen Gegenstandskatalog ausgearbeitet. Beide Kataloge stellen zusammen den Rahmen für die Ausbildung zum Rettungssanitäter dar.

Ausbildungsgegenstand sind insbesondere folgende Maßnahmen:

- Lagerung des Patienten,
- Kontrolle von Vitalfunktionen,
- Beatmung,
- Freilegung der Atemwege,
- Infusionen,
- Wärmeerhaltung,
- Schockbekämpfung,
- Blutstillung,
- Herz-Lungen-Wiederbelebung,
- Hilfe bei Geburt,
- Transport sowie
- Vorbereitung und Hilfe bei Intubation, Injektionen, Defibrillation, Magenspülung und anderen Maßnahmen.

Der Ausschuss Rettungswesen hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Vorschläge für eine Novellierung der Rettungssanitäterausbildung erarbeiten soll. Die erste Sitzung dieser Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern der Länder und der Hilfsorganisationen zusammensetzt, fand am 19. April 2007 in Würzburg unter dem Vorsitz Bayerns statt.

#### 3.2 Rettungsassistenten

Die Ausbildung zur Rettungsassistentin/zum Rettungsassistenten soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs als Helfer des Arztes insbesondere dazu befähigen, am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen, die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transports zum Krankenhaus zu beobachten und aufrechtzuerhalten sowie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachgerechter Betreuung zu befördern (Ausbildungsziel – § 3 Rett AssG).

Der Rettungsassistent/die Rettungsassistentin ist meist als Erster/Erste am Unfallort und zunächst dort auf sich allein gestellt. Zur Rettung eines Patienten/einer Patientin sind ggf. invasive lebensrettende Maßnahmen erforderlich. Dabei sind die Maßnahmen zu ergreifen, die erlernt sind und sicher beherrscht werden. Nach dem wissenschaftlichen Stand der Notfallmedizin kommen zur Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten-

ten folgende spezifisch ärztliche Maßnahmen im Rahmen der Notkompetenz in Betracht:

- die Intubation ohne Relaxantien im Rahmen der Reanimation,
- die Venenpunktion,
- die Applikation kristalloider Infusionen,
- die Applikation ausgewählter Medikamente und
- die Frühdefibrillation.

Ergreift der Rettungsassistent/die Rettungsassistentin erforderliche Maßnahmen, zu denen sie von Gesetzes wegen nicht ermächtigt sind, kann sein/ihr Handeln dennoch aufgrund der tatsächlichen oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten gerechtfertigt sein.

#### 4. Technische Assistenzberufe in Operationssälen

Für die Ausbildungsgänge zur Operationstechnischen Assistenz besteht lediglich in Schleswig-Holstein ein im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) staatlich geregelter Ausbildungsgang. Die übrigen Bundesländer setzen auf eine bundeseinheitliche Regelung. Das Bundesgesundheitsministerium hat grundsätzliche Bereitschaft geäußert, den Beruf der Operationstechnischen Assistenz zu regeln, verweist jedoch auf vordringliche Gesetzgebungsvorhaben, wie z. B. die Rettungsassistenten. Bis zu einer einheitlichen Regelung wird es daher Unterschiede in der Kompetenz innerhalb der Berufsgruppe entsprechend den unterschiedlichen Ausbildungskonzepten der jeweiligen Ausbildungsträger geben.

*3. ob ihr bekannt ist, dass z. B. in den USA bereits über 100 000 sogenannte „Nurse Practitioners“ im Einsatz sind (Pflegerkräfte, die über eine Zusatzausbildung einen Masterabschluss erworben haben), in den Rettungsdiensten der USA kaum noch Notärzte arbeiten, sondern überwiegend sogenannte Para-Medics tätig sind und dass in der Schweiz eine zweistufige Krankenpflegeausbildung mit erweiterter medizinischer Kompetenz gilt und in welchen EU-Staaten bereits ähnliche Regelungen gelten;*

Die in den USA praktizierte Ausbildung zum sogenannten „Nurse Practitioner“ ist der Landesregierung ebenso bekannt wie die Tatsache, dass Pflegekräften in der Schweiz, in Großbritannien und Skandinavien insbesondere in der Behandlungspflege mehr Kompetenzen eingeräumt sind als in Deutschland. Vergleichende systematische Auswertungen der rechtlichen Regelungen in den EU-Staaten liegen der Landesregierung jedoch nicht vor.

Vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung – auch in den ländlichen Gebieten – will die Bundesregierung auf der Grundlage ihres Koalitionsvertrages prüfen, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepten einbezogen werden können. Diese Diskussion wird auch vom Sachverständigenrat im aktuellen Bericht zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aufgegriffen.

Die Landesregierung begrüßt Initiativen, die das Ziel haben, die Aufgabenverteilung auf der Basis der beruflichen Qualifikationen zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu strukturieren.

Der Landesregierung ist bekannt, dass in den USA ein Paramedic-System eingeführt ist, in dem in der Regel keine Ärzte in der präklinischen Notfallversorgung vor Ort tätig sind und folglich die präklinische Notfallversorgung von Rettungsfachpersonal, den sogenannten Paramedics, durchgeführt wird.

Hierzu ist anzumerken, dass es zu dem Zeitpunkt, als dieses System in den USA geschaffen wurde, dort durch das ungleich höhere Gehaltsniveau der

Ärzte keine Chance gab, Ärzte in die Direktversorgung mit einzubinden. Daher entschied man sich, den Paramedic als neuen Berufsstand zu schaffen und ihn unter der direkten Aufsicht des Arztes (früher fernmündlich, heute auch mittels Datenfernübertragung) arbeiten zu lassen.

Im Gegensatz zu Baden-Württemberg verfügen US-amerikanische Kliniken über interdisziplinäre Notaufnahmeabteilungen (Emergency Departments), an die die Paramedics unmittelbar angebunden sind. Den Paramedics sind feste algorithmische Vorgehensweisen vorgegeben, die symptombezogen durchzuführen sind. Von den festen Vorgaben darf nur nach Rücksprache mit dem Arzt abgewichen werden.

Die Ausbildung von Paramedics ist in den USA uneinheitlich. Sie findet teilweise an Hochschulen statt und dauert zwischen zwei und vier Jahren; das Niveau ist dann etwa einer Fachhochschulausbildung vergleichbar. Im Zwei-Jahres-Intervall finden Rezertifizierungen statt.

Nach Auskunft der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte besteht nur in einigen wenigen Zentren der USA ein leistungstarkes Paramedic-System. Das System auf dem Lande liege deutlich unter dem Standard der Notfallversorgung in Baden-Württemberg. Zum anderen sei für die Qualität des US-amerikanischen Systems ganz entscheidend, dass die Paramedics unter unmittelbarer ärztlicher Fernaufsicht arbeiteten und ihre generellen Vorgaben (Standing Orders) der strengen Aufsicht durch einen ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes unterlägen. Der Arzt wird in diesem System also nicht ersetzt, sondern greift vom Krankenhaus aus fernmündlich oder mittels Datenfernübertragung in das Geschehen am Notfallort ein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Umstellung auf ein Paramedic-System wie in den USA in Baden-Württemberg nur mit weit reichenden Veränderungen des bestehenden Krankenhaussystems und der rettungsdienstlichen Strukturen erreichbar wäre.

Für einen Kostenvorteil eines solchen Paramedic-Systems gegenüber dem baden-württembergischen System der Notfallversorgung liegen dem Ministerium für Arbeit und Soziales keine Anhaltspunkte vor.

Aus Sicht des Ministeriums für Arbeit und Soziales ist bei einem Vergleich der verschiedenen Systeme der medizinischen Notfallversorgung und der Frage des für Baden-Württemberg qualitativ und wirtschaftlich vorzugswürdigen Systems auch die gegenwärtige Situation und künftige Entwicklung im Krankenhausbereich zu berücksichtigen.

Bereits heute ist es bewährte Praxis, Notfallpatienten bei bestimmten Krankheitsbildern im Hinblick auf eine bestmögliche Versorgung über längere Entfernungen in eine für seine medizinischen Bedürfnisse hoch spezialisierte Einrichtung (z. B. Schlaganfallstationen oder Krankenhäuser mit Linksherzkathetermessplätzen) zu transportieren, wenn absehbar ist, dass der Notfallpatient bei Verbringung in das nächstgelegene Krankenhaus von dort aus weiterverlegt werden müsste.

Im Zuge der Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) werden die Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio weiter überprüfen. Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen werden die Rahmenbedingungen der Versorgung verändern. Gravierendste Folge können Krankenhausschließungen sein. Dadurch wird das Fallpauschalensystem auch die Rahmenbedingungen der Notfallrettung verändern. Krankenhausschließungen sowie die räumliche Konzentration von Schwerpunkten bzw. Kompetenzzentren verlängern die Wege sowohl für Rettungsdienst und Notärzte

zum Einsatzort als auch für den Transport von Notfallpatienten zum geeigneten Krankenhaus.

Die bereits heute wichtige bestmögliche frühzeitige Stabilisierung des Patienten für den Transport in eine geeignete Behandlungseinrichtung wird daher zukünftig noch an Bedeutung gewinnen. Hierfür ist nach Auffassung des Ministeriums für Arbeit und Soziales notärztliche Qualifikation unverzichtbar.

*4. ob es zutrifft, dass es bereits heute zu dem vom Arzt verantwortlich auszufüllenden therapeutischen Freiraum auch die Entscheidung über Art und Weise der Assistenz gehört und es rechtlich keineswegs ausgeschlossen ist, Nichtärzte auch bei invasiven oder risikobehafteten Maßnahmen assistierend einzusetzen; ob es darüber hinaus zutrifft, dass die intensivere Nutzung von Assistententätigkeiten vermehrt an Einrichtungen in privater Trägerschaft praktiziert wird, während die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen eher zurückhaltend sind;*

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung schließt nicht aus, dass der Arzt beim jeweiligen Patienten bestimmte Leistungen an Personen delegiert, die unter seiner Aufsicht und Weisung stehen und für die Erbringung der Hilfeleistung qualifiziert sind.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben im Jahr 1988 eine gemeinsame Stellungnahme „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ erarbeitet. Ob und in welchem Umfang der Arzt ärztliche Leistungen in der Durchführung unter seiner Aufsicht und Weisung an medizinisches Assistenzpersonal delegieren darf, hängt danach im Wesentlichen von der Art der Leistung, der Schwere des Krankheitsfalles und der Qualifikation des Assistenzpersonals ab. Dabei lassen sich 3 Gruppen unterscheiden:

1. Nicht delegationsfähige, vom Arzt persönlich zu erbringende Leistungen (z. B. operative Eingriffe, invasive diagnostische Eingriffe und die Entscheidung über sämtliche therapeutische Maßnahmen).
2. Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen (z. B. Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen).
3. Grundsätzlich delegationsfähige Leistungen (z. B. Laborleistungen, physikalisch-medizinische Leistungen, Ton- und Sprachaudiometrie, Dauerkatheterwechsel oder Wechsel einfacher Verbände).

Der 110. Deutsche Ärztetag hat sich in seiner Sitzung vom 15. bis 18. Mai 2007 mit dieser Problematik beschäftigt und die Bundesärztekammer aufgefordert, unter Einbeziehung aller Fachgremien und der Ärztekammern bis zum nächsten Ärztetag dieses Thema zu bearbeiten, um dann Leitlinien zu entwerfen, auf deren Grundlage die Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal festgelegt und begrenzt werden kann mit dem Ziel, verbindliche und ggf. auch einforderbare und justiziable Richtlinien und Standards für die Ausübung der ärztlichen Heilkunst zu entwickeln. Dabei sollen neben anderen Kriterien folgende Aspekte besondere Berücksichtigung finden: Patientensicherheit und -aufklärung, Haftungsrecht, Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses, Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Berufsethos, Wahrung der Eigenständigkeit ärztlicher Fachdisziplinen und der Arbeitsinhalte des ärztlichen Berufsbildes.

Nach derzeitigem Sachstand erfolgt unter Federführung der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Umfrage unter allen ärztlichen Bundesverbänden und Fachgesellschaften zum Stand und zur Weiterentwicklung persönlicher Leistungserbringung/Delegation.

Zu dem 2. Teil der Frage liegen dem Ministerium für Arbeit und Soziales keine Erkenntnisse vor.

5. *welche allgemeinen rechtlichen Voraussetzungen und berufsrechtliche Veränderungen geschaffen werden müssten, um die klassische Aufgabenverteilung zwischen den Berufen des Gesundheitswesens neu zu definieren, ohne die Behandlungsqualität zu reduzieren; welche Erkenntnisse ihr zum Studiengang „Bachelor of Science in Physician Assistance“ (Kooperation Herzzentrum Lahr und IHCI – Institute of Healthcare Industries Steinbeis Hochschule Berlin) vorliegen, ob dieser Studiengang und dessen Abschluss in Baden-Württemberg eine rechtliche Anerkennung besitzt und ob Absolventen dieses oder eines vergleichbaren Abschlusses in Krankenhäusern im Land eingesetzt werden dürfen;*

Vergleiche hierzu auch die Ausführungen unter Ziffer 4 des Antrags.

Die Kompetenzverteilung zwischen ärztlichen und nichtakademischen Gesundheitsberufen ist Gegenstand der derzeitigen politischen Diskussion und gutachterlicher Äußerungen: Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 forcierte die Prüfung der stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte. Das am 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-WSG hat diese Vereinbarungen nicht zum Gegenstand gehabt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 mit dem Titel „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ ebenfalls die Veränderungen der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen aufgegriffen. Er hat festgestellt, dass dadurch die Notwendigkeit entsteht, dass die Berufsgruppen den Prozess der Arbeitsteilung, die kooperativen Beziehungen und den Zuschnitt von Versorgungsaufgaben weiterentwickeln.

Das Gutachten beschäftigt sich hierbei mit verschiedenen Lösungsansätzen:

#### 1. Aufgabenverlagerung

Aus einer inter-professionellen Sicht können entweder Aufgaben auf andere Berufe verlagert oder Aufgaben von anderen Berufen übernommen werden. Dies kann durch Substitution bzw. Delegation geschehen. Substitution kann sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung verlaufen.

Die Übernahme neuer Aufgabenfelder oder eine geänderte Verantwortung (Haftung) setzen Anpassungen im Bereich der jeweiligen Primärqualifikationen der einzelnen Berufe oder entsprechende Weiterbildungen voraus. Inhaltlich zielt die Ausbildung sämtlicher Gesundheitsberufe nur unzureichend auf eine spätere Kooperation, d. h. die Ausbildungsinhalte in den unterschiedlichen Berufen sind nicht ausreichend aufeinander abgestimmt. Sollten Aufgaben zwischen den Berufen neu verteilt werden und die Möglichkeit einer Tätigkeitsübertragung (z. B. von Ärzten an nichtakademische Gesundheitsberufe) beurteilt werden, müssten ggf. die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie die Berufsgesetze entsprechend geändert werden.

## 2. Ausweitung der vorbehaltenen Tätigkeiten

Die Einführung von weiteren Vorbehaltsaufgaben für einzelne nichtakademische Gesundheitsberufe hätte den Nachteil, dass ggf. unflexible Strukturen geschaffen würden.

Sofern einzelnen Berufen Tätigkeitsvorbehalte zugewiesen werden, dürfen nur sie die entsprechende Tätigkeit ausführen. Je höher die Spezialisierung der einzelnen Berufsgruppen, desto fragmentierter gestaltet sich die Versorgungslandschaft. Zwischen jeder spezialisierten Berufsgruppe und den anderen Berufsgruppen entstehen Schnittstellen, die das Risiko von Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehlern sowie auch Konflikte oder Unklarheiten über Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten bergen. In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktionen bzw. Gatekeeper-Rollen übernehmen (z. B. Hausärzte, Case Manager). Interprofessionelle, gestufte Ausbildungs- bzw. Studienmodelle könnten die Übergabe von Aufgaben an andere Berufsgruppen erleichtern.

## 3. Poolkompetenzen

Anstelle der Vorbehaltstätigkeiten empfiehlt der Sachverständigenrat Poolkompetenzen, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen. Die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit notwendige Qualifikation wird dabei definiert und kann von verschiedenen Gesundheitsberufen erworben werden.

In Übereinstimmung mit dem Sachverständigengutachten ist das Ministerium für Arbeit und Soziales der Auffassung, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenverteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf, da diese, zum großen Teil historisch gewachsenen, rechtlichen Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe maßgeblich beeinflussen. Von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen könnten alle Gesundheitsberufe profitieren, wenn diese zu einer besseren Übereinstimmung zwischen den Erfordernissen eines sich ständig wandelnden Versorgungssystems und den Zielen, Aufgaben und Kompetenzen seiner Akteure führt.

In diesem Zusammenhang ist die modellhafte Erprobung einer Zusatzqualifikation in der Altenpflegehilfe für Hauswirtschaftlerinnen zu erwähnen, mit der das Land eine Berufsqualifikation an der Schnittstelle zwischen Hauswirtschaft und Pflege geschaffen hat. Dadurch ist es möglich, hauswirtschaftliche Kompetenzen mit der Erbringung von Grund- und sog. „kleiner Behandlungspflege“ zu verbinden und Pflegekräfte an dieser Schnittstelle zu entlasten.

Für die Genehmigung von Studiengängen der Steinbeis-Hochschule Berlin ist die Senatsverwaltung Berlin zuständig. Da die Steinbeis-Hochschule eine staatlich anerkannte Hochschule ist, handelt es sich bei den an dieser Einrichtung erworbenen Abschlüssen um Hochschulabschlüsse. Der Einsatz solcher Kräfte richtet sich nach den zu Ziffer 4 des Antrags ausgeführten Grundsätzen.

*6. wie sie z. B. entsprechende Vorschläge für den Bereich der Rettungsdienste und die in Diskussion befindliche neue Berufsdefinition „Medizinische Fachangestellte zur Entlastung des Hausarztes“ einschätzt; ob und welche weiteren konkreten Ansätze ihr bekannt sind, für einzelne Berufsgruppen Veränderungen an der bisherigen Kompetenzverteilung vorzunehmen.*

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hält die Einführung eines Paramedic-Systems in Baden-Württemberg aus den in Beantwortung der Frage 3 ausgeführten Erwägungen für nicht angezeigt.

Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) hat in einer aktuellen Untersuchung festgestellt, dass der nichtärztliche Rettungsdienst regelmäßig vor dem Notarzt am Notfallort eintrifft.

Im Interesse einer bestmöglichen Patientenversorgung bereits vor dem Eintreffen des Notarztes unterstützt die Landesregierung für Rettungsassistenten zum einen eine Steigerung der Qualifikation bei den notfallmedizinischen Maßnahmen im bisherigen Kompetenzbereich, zum anderen aber auch eine Ausweitung der Kompetenzen von Rettungsassistenten. Die Landesregierung befürwortet, an Stelle der derzeitigen zweijährigen Ausbildung die dreijährige Ausbildung des Rettungsassistenten umzusetzen. Ob eine Ausweitung von Kompetenzen, für die der Bund zuständig ist, im anstehenden Gesetzgebungsverfahren mehrheitsfähig ist, bleibt jedoch abzuwarten.

Baden-Württemberg hat als Vorsitzland einen einstimmigen Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4./5. Juli 2007 in Ulm herbeigeführt, in dem zum Ausdruck gebracht wird, dass die Gesundheitsministerkonferenz die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes noch in dieser Legislaturperiode für dringend geboten hält. Die Gesundheitsministerkonferenz hat das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, das bereits seit längerer Zeit angekündigte Gesetzgebungsverfahren zügig einzuleiten.

Sollte es zu vermehrten Kompetenzen für Rettungsassistenten kommen, wird die Landesregierung beobachten, ob der aktuelle Notarztindikationskatalog fortzuschreiben ist.

Hinsichtlich Medizinischer Fachangestellter wurden entsprechende Fortbildungscurricula von der „Ständigen Konferenz Medizinische Fachberufe“ am 12. September 2007 verabschiedet. Künftig können sich Medizinische Fachangestellte zusätzlich insbesondere in der Prävention, der Ernährung, der Geriatrie und Palliativmedizin sowie Patientenkoordination qualifizieren. Auch diese Fortbildungsmaßnahmen können einen Beitrag zur Entlastung der Ärzte leisten.

Über eine neue Berufsdefinition „Medizinische Fachangestellte zur Entlastung des Hausarztes“ ist sowohl dem Ministerium für Arbeit und Soziales als auch der Landesärztekammer Baden-Württemberg nichts bekannt. Richtig ist aber, dass mit der neuen Ausbildungsverordnung für den Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ den veränderten Anforderungen an den medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen der medizinischen Versorgung Rechnung getragen werden soll. Die Medizinische Fachangestellte ist als kompetente Mitarbeiterin des Arztes ausführend und gestaltend in alle Behandlungs- und Verwaltungsprozesse eingebunden. Ziel der Ausbildung ist es, die Medizinische Fachangestellte zu einer Allroundkraft auszubilden, die in allen ärztlichen Fachgebieten einsetzbar ist.

Auf die Ausführungen zur Weiterentwicklung der ärztlichen Delegation zu Ziffer 4 des Antrags wird verwiesen.

Dr. Stolz

Ministerin für Arbeit und Soziales