

Antrag

der Abg. Dr. Ulrich Goll u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration

Erfahrungen mit erweiterten Befugnissen für Rettungskräfte während der Covid-19-Pandemie und Telemedizin im Rettungswesen

Antrag

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

1. wie sie die Stärken und Schwächen von § 5 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Hinblick auf die darin geregelte Ausnahme vom Heilkundevorbehalt beurteilt;
2. wie oft Notfallsanitäter bereits auf Grundlage des § 5 a IfSG tätig geworden sind, zumindest unter Angabe einer gewissen Schätzung über die praktische Relevanz der Vorschrift;
3. nach welchen Kriterien Notfallsanitäter bestimmen, ob die Voraussetzungen von § 5 a Absatz 1 Satz 2 Nummern 1, 2 IfSG für die Vornahme heilkundlicher Maßnahmen vorliegen (Kriterien: [1] Gesundheitszustand erfordert nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend; [2] die jeweils erforderliche Maßnahme würde eine ärztliche Beteiligung voraussetzen, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.);
4. welche Maßnahmen (beispielhaft) von Notfallsanitätern nach § 5 a IfSG nunmehr eigenverantwortlich durchgeführt werden dürfen;
5. welche Risiken es für Notfallsanitäter hat, wenn sie sich bei der Einschätzung eines Falles nach § 5 a Absatz 1 irren;
6. ob eine Ausnahme vom Heilkundevorbehalt für Notfallsanitäter auch für die Zeit nach der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgesehen ist;

7. was die angestrebte fachliche Prüfung der Einführung von sogenannten SOP (Standard Operating Procedures) i. S. d. § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG durch die ÄLRD (Ärztlichen Leiter Rettungsdienst) in Baden-Württemberg seit dem letzten Antrag (Drucksache 16/7806) bisher ergeben hat;
8. wie die Stellen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst seit der Beantwortung des Antrags Drucksache 16/6104 zwischenzeitlich besetzt wurden;
9. ob sie die Konzeption eines sogenannten Tele-Notarztes plant, indem sie hierbei etwa Ansätze aus der telemedizinischen Behandlung von Strafgefangenen für den Rettungsdienst nutzbar zu machen gedenkt;
10. welche Möglichkeiten der Einsatz eines Tele-Notarztes im Rettungsdienst eröffnet, auch im Hinblick auf eine Delegation heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG durch ortsabwesende Notärzte mittels Mobiltelefon oder Tablet-Computer;
11. ob eine ärztliche Behandlung im Rettungsdienst auch durch ortsabwesende Notärzte durch Anleitung des nichtärztlichen Rettungspersonals mittels Mobiltelefon oder Tablet-Computer erfolgen könnte, insbesondere vor dem Hintergrund des im April 2020 geänderten § 7 Absatz 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg;
12. mit welchen Kommunikationsmitteln, die eine telemedizinische Behandlung ermöglichen würden, die Rettungskräfte in Baden-Württemberg standardmäßig ausgestattet sind;
13. wie hoch die Zahl der landesweit im Rettungsdienst eingesetzten Tablet-Computer, Smartphone u. ä. ist;
14. welche Kosten eine flächendeckende Ausstattung von Rettungswagen mit Tablet-Computern verursachen würde.

08.07.2020

Dr. Goll, Dr. Rülke, Keck, Dr. Schweickert, Haußmann,
Karrais, Reich-Gutjahr, Dr. Timm Kern, Fischer FDP/DVP

Begründung

Seit 28. März 2020 regelt § 5 a Absatz 1, dass auch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in bestimmtem Umfang heilkundlich tätig sein dürfen, solange eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG vorliegt. Diese Kompetenzerweiterung umfasst Maßnahmen, zu denen die Notfallsanitäter durch ihre Ausbildung befähigt sind und die in der eine ärztliche Behandlung nicht zwingend voraussetzt, sondern lediglich eine ärztliche Beteiligung.

Diese vorübergehende Lockerung des Heilkundevorbehalts wirft erneut Fragen über die Handlungskompetenzen der Rettungssanitäter auf. Diese werden zwar nach dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) zur Vornahme medizinischer – auch invasiver – Erstversorgung ausgebildet, dürfen diese aber im Regelfall nicht ohne ärztliche Veranlassung durchführen. Dies wird in den (vielen) Fällen problematisch, in denen der ersteintreffende Rettungssanitäter sofortigen Handlungsbedarf erkennt, aber zur entsprechenden Maßnahme ohne ärztliche Veranlassung nicht befugt ist, weil ein Verstoß gegen §§ 1 Absatz 1, 5 Heilpraktikergesetz vorläge. Bei invasiven Maßnahmen tritt das Problem hinzu, dass diese regelmäßig den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen und nur in den engen Grenzen des ärztlichen Heileingriffs gerechtfertigt sind. Gleichzeitig birgt die Nichtvornahme gebotener Rettungshandlungen das Risiko einer Strafbarkeit durch Unterlassen.

Der Freistaat Bayern hat bereits im Dezember 2019 auf diese unklare Rechtslage reagiert, in dem von den bayerischen ÄLRD (Ärztliche Leiter Rettungsdienst) ein Standardkatalog an Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG entwickelt wurde (sogenannte SOPs), die die Notfallsanitäter auch ohne notärztliche Veranlassung vornehmen dürfen.

Für Baden-Württemberg stellt sich die Frage, ob und wie die Landesregierung auf diese Entwicklungen reagiert.

Die Frage besteht auch vor dem Hintergrund fort, dass sich eine bundesgesetzliche Lösung des Problems derzeit nicht abzeichnet.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 3. August 2020 Nr. 6-5461.7-5/1/ nimmt das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Soziales und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

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

1. wie sie die Stärken und Schwächen von § 5 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Hinblick auf die darin geregelte Ausnahme vom Heilkundevorbehalt beurteilt;

Zu 1.:

Sowohl das Innenministerium als auch die Leistungsträger im Rettungsdienst begrüßen grundsätzlich, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern durch § 5 a Absatz 1 Nummer 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten gestattet wurde. Dies entspricht der Qualifikation der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und der Bedeutung ihrer Tätigkeit für den Rettungsdienst. Notwendig ist jedoch eine von der pandemischen Lage unabhängige Ausnahmeregelung, für die sich das Innenministerium bereits seit längerer Zeit einsetzt.

Die hier getroffene Bundesregelung normiert viele Voraussetzungen für die Ausübung der Heilkundekompetenz. Das Innenministerium hat darauf reagiert, indem es ein Umsetzungskonzept erarbeitet hat. Im Ergebnis konnte die Regelung dennoch bislang keine praktische Relevanz entfalten. Der hohe Subsumtionsbedarf führt bei den Anwendern darüber hinaus auch zu Unsicherheiten. Dadurch kann die Norm dem Ziel, zu mehr Rechtssicherheit zu führen, nur bedingt entsprechen.

2. wie oft Notfallsanitäter bereits auf Grundlage des § 5 a IfSG tätig geworden sind, zumindest unter Angabe einer gewissen Schätzung über die praktische Relevanz der Vorschrift;

Zu 2.:

Nach Auskunft der Leistungsträger sind keine Fälle bekannt, in denen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf der Grundlage von § 5 a IfSG tätig geworden sind. Dies liegt darin begründet, dass die Kompetenz nach § 5 a IfSG der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte „insbesondere von Behandlungen [...], die ein ärztliches Tätigwerden im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordern“ (Bundestagsdrucksache 19/18111, S.23), dienen soll. Sie ist zudem subsidiär gegenüber der ärztlichen Veranlassung von Maßnahmen. Voraussetzung der Anwendung ist damit ein pandemiebedingter Notarztmangel, der in Baden-Württemberg bislang nicht vorgelegen hat.

3. *nach welchen Kriterien Notfallsanitäter bestimmen, ob die Voraussetzungen von § 5 a Absatz 1 Satz 2 Nummern 1, 2 IfSG für die Vornahme heilkundlicher Maßnahmen vorliegen (Kriterien: [1] Gesundheitszustand erfordert nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend; [2] die jeweils erforderliche Maßnahme würde eine ärztliche Beteiligung voraussetzen, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.);*
4. *welche Maßnahmen (beispielhaft) von Notfallsanitätern nach § 5 a IfSG nunmehr eigenverantwortlich durchgeführt werden dürfen;*

Zu 3. und 4.:

Das Innenministerium hat in Umsetzung des § 5 a IfSG die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bei den Regierungspräsidien gebeten, ein Konzept zu entwickeln, das Vorgaben zur Anwendung der Befugnis in der Praxis enthält. Ziel war der Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch Vorgaben, die eine gleichmäßige Ausübung der Befugnis auf Landesebene gewährleisten. Der Vorschlag wurde im Anschluss auch mit den ärztlichen Verantwortlichen der Leistungsträger abgestimmt. In der Folge hat das Innenministerium die Kernpunkte des Konzepts in einem Umsetzungsschreiben zusammengefasst. Dieses verpflichtet die Leistungsträger darüber hinaus, den Versicherungsschutz ihrer Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die Dokumentation der Maßnahmen und die Qualitätssicherung sicherzustellen.

Nach dem Umsetzungsschreiben vom 21. April 2020 müssen die Leistungsträger folgende Vorgaben beachten und innerhalb ihrer Organisation implementieren:

1. Die Heilkundekompetenz gemäß § 5 a IfSG beschränkt sich auf die Maßnahmen und Medikamentengaben, die in den „Handlungsempfehlungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Baden-Württemberg“ Version 3.0 vom Juli 2018 als „mögliche erweiterte Maßnahmen in Bezug auf § 34 StGB“ für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gekennzeichnet sind und deren Applikation nicht gegen das Betäubungsmittelgesetz in der jeweils geltenden Fassung verstößt.
2. Maßnahmen und Medikamentengaben müssen strikt den Vorgaben der Handlungsempfehlungen entsprechen. Invasive Maßnahmen sind nur anzuwenden, wenn eine nicht oder weniger invasive Maßnahme nicht ausreicht, um die Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden vom Patienten abzuwenden. Hierzu ist im Einzelfall eine Risiko-Nutzen-Abwägung durchzuführen. Die Verantwortung für die Entscheidung und die Durchführung liegt immer bei der handelnden Notfallsanitäterin/dem handelnden Notfallsanitäter.
3. Die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dürfen nur Maßnahmen anwenden, die sie beherrschen.
4. Die heilkundliche Tätigkeit nach § 5 a Absatz 1 Nummer 4 IfSG ist nur den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern erlaubt, die seit mindestens drei Monaten die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung besitzen und den Beruf auch ausgeübt haben. Dies gilt nicht für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die vor Erhalt der Berufsbezeichnung bereits als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent tätig waren und Berufserfahrung gesammelt haben.
5. Soweit nach den Umständen möglich, ist die Patientin oder der Patient vor der Durchführung der Maßnahme oder der Medikamentengabe aufzuklären und eine Einwilligung einzuholen. Bei nicht einwilligungsfähigen Patientinnen oder Patienten oder bei Gefahr im Verzug kann deren mutmaßlicher Wille die Einwilligung ersetzen.
6. Aufklärung, Einwilligung, getroffene Maßnahmen sowie Medikamentengaben sind sorgfältig und – soweit möglich – im Rahmen der allgemeinen Dokumentationspflichten zu dokumentieren.
7. Nach Durchführung einer Maßnahme bzw. Medikamentengabe ist die Patientin oder der Patient zwingend in (not-)ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben.

Daneben betont das Umsetzungsschreiben ausdrücklich die Geltung des Notarztindikationskataloges und weist darauf hin, dass § 5 a IfSG gegenüber der notärztlichen Behandlung oder der Delegation subsidiär ist. Um diese Subsidiarität zu gewährleisten, ist vorgegeben, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vor der Inanspruchnahme der durch § 5 a IfSG verliehenen Kompetenz über eine Rückfrage bei der Integrierten Leitstelle klären, ob im konkreten Fall eine notärztliche Mangelsituation vorliegt.

Die Anwendung der Grundsätze wurde auf die Zeit der durch den Bundestag festgelegten epidemischen Lage von nationaler Tragweite befristet; sie endet spätestens mit dem Außerkrafttreten von § 5 a IfSG am 1. April 2021.

Die gemäß § 5 a IfSG zur Anwendung durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter freigegebenen Maßnahmen werden demnach durch die Bezugnahme auf die „Handlungsempfehlungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Version 3.0“ genau definiert. Diese sind auch Grundlage der Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Baden-Württemberg. Möglich sind die Maßnahmen, die dort als Notstandsmaßnahmen aufgeführt sind und deren Applikation nicht gegen das Betäubungsmittelgesetz verstößt. Dies sind beispielsweise die Anwendungen von blutstillenden Sofortmaßnahmen bei kritischen Blutungen (z. B. die Anwendung von Kompression, Tourniquets und Hämostyptika), die Entlastungspunktion bei einem Spannungspneumothorax oder das Legen eines intravenösen Zugangs.

Bei diesen Maßnahmen kann zum einen davon ausgegangen werden, dass im Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausnahmsweise von einer ärztlichen Durchführung abgesehen werden kann, da die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter diese auch außerhalb dieser Lage im Rahmen der Notstandsmaßnahmen anwenden dürfen. Zum anderen wird dadurch auch zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter selbst sichergestellt, dass die Maßnahmen von den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern beherrscht werden, denn sie werden ihnen bereits in ihrer Ausbildung vermittelt, es kann also auf bewährte Durchführungshinweise zurückgegriffen werden.

5. welche Risiken es für Notfallsanitäter hat, wenn sie sich bei der Einschätzung eines Falles nach § 5 a Absatz 1 irren;

Zu 5.:

Die Entscheidung über die Erforderlichkeit der Ausübung der Kompetenz ist gerichtlich überprüfbar. Durch die Vorgaben im Umsetzungsschreiben und insbesondere durch die angeordnete Rücksprache mit der Integrierten Leitstelle ist ein Irrtum über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 5 a IfSG aus der Sicht des Innenministeriums aber nicht zu erwarten.

6. ob eine Ausnahme vom Heilkundevorbehalt für Notfallsanitäter auch für die Zeit nach der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgesehen ist;

Zu 6.:

Wie bereits in Drucksache 16/7806 ausgeführt, setzt sich die Landesregierung weiterhin dafür ein, dass eine solche Ausnahme für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geschaffen wird. Eine eigene Regelung des Landes kann aufgrund der Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht erlassen werden. Die Hausspitze des Innenministeriums hat sich nach dem Erlass von § 5 a IfSG erneut mit einem Schreiben vom 28. Mai 2020 an Herrn Bundesminister Spahn MdB gewandt und sich für die Schaffung einer entsprechenden Ermächtigung auch außerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgesprochen.

Auf Bundesebene finden hierzu weiterhin Fachgespräche statt, welche sich mittlerweile mit möglichen Formulierungen einer gesetzlichen Vorschrift befassen. Das Innenministerium geht daher davon aus, dass es noch innerhalb dieser Legislaturperiode zum Erlass einer Bundesregelung kommen wird.

7. was die angestrebte fachliche Prüfung der Einführung von sogenannten SOP (Standard Operating Procedures) i. S. d. § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG durch die ÄLRD (Ärztlichen Leiter Rettungsdienst) in Baden-Württemberg seit dem letzten Antrag (Drucksache 16/7806) bisher ergeben hat;

Zu 7.:

Das Innenministerium verfolgt in Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst bei den Regierungspräsidien und den Leistungsträgern die Schaffung von SOP weiter. Da sich der Rettungsdienst in Baden-Württemberg selbst verwaltet, bedarf diese Entscheidung aber der Beteiligung des Landesausschusses für den Rettungsdienst. Die seit dem zweiten Quartal vorgesehenen Sitzungen konnten jedoch aufgrund der epidemischen Lage, die fachliche Kompetenz gebunden hat, bislang nicht stattfinden. Das Innenministerium plant für das zweite Halbjahr, die Sitzungen im Rahmen von Webkonferenzen wiederaufzunehmen, um hier über das weitere Vorgehen zu beschließen.

8. wie die Stellen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst seit der Beantwortung des Antrags Drucksache 16/6104 zwischenzeitlich besetzt wurden;

Zu 8.:

Die Stellen der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst sind in allen vier Regierungspräsidien besetzt. In Freiburg, Stuttgart und Tübingen wird diese Aufgabe jeweils durch zwei in Teilzeit beschäftigte Ärztinnen und Ärzte erfüllt, in Karlsruhe ist die Stelle in Vollzeit besetzt.

9. ob sie die Konzeption eines sogenannten Tele-Notarztes plant, indem sie hierbei etwa Ansätze aus der telemedizinischen Behandlung von Strafgefangenen für den Rettungsdienst nutzbar zu machen gedenkt;

10. welche Möglichkeiten der Einsatz eines Tele-Notarztes im Rettungsdienst eröffnet, auch im Hinblick auf eine Delegation heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG durch ortsabwesende Notärzte mittels Mobiltelefon oder Tablet-Computer;

Zu 9. und 10.:

Die Einführung eines Telenotarztsystems ist von der Delegation heilkundlicher Maßnahmen durch standardisierte Verfahrensanweisungen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG unabhängig. Die Delegation gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 c NotSanG erfolgt im Rahmen landesweiter Vorgaben durch die ärztlichen Verantwortlichen der Leistungsträger an ihre Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Ein Telenotarztsystem erlaubt dagegen jeweils eine Einzelfalldellegation durch die diensthabenden Telenotärztinnen und Telenotärzte an die Notfall-sanitäterinnen und Notfallsanitäter vor Ort. Als Grundlage dieser Delegationsentscheidungen dienen dabei die Übertragungen von Bildern bzw. Videos und telemetrischen Daten.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat auf Initiative des Innenministeriums im Sommer 2019 die landesweite Einführung eines Telenotarztsystems beschlossen und in ihrem Untergremium, der Arbeitsgemeinschaft Grundsatzfragen, ein konkretisierendes Positionspapier verabschiedet. Derzeit wird auf Landesebene die Einführung vorbereitet.

Das Innenministerium sieht in der Einführung eines Telenotarztsystems Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung der Notfallpatientinnen und -patienten und zur Entlastung des Notarztsystems, das seit geraumer Zeit auch und gerade wegen eines strukturellen Arztmangels an seine Grenzen stößt. Denn das Telenotarztsystem kann zu einem gezielteren Einsatz der Notärztinnen und Notärzte beitragen: Bei niederschweligen Notfällen und arztbegleiteten Sekundärtransporten kann die physische Anwesenheit von Notärztinnen und Notärzten ggf. vermieden werden. Zudem ist zu erwarten, dass notarztbesetzte Rettungsmittel kürzere Bindungszeiten erhalten. Durch die Delegationsentscheidung der zugeschalteten Not-

ärztinnen und Notärzte können zudem bereits erste Maßnahmen durchgeführt werden, bevor das Notarzteinsatzfahrzeug vor Ort eintrifft. Dadurch kann das arztfreie Intervall verkürzt werden. Die Einrichtung eines Telenotarztsystems ermöglicht den Notärztinnen und Notärzten vor Ort zudem, ohne zeitlichen Verzug Kolleginnen und Kollegen zu konsultieren, sofern sie dies für erforderlich erachten.

Die an die medizinischen Geräte zu stellenden Anforderungen werden voraussichtlich und unter Vorbehalt der Entscheidung der Gremien auf Landesebene über die Anforderungen an das im Strafvollzug verwendete Telemedizin-System hinausgehen, denn sie müssen zum einen örtlich flexibel einsetzbar und damit leicht und kompakt sein, sodass sie im Rettungswagen verbaut und bei Bedarf auch außerhalb dessen eingesetzt werden können. Zum anderen müssen die Telenotärztinnen und Telenotärzte in die Lage versetzt werden, die Vitalparameter der Patientinnen und Patienten ständig zu überwachen und genau zu beobachten, welche Maßnahmen das Rettungsdienstpersonal vor Ort durchführt und wie sich diese auf den Zustand der Patientinnen und Patienten auswirken, damit eine ärztliche Diagnose, eine darauf basierende ärztliche Delegation von Maßnahmen auf die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und die Kontrolle von deren Durchführung ermöglicht wird.

- 11. ob eine ärztliche Behandlung im Rettungsdienst auch durch ortsabwesende Notärzte durch Anleitung des nichtärztlichen Rettungspersonals mittels Mobiltelefon oder Tablet-Computer erfolgen könnte, insbesondere vor dem Hintergrund des im April 2020 geänderten § 7 Absatz 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg;*
- 12. mit welchen Kommunikationsmitteln, die eine telemedizinische Behandlung ermöglichen würden, die Rettungskräfte in Baden-Württemberg standardmäßig ausgestattet sind;*
- 13. wie hoch die Zahl der landesweit im Rettungsdienst eingesetzten Tablet-Computer, Smartphone u. ä. ist;*
- 14. welche Kosten eine flächendeckende Ausstattung von Rettungswagen mit Tablet-Computern verursachen würde.*

Zu 11. bis 14.:

Die Änderung von § 7 Absatz 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer beruht auch auf einem Anstoß des Innenministeriums zur Ermöglichung der landesweiten Einführung eines Telenotarztsystems. Durch die neue Fassung wird ein unterstützender Einsatz von Kommunikationsmitteln bei der Behandlung im persönlichen Kontakt erlaubt und festgelegt, dass die Behandlung in Ausnahmefällen auch ausschließlich über diese durchgeführt werden kann, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt, insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation, gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

Der Einsatz von Mobiltelefonen und Tablet-Computern als Telekommunikationsmittel im Telenotarzt-System ist grundsätzlich denkbar und wird im Rahmen der Umsetzung zu prüfen sein. Bereits jetzt werden Tablet-Computer für die Durchführung der Einsatzdokumentation in den Rettungswagen und teilweise auch in den Notarzteinsatzfahrzeugen und Krankentransportwagen verwendet. Demnach muss auf jedem Rettungswagen ein Tablet-Computer vorhanden sein, wobei Hersteller und Ausstattung zwischen den Organisationen differieren. Die Ermittlung einer konkreten Anzahl war in der Kürze der Zeit nicht möglich, Schätzungen der Leistungsträger ergeben eine Anzahl von mehr als 600 Geräten.

Ob die vorhandenen Geräte für das Telenotarztsystem geeignet sind, bedarf der Klärung. Grundsätzlich sind eine Bildübertragung und eine übergreifende Vernetzung oder Plattform erforderlich. Im Übrigen muss eine Kompatibilität mit den durch die landesweiten Gremien im Einzelnen festzulegenden, die übrigen telemedizinischen Daten übertragenden Geräten und Übertragungsmodulen vorliegen.

In Vertretung

Klenk

Staatssekretär