

THÜR. LANDTAG POST
16.06.2023 10:46

16/06/2023

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen | Postfach 2019 | 99401 Weimar

Thüringer Landtag
Innen- und Kommunalausschuss
Jürgen-Fuchs-Str. 1
99096 Erfurt

Nur per E-Mail: poststelle@thueringer-landtag.de

Den Mitgliedern des InnKA

Thüringer Landtag
Z u s c h r i f t
7/2643
zu Drs. 7/7394/7450/7780



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Hauptgeschäftsführer

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Internet: www.kvt.de

Datum: 13.06.2023

**Zweites Gesetz zur Änderung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes –
Beschleunigte Digitalisierung der Notfallversorgung**
Gesetzesentwurf der Parlamentarischen Gruppe der FDP, Drucksache 7/7394

**Zweites Gesetz zur Änderung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes –
Einführung eines Telenotarztes**
Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU, Drucksache 7/7450

Zweites Gesetz zur Änderung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes
Gesetzesentwurf der Fraktionen DIE LINKE, der SPD und
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 7/7780

Sehr geehrter Herr Stöffler,

ich bedanke mich für die gegebene Möglichkeit, zu den übersandten Gesetzesentwürfen Stellung zu nehmen und möchte Ihnen nachfolgend die Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitteilen. Dazu gehe ich im Einzelnen auf die durch den Innen- und Kommunalausschuss des Thüringer Landtags gestellten Fragen ein.

1. Welche Auswirkungen hätte die Einführung des Telenotarztes auf die notärztliche Versorgung in Thüringen?

Zur perspektivischen Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, zeitnahen und kompetenten Verfügbarkeit der rettungsdienstlichen und notärztlichen Versorgung ist es notwendig, neue Überlegungen aufzugreifen und Erfahrungen anderer Bundesländer in diese einfließen zu lassen. Nicht zuletzt wird durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 18.12.2020 aufgezeigt, dass es sich bei einem Telenotarztssystem um ein ressourcenschonendes und multiflexibles System handelt mit dem, neben der Stärkung der bereits bestehenden Struktur der notärztlichen Versorgung, durch den Einsatz einer telemedizinischen Unterstützung eine deutliche Stabilisierung der gesamtheitlichen präklinischen Notfallversorgung einhergeht und in der Endkonsequenz zu einer effizienten Notfallversorgung der Bevölkerung in Thüringen einen erheblichen Beitrag leisten kann. Die Vorhaltung einer telenotarztlichen Struktur stellt nach den gemachten Erfahrungen aus den Pandemie Jahren nicht nur ein wertvolles Unterstützungstool zur Kompensation spontaner Notarztausfälle dar und gewährleistet bis zum Eintreffen eines physischen Notarztes das Vorhandensein ärztlicher Kompetenz und zusätzliche Rechtssicherheit für das am Notfallort tätige Rettungsfachpersonal, ein solches System kann auch in aktiver Vorhaltung deutliche Synergien in der rettungsdienstlichen Einsatzdisposition bewirken. Gerade bei niederschweligen Notarztindikationen kann eine spürbare Entlastung der regulären



Notarztvorhaltung erreicht werden.

Ein weiterer entscheidender Vorteil des Systems ist, dass jederzeit in die laufende Kommunikation zwischen Rettungskräften und Telenotarzt weitere Kompetenz eingebunden werden kann. Beispielsweise seien hier Experten des Giftnotrufes, Kardiologen aus Herzzentren und Kinderintensivmediziner genannt. Auch hier kann durch die frühzeitige Involvierung dieser Expertise, präklinische Verweilzeit durch direkte Zuweisung in die entsprechende spezialisierte klinische Einrichtung, eingespart werden. Neben dem Grundsatz der Aufrechterhaltung einer physischen Notarztvorhaltung gilt es, die rechtlichen Voraussetzungen für den Aufbau und die Unterhaltung eines Systems der telenotärztlichen Versorgung als Unterstützungssystem neben der bereits vorhandenen notärztlichen Struktur gesetzlich zu regeln und die landesweit einheitliche Umsetzung zu forcieren. Letztlich können sich aus der Vorhaltung eines Telenotarztsystems auch gleichermaßen Synergien im Rahmen von Verlegungsfahrten ergeben. Die aktuell notwendige Begleitung eines zu verlegenden Patienten, beispielsweise in eine Rehabilitationseinrichtung, wird aktuell durch Krankenhausärzte geleistet. Gerade im Hinblick auf die vorhandene Ärztedichte in Thüringer Kliniken könnte ein telenotärztliches System für solcherart Fahrten eine deutliche Entlastung für die Thüringer Kliniken mit sich bringen.

2. Ist eine gesetzliche Abgrenzung von „Befugnissen und Aufgaben“ des Telenotarztes gegenüber den regulären bodengebundenen Notärzten erforderlich?

Grundsätzlich muss man sich die Frage stellen, ob ärztliche Tätigkeit auf Grund der Art der Ausführung unterschieden werden kann. In Tätigkeitsausübung der ärztlichen Heilkunde handelt es sich um eine Patientenversorgung. Hierbei ist der Arzt in seiner Berufsausübung frei und entscheidet in der Wahl seiner Therapieoptionen anhand gültiger Leitlinien der Fachgesellschaften und dem Stand der Wissenschaft. Um aber eine klare Trennung zwischen physisch vorhandener notärztlicher Kompetenz am Einsatzort und telenotärztlicher Unterstützung vorzunehmen, wurde in der Beratung des Landesbeirates für das Rettungswesen am 30.11.2022 ein neuer Notarztindikationskatalog verabschiedet, welcher nunmehr in die Novelle des Thüringer Landesrettungsdienstplanes vom 18.04.2023 (Thüringer Staatsanzeiger Nr. 19/2023) Einzug gefunden hat. Darin wird eine klare Kompetenzregelung zwischen notärztlicher Präsenz und telemedizinischer Unterstützung vorgenommen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei bestimmten Erkrankungs- oder Verletzungsmustern ärztliches „Handwerk“ am Notfallort gefordert ist und eine telemedizinische Unterstützung als nicht ausreichend angesehen werden muss.

Eine weitere, separat gelagerte gesetzliche Abgrenzung ist daher nicht notwendig, die Voraussetzungen und abgrenzenden Einsatzindikationen für eine telenotärztliche Tätigkeit sind bereits im Notarztindikationskatalog (Thüringen) festgehalten.

3. Erfordert die Einführung des Telenotarztes einen neuen Aufgabenträger?

Mit Inkrafttreten des Thüringer Rettungsdienstgesetzes zum 01.07.2009 übernahm die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen den Auftrag zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen. Zur Durchführung dieser Aufgabe musste nicht nur die notärztliche Verfügbarkeit organisiert und strukturiert werden, es wurden sämtliche organisatorische Voraussetzungen für einen finanzierten, versicherten, gesetzeskonform durchgeführten und überwachten Dienstbetrieb geschaffen. Daneben war der Aufbau einer kompletten Abrechnungs- und Vergütungsstruktur maßgeblich. Nicht zuletzt die Neuklärung der Haftungsfrage für die notärztliche Tätigkeit im Jahr 2012 hat uns vor große Herausforderungen gestellt.

Die Schaffung einer zusätzlichen Aufgabenträgerschaft für die telenotärztliche Versorgung würde nicht nur zusätzlichen Abstimmungsbedarf zwischen den bereits vorhandenen Aufgabenträgern bedingen, sie würde Überschneidungen in Ausführungsfragen und ungeklärte, nur sehr schwer auflösbare Haftungszuweisungen in Haftungsfragen mit sich bringen. Die bereits gegebene Aufgabenträgerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für die notärztliche Versorgung implementiert auch die Amtshaftung nach § 839 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.V.m. Art. 34 Grundgesetz (GG). Bei telemedizinischer Versorgung durch einen Notarzt handelt es sich ebenfalls um eine hoheitliche Tätigkeit für die der Aufgabenträger der notärztlichen Versorgung eintrittspflichtig ist.

Zusätzlich müsste eine komplette „Parallelwelt“ zur bereits vorhandenen notärztlichen Versorgung, die beispielsweise Abrechnungs- und Vergütungsläufe, Versicherungen, Qualitätssichernde Maßnahmen und deren Überwachung, etabliert werden. Die notärztliche Versorgung ist daher, unbenommen in



welcher Durchführungsform, zwingend in einer Aufgabenträgerschaft zu vereinen.

Für die zukünftige Aufgabe des Telenotarztes ist daher anzustreben, die durch die Kassenzärztlichen Vereinigung Thüringen angeregte Präzisierung des § 7 Thüringer Rettungsdienstgesetzes vorzunehmen und um die Aufgabe der telenotärztlichen Versorgung. Damit einhergehend ist es notwendig, § 5 Abs. 1 a Thüringer Rettungsdienstgesetz entsprechend anzupassen.

4. Wie würde sich die Einführung eines neuen Aufgabenträgers auf die Kosten und Haftung auswirken?

Wie bereits unter Punkt 3 beschrieben, müsste für den Aufbau einer telenotärztlichen Struktur gleichlautende Bedingungen geschaffen werden wie sie bereits für die notärztliche Sicherstellung existieren. Diese Strukturen, einhergehend mit Kosten für Versicherungen, Personalvorhaltung, Durchführungsmaßnahmen und Überwachungsaufgaben würden eine erhebliche Kostensteigerung verursachen die im Umkehrschluss durch die Versicherten zu tragen sind. Gerade im Hinblick auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit wäre dies ein nicht zu vertretender Umstand. Unter diesem Aspekt ist anzuraten, bereits vorhandene Strukturen der Kassenzärztlichen Vereinigung Thüringen mit einem deutlich niedrigeren Kostenaufwand zu nutzen.

Die Haftungsfrage, bei Einführung einer eigenständigen telenotärztlichen Aufgabenträgerschaft, stellt ein weiteres essenzielles Problem dar. Gerade in Haftungsabgrenzungsfragen ist es aus der Erfahrung der vergangenen Jahre heraus schwierig, den genauen Zeitpunkt der Haftungszuständigkeit während eines Einsatzgeschehens zu ermitteln. Durch die zusätzliche Aufnahme einer weiteren Aufgabenträgerschaft würden daraus weitere Quotierungsfragen entstehen die letztlich in einer Zuständigkeitsdiskussion und Unregulierbarkeit enden könnten. Diese sind wiederum mit erheblichen Kosten für Rechtsvorgänge durch den Instanzenweg verbunden.

Als gleichgelagerte Schwierigkeit zeichnet sich die Stationierung in den zu schaffenden Regionalleiststellen ab. Gerade in einer Haftungsabgrenzung zwischen einem „Beratenden Arzt in der Leitstelle“ und einem in Personalunion vorgehaltenen Telenotarzt dar. Durch die unterschiedlichen Aufgabenträgerschaften (Anm. Leitstelle=Kommune und Telenotarzt=Kassenzärztliche Vereinigung) ist eine Unterscheidung der Haftungszuständigkeiten im laufenden Prozess durch niemanden zu leisten und würde im Fall eines Rechtsverfahrens zu unauflösbaren Problemstellungen führen.

Bereits im Jahr 2020 hat die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen mit Umsetzung der Eskalationsstufe Telenotarzt den bestehenden Vertrag über die Haftpflichtversicherung für Notärzte **kostenneutral** um den Aspekt der telenotärztlichen Versorgung erweitern lassen und somit den entsprechenden Versicherungsschutz für die telenotärztliche Versorgung in Thüringen bereitgestellt. Nicht zuletzt zur Vermeidung solcherart Situationen ist anzuraten, die bereits in der Kassenzärztlichen Vereinigung Thüringen vorhandenen organisatorischen und logistischen Strukturen im Zusammenhang mit dem Unterstützungssystem Telenotarzt aufzugreifen und in Form einer perspektivisch zentralen Stationierung des TNA Systems in der Kassenzärztlichen Vereinigung Thüringen umzusetzen.

5. Wie bewerten Sie den Entwurf einer Experimentierklausel?

Durch die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen wird die Einführung einer Experimentierklausel befürwortet. Die in dem Gesetzentwurf vorgenommene Formulierung in § 34 a Abs. 2 sollte jedoch um die Möglichkeit der Antragstellung auch durch die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen und andere ärztliche Vertretungen erweitert werden. Weiter sollte diese Experimentierklausel für neue Projekte die durch den Landesbeirat für den Rettungsdienst beschlossen werden und nicht für bereits bestehende Anwendung finden, dies müsste ausdrücklich präzisiert werden.

6. Stellt die smartphonebasierte Ersthelferalarmierung eine geeignete Hilfe zur Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen des Rettungswagens dar?

Durch eine smartphonebasierte Ersthelferalarmierung kann eine deutliche Verbesserung als Überbrückung bis zum Eintreffen professioneller Rettungsdienstseinheiten mit sich bringen. Hier ist jedoch zu bedenken, dass es keine Planungssicherheit für eine mögliche Verfügbarkeit geben kann. Grundsätzlich ist eine solche Systematik aber als sinnvolle Ergänzung zu betrachten.



7. Die gesetzliche Verankerung welcher weiteren digitalen Errungenschaften sind erforderlich, um die notärztliche Versorgung in Thüringen weiter zu verbessern?

Durch die Umsetzung der landesweiten, einheitlichen elektronischen Einsatzdatenverarbeitung im Rettungsdienst sind Voraussetzungen geschaffen worden, welche eine deutliche Verbesserung des Informationsflusses im Rahmen der klinischen Anmeldung mit sich bringen. In der Perspektive sollte jedoch der Informationsaustausch in bidirektionaler Form erfolgen. Oftmals ist es sinnvoll, den am Einsatzort befindlichen Kräften und mit der Versorgung eines Ihnen völlig unbekanntem Patienten beschäftigten Patienten, Informationen, welche unter Umständen in einem Krankenhaus vorhanden sind, zur Verfügung zu stellen. Hier sollten die technischen Voraussetzungen in die gesetzliche Vorgabe Eingang finden.

8. Welche Auswirkungen hätte die Einrichtung und der Betrieb einer Lehrleitstelle auf die notärztliche Versorgung in Thüringen?

Die Einrichtung einer Lehrleitstelle wird im Kontext mit der Umsetzung des Leitstellenreformkonzeptes Thüringen deutlich befürwortet. Gerade in der beabsichtigten Rückfallebene und der möglichen vollumfänglichen Übernahme des Leitstellenbetriebes bei Ausfall einer der 4 Regionalleitstellen wird ein deutlicher Mehrwert generiert. Im Rahmen der Ausbildung von Leitstellendisponenten stellt die Vorhaltung einer Lehrleitstelle eine praktische und sinnvolle Komponente für die Erlangung von Kenntnissen im Umgang mit den eingesetzten Ressourcen dar.

Jedoch muss bemerkt werden, dass solch ein Benefit nur erreicht werden kann, sofern das Leitstellenkonzept Thüringen in der bekannten Form umgesetzt wird. Bei weiterem Bestand mehrerer lokaler Rettungsleitstellen ist dieser, auch durch die Verwendung unterschiedlich zur Anwendung kommender Einsatzleitssysteme, nicht mehr gegeben.

9. Sollte künftig der Notarzt bei den entsprechenden Indikationen auch zwingend dann zum Notfallort fahren müssen, wenn das nichtärztliche Rettungspersonal den Patienten bereits auf Weisung durch den Telenotarzt behandeln konnte (§ 7 Abs. 6 S. 3 ThürRDG-E Drs. 7/7780)?

Die Entscheidung zur Entsendung eines physischen Notarztes zur Einsatzstelle, trotz bestehendem Kontakt zum Telenotarzt, ist in Absprache zwischen Leitstelle und Telenotarzt und in Abhängigkeit vom geltenden Notarztindikationskatalog zu treffen (Überbrückungsleistung durch TNA).

Grundsätzlich ist aber nach den Regelungen des Notfallsanitätergesetzes nach Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Rettungsfachpersonal, der Patient einem Arzt vorzustellen. Sofern dieses bereits durch den Telenotarzt übernommen wurde, d.h. die Behandlung durch diesen oder unter Begleitung durch diesen erfolgte, ist die Entscheidung über eine weitere ärztliche Behandlung durch den Telenotarzt zu treffen.

10. Mit der Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter wurden diesen die Befugnis gegeben, unter bestimmten Voraussetzungen Heilkunde ausüben zu dürfen. Mit der Einführung des Telenotarztes wird nun eine weitere Regelung getroffen, mit der nichtärztliches Rettungspersonal – hier auf Weisung des Telenotarztes – heilkundliche Maßnahmen am Notfallort durchführen kann (§ 7 Abs. 6 ThürRDG-E Drs. 7/7780). Welche Rolle nimmt der Notfallsanitäter aus Ihrer Sicht perspektivisch ein, sobald der Telenotarzt eingeführt wurde? Besteht unter diesem Gesichtspunkt noch Änderungsbedarf an den Gesetzesentwürfen?

Durch die Landesgruppe der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, die Landesärztekammer Thüringen und die Kassennärztliche Vereinigung Thüringen werden jährlich aktualisierte und den geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften angepasste „VFA-Verfahrensanweisungen für den Thüringer Rettungsdienst“ herausgegeben. Diese gelten gemäß § 16 a Abs. 2 Thüringer Rettungsdienstgesetz, als Ausbildungs- und Handlungsgrundlage für Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen und sind unabhängig von einer telenotärztlichen Beteiligung. Eine telenotärztliche Involvierung ist daher als klassische Systematik bei möglichem Notarztbedarf für den Notfallsanitäter, über die Regelungen der VFA für den Rettungsdienst hinaus, zu verstehen. Die Einschätzung, ob physische oder telenotärztliche Kompetenz für die aktuell vorliegende Situation erforderlich ist, obliegt den vor Ort befindlichen Rettungskräften.

Nach unserer Einschätzung ist somit kein Änderungsbedarf in den vorliegenden Gesetzesentwürfen zu



dieser Thematik notwendig.

11. § 7 Abs. 7 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) bestimmt, dass die Kassenzentrale Thüringen die übermittelten Bild- und Tondaten aufzeichnet und die Einsätze der Telenotärzte regelmäßig auswertet. § 34 Abs. 4 [sic] des Gesetzentwurfes sieht bereits vor, dass zugelassene Erprobungsvorhaben unter wissenschaftlicher Begleitung zu dokumentieren und auszuwerten sind. Sollte die Regelung zu Telenotärzten ebenfalls vorsehen, dass deren Einsätze unter wissenschaftlicher Begleitung auszuwerten sind?

§ 34a Abs. 4 des Gesetzesentwurfes sieht die Einführung einer Experimentierklausel vor. Die durch das zuständige Ministerium im Benehmen mit dem Landesbeirat für das Rettungswesen beschlossenen Erprobungen innovativer Konzepte sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Nunmehr sind bereits in Deutschland verschiedene TNA Systeme erprobt und umgesetzt worden und letztlich in einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 18.12.2020 mit eindeutiger Empfehlung zur bundesweiten Etablierung der Systematik Telenotarzt gemündet.

Da es sich bei telenotärztlicher Systematik um eine zusätzliche Komponente der notärztlichen Versorgung mit gleichgelagerten Versorgungsgrundsätzen handelt, ist eine isolierte wissenschaftliche Auswertung der Systematik Telenotarzt als nicht zielführend anzusehen. Generell kann im Rahmen der Experimentierklausel auf eine generalisierte und abgleichende Betrachtung der Gesamtstruktur Rettungsdienst über eine wissenschaftliche Begleitung nachgedacht werden.

12. § 8 Abs. 2 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) gibt vor, dass ein Telenotarzt die ärztliche Betreuung übernehmen kann, sofern das abgebende Krankenhaus dies anfordert und der Telenotarzt zustimmt. Sollte die Einschätzung des vor Ort eingesetzten nichtärztlichen Rettungspersonals ebenfalls in der Regelung berücksichtigt werden? Sofern ja, in welcher Form?

Grundlage für die Anforderung einer Verlegungskomponente ist immer eine ärztliche Anforderung. Hier wird entschieden, ob eine (Not-) ärztliche Begleitung des Verlegungstransportes notwendig ist. Hierbei sind auch die Besonderheiten des § 3 Abs. 3 Thüringer Rettungsdienstgesetz, Notfallrettung und § 8 Thüringer Rettungsdienstgesetz, da unterschiedliche Zuständigkeiten, zu beachten. Sobald sich jedoch ärztliche Begleitung als erforderlich erweist und explizit durch die verlegende Einrichtung (zuständiger Arzt) angefordert wird, erfolgt die weitere Klärung der Verfahrensweisen in einem Arzt-Arzt Gespräch. Hierbei kann auch der Telenotarzt zum Einsatz kommen und ggf. anhand vorliegender Kriterien über die Begleitoption entscheiden. Grundsätzlich sind die Rettungskräfte aber in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Gerade die Durchführung des Transportes und sich daraus möglicherweise ergebender Handlungsnotwendigkeiten sind im gemeinsamen Vorgehen mit dem Rettungsfachpersonal abzustimmen.

13. § 14 Abs. 3 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) sieht vor, dass der Zentralen Leitstelle „laufend“ die Anzahl der freien Betten und sonstigen Versorgungskapazitäten melden. Ist der Landesrettungsdienstplan der geeignete Rahmen, um diese Vorgabe zu konkretisieren? Sollte sie an anderer Stelle konkretisiert werden?

Mit Einführung der einheitlichen elektronischen Einsatzdatenerfassung im Thüringer Rettungsdienst wurde ein weiterer Schwerpunkt auf die Datenübermittlung in das klinische Setting gelegt. Dabei wurde das Hauptaugenmerk auf die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten gelegt. Grundsätzlich ist es für die Initialbehandlung eines Notfallpatienten im Rahmen der klinischen Vorstellung maßgeblich, die entsprechend benötigte fachliche Expertise unmittelbar zur Verfügung zu haben.

Nunmehr hat die Praxis gezeigt, erstmalig im Rahmen des Auftretens von SARS COV-2 Infektionen, dass eine Übersicht vorhandener Klinikbetten zur Planung einer sinnvollen Behandlungsabfolge förderlich ist. So sollten in diesem Rahmen Kapazitäten für Beatmungspatienten ermittelt und eine zielgerichtete Verlegungsorganisation ermöglicht werden. Dafür wurde ein spezielles Tool entwickelt, welches im Rahmen von MEDIRETT die verfügbare Anzahl von Klinikbetten aufzeigt. Dieses wurde im Rahmen der Verteilung von Ukraine Kriegsverletzten nochmals modifiziert und steht für den Praxiseinsatz zur Verfügung. Nachteil aller solcher System, auch IVENA, ist die notwendige Kapazitätseingabe auf Klinikseite in händischer Form. Dies muss mehrfach täglich geschehen um die Aktualität der Angaben zu gewährleisten. Im Zuge der Einführung der Schnittstellenlösungen zur papierlosen Übertragung der präklinischen Einsatzdokumentation soll nunmehr die Option einer automatisierten Übertragung vorhandener klinischer Bettenkapazitäten in MEDIRETT geschaffen



werden. Den zuständigen Rettungsleitstellen und allen am System Beteiligten Komponenten kann dadurch die notwendige Übersicht über die Verfügbarkeit von Ressourcen bereitgestellt werden. Das gesamtheitliche Erfassungs-, Dokumentations- und Weiterleitungssystem MEDIRETT wird damit ganzheitlich abgerundet.

14. § 34a ThürRDG-E (Drs. 7/7780) regelt, dass für eine Dauer von bis zu drei Jahren (Abs. 3) Abweichungen von den § 14 Abs. 4, § 15 Abs. 2 sowie § 16 Abs. 1 und 2 ThürRDG zugelassen werden können (Abs. 1). Sehen Sie Änderungsbedarf gegenüber diesen materiellen und zeitlichen Vorgaben für eine zulässige Anwendung der Experimentierklausel?

Nach unserer Meinung besteht kein Anpassungs- oder Änderungsbedarf für materielle und zeitliche Vorgaben für eine zulässige Anwendung der Experimentierklausel

Mit freundlichen Grüßen

Hauptgeschäftsführer