



---

**Ausarbeitung**

---

**Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c  
des Notfallsanitätäergesetzes**

Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung durch die Bundesländer

---

**Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes**  
Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung durch die Bundesländer

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 042/16  
Abschluss der Arbeit: 12. September 2016  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

## Zusammenfassung

Mit dem am 1. Januar 2014 in Kraft getretenen „Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG)“ vom 22. Mai 2013 hat der Bundesgesetzgeber ein neues Berufsbild geschaffen und den Zugang zu diesem Beruf gesetzlich geregelt. Die neue Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter unterscheidet sich wesentlich von der bisherigen Ausbildung zum Beruf der Rettungsassistentin bzw. des Rettungsassistenten nach dem Rettungsassistentengesetz (RettAssG) vom 10. Juli 1989.

Zentrale Vorschrift des Gesetzes ist § 4 NotSanG, der das Ausbildungsziel regelt. Er unterscheidet zwischen Kompetenzen, die befähigen sollen, bestimmte Maßnahmen „eigenverantwortlich“ auszuführen, und solchen, die in die Lage versetzen sollen, bei der notfallmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ durchzuführen. In § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG werden diejenigen Tätigkeiten beschrieben, die den Kernbereich der rettungsdienstlichen Aufgaben darstellen und die die Notfallsanitäterinnen und die Notfallsanitäter im späteren Berufsalltag aufgrund der Ausbildung eigenständig, das heißt auf eigene Verantwortung, ausführen sollen. Dagegen sind die Kompetenzen, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in die Lage versetzen sollen, „im Rahmen der Mitwirkung“ Aufgaben der notfallmedizinischen Versorgung wahrzunehmen, in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstaben a bis c NotSanG geregelt. Nach der Regelung in Buchstabe c dieser Vorschrift soll die Ausbildung insbesondere dazu befähigen, im Rahmen der Mitwirkung „eigenständig“ heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder von Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen „standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet“ werden.

Ob diese Regelung eine Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notsanitäter für die eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne einer Substitution ärztlicher Leistungen anstrebt oder ob derartige Tätigkeiten aus Sicht des Gesetzgebers als vom ÄLRD delegierte Aufgaben aufzufassen sind, ist bislang noch nicht abschließend geklärt. Unter Berücksichtigung der (gesetzlich nicht definierten) medizinrechtlichen Begriffe der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, des Wortlauts und der Systematik der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG und der Gesetzesbegründung hierzu dürften die besseren Gründe dafür sprechen, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine zeitlich vorweggenommene Form der **Delegation** heilkundlicher Aufgaben auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter schaffen wollte, eine „Substitutionslösung“ also nicht angestrebt hat.

Die Annahme, die in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG beschriebenen „eigenständig“ durchgeführten heilkundlichen Maßnahmen seien als Fall von Delegation ärztlicher Leistungen anzusehen, ist allerdings nicht unproblematisch. Das Verständnis von Delegation ärztlichen Handelns in Rechtsprechung und Literatur ist durch einen starken Bezug zum Einzelfall geprägt, bei dem ein Arzt die Indikationsstellung, die daraus folgenden medizinischen Anordnungen und die Personalauswahl jedes Mal konkret verantwortet und lediglich die Durchführungsverantwortung auf nichtärztliches Fachpersonal übergeht. Im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Not San G kann Delegation zwar mit Hilfe von standardisierten Handlungsanweisungen, sog. Standard Operating Procedures (SOP), umgesetzt werden; von einer „Delegation“ nach allgemeinem juristischem Verständnis ist aber nur dann auszugehen, wenn durch die SOP weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt werden und wenn sie so präzise formuliert werden, dass sie möglichst keinen **Bewertungsspielraum** für die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter mehr enthalten. Dort, wo

standardisierte Handlungsanweisungen Spielräume offen lassen, liegt zumindest auch eine Behandlungsentscheidung der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters selbst vor, die nach dem juristischen Verständnis von Delegation ausgeschlossen wäre. Nur soweit im Rahmen einer SOP sichergestellt werden kann, dass der Notfallsanitäter keine Diagnosestellung vornimmt und damit in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit eingreift, folgt das symptombezogene Handeln des Notfallsanitäters einer Weisung, wie sie die Delegation voraussetzt. Bei allen übrigen Fällen handelt es sich demgegenüber in der Regel um die **Substitution** einer ärztlichen Behandlungsentscheidung, die ohne gesetzliche Grundlage **rechtlich nicht zulässig** ist.

Auch wenn man die Möglichkeit einer Delegation ärztlicher Leistungen durch standardisierte Handlungsanweisungen unter den vorgenannten Voraussetzungen grundsätzlich bejaht, kommt eine Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit Hilfe von SOP nur dann in Betracht, wenn die sonstigen von der Rechtsprechung und Literatur herausgearbeiteten Parameter zur Delegation ärztlicher Aufgaben beachtet werden. Denn der Gesetzgeber hat nicht erkennen lassen, dass er mit der in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG getroffenen Regelung von den Grundsätzen zur Delegation ärztlichen Handelns abweichen und eine neues Verständnis von Delegation begründen wollte. Daher muss man davon ausgehen, dass die Vorschrift des NotSanG innerhalb der gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zu interpretieren ist, der Gesetzgeber mithin in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG lediglich die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation heilkundlicher Aufgaben, aber **keinen neuen Zulässigkeitstatbestand** geschaffen hat.

Als Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz regelt das NotSanG nicht die Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Regelungen zur Berufsausübung waren im Rahmen des NotSanG nicht möglich, da sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) auf die „Zulassung“ zum Beruf des Notfallsanitäters beschränkt. Regelungen zur Berufsausübung fallen gemäß Art. 70 Abs. 1 GG grundsätzlich in die ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer. Die Vorschrift des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG eröffnet den Bundesländern damit die **Option**, in Anknüpfung an das „Delegationsmodell“ in ihren Rettungsdienstgesetzen oder sonstigem Landesrecht entsprechende Erlaubnistatbestände für die Berufsausübung vorzusehen. Eine bundesrechtliche **Verpflichtung der Länder**, derartige Regelungen zu schaffen, wird man aus dieser Bestimmung allerdings **nicht ableiten** können.

Den Bundesländern dürfte es aus kompetenzrechtlichen Gründen jedoch verwehrt sein, in Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG statt einer solchen „Delegationslösung“ eine „**Substitutionslösung**“ zu wählen, also Regelungen zu schaffen, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen der ihnen in der Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen berechtigen, heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und autonom im Sinne einer Substitution ärztlicher Leistungen auszuüben. Berufsausübungsregelungen der Länder dürfen – wie auch alle übrigen landesrechtlichen Vorschriften – nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen und können deshalb nur im Einklang mit dem Bundesrecht ausgestaltet werden. Einer „Substitutionslösung“ der Bundesländer steht daher der bundesrechtlich in § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG) geregelte sog. **Arztvorbehalt** entgegen. Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist nach dem HeilprG vom 17. Februar 1939, das nach Art. 123 Abs. 1 GG und Art. 125 in Verbindung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG grundsätzlich als weitergeltendes Bundesrecht zu behandeln ist, ohne Erlaubnis nur Ärztinnen und Ärzten gestattet (sog. Arztvorbehalt). Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf nach § 1 Abs. 1 HeilprG dazu der Erlaubnis.

Die Zuständigkeit der Länder zur Regelung des Rechts der Berufsausübung für die Heilberufe umfasst nicht die Kompetenz, Ausnahmen von diesem Arztvorbehalt zu regeln. Bei dem HeilprG handelt es sich um ein Gesetz, das die Berufszulassung regelt. Eine Regelung zu schaffen, mit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern vom Arztvorbehalt freigestellt werden und ihnen eine Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde erteilt würde, fiel deshalb als Spezialregelung zu § 1 Abs. 1 HeilprG in die alleinige Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Eine derartige Ausnahme vom Heilkundevorbehalt hat der Bundesgesetzgeber im NotSanG aber gerade nicht geschaffen.

Um dem durch das NotSanG neu geschaffenen Berufsbild der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurden mittlerweile in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen und damit in mehr als der Hälfte der Bundesländer Gesetze zur Änderung der jeweiligen Rettungsdienstgesetze oder zumindest Änderungen der Landesrettungsdienstplanverordnungen oder sonstiger Durchführungsverordnungen erlassen. In den übrigen Bundesländern haben die Landesgesetzgeber – soweit ersichtlich – ihre Rettungsdienstgesetze bislang noch nicht entsprechend angepasst. Die Novellierungen der Rettungsdienstgesetze und die sonstigen Änderungen landesrechtlicher Vorschriften in Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen beschränken sich im Wesentlichen auf eine Neuregelung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und bei der Besetzung der Notfallrettungsmittel. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hat der Landes- bzw. Ordnungsgeber – über eine Neufassung derartiger Bestimmungen zur Besetzung der Rettungsmittel hinaus – auch Regelungen geschaffen, mit denen in diesen Bundesländern ein ÄLRD eingeführt wurde.

Eine Regelung, mit der explizit an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsieht, dass der ÄLRD für ihren Rettungsdienstbereich Aufgaben im Rahmen dieser Vorschrift auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren sollen, besteht – soweit ersichtlich – bislang nur im Freistaat Bayern. Im Land Berlin hat der Senat dem Abgeordnetenhaus vor wenigen Monaten jedoch einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem auch in Berlin eine ÄLRD eingeführt werden soll, die – ähnlich wie in Bayern – insbesondere die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundige Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren. Die Rettungsdienstgesetze bzw. die zu deren Durchführung erlassenen Landesrechtsverordnungen in Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein nehmen bei der Aufgabenbeschreibung des ÄLRD – anders als in Bayern – zwar nicht ausdrücklich auf die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG Bezug; das Landesrecht enthält hier jedoch Regelungen zur Organisation und zu den Aufgaben der ärztlichen Leitung Rettungsdienst, die als Grundlage für die Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards zur Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Betracht kommen. Nach Auffassung des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg bedarf es dagegen in Hamburg keiner gesetzlichen Änderungen, um Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in die Lage zu versetzen, die in der Ausbildung gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG vermittelten Kompetenzen auch in der Berufspraxis einsetzen zu können.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Bedeutung des NotSanG und Überblick über den Regelungsinhalt der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG</b>	<b>9</b>
2.1.	Das NotSanG als Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz	9
2.2.	Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotsanG als zentrale Vorschrift des Gesetzes	10
2.2.1.	Beschreibung der in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen als Regelungsinhalt des § 4 NotSanG	10
2.2.2.	Die Unterscheidung zwischen „eigenverantwortlich“ und „im Rahmen der Mitwirkung“ auszuführenden Aufgaben	11
2.2.3.	Erwerb von Kompetenzen zur „eigenverantwortlichen“ Ausführung von Aufgaben	11
2.2.4.	Erwerb von Kompetenzen zur Ausführung von Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ an der ärztlichen Versorgung	12
<b>3.</b>	<b>Das der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für die Übertragung heilkundlicher Aufgaben zu Grunde liegende Regelungsmodell</b>	<b>12</b>
3.1.	Die Begriffe der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben im Medizinrecht	13
3.1.1.	Der medizinrechtliche Begriff der Delegation	13
3.1.2.	Der medizinrechtliche Begriff der Substitution	14
3.2.	Das § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende Regelungsmodell für die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	15
3.2.1.	Argumente für eine dem § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende „Delegationslösung“	15
3.2.2.	Rechtliche Probleme des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegenden „Delegationsmodells“	18
<b>4.</b>	<b>Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Berufsausübungsregelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Buchstabe c NotSanG</b>	<b>23</b>
4.1.	Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer zur Regelung der Berufsausübung der Notfall- sanitäterinnen und Notfallsanitäter	23
4.2.	Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesländer bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG	25
4.2.1.	„Delegationslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen	26
4.2.2.	„Substitutionslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen	26

---

<b>5.</b>	<b>Derzeitiger Stand der Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG in den Bundesländern</b>	<b>31</b>
5.1.	Überblick	31
5.2.	Bayern	34
5.2.1.	Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen auf Notfallsanitäter als neue Aufgabe des ÄLRD nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG	36
5.2.2.	Erforderlichkeit der Neuregelung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG	36
5.2.3.	Voraussetzungen und Grenzen einer Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäter nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG	37
5.2.4.	Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht des delegierenden Arztes	37
5.2.5.	Nichterforderlichkeit der persönlichen ärztlichen Kenntnis des Patienten als Voraussetzung der Zulässigkeit einer Delegation nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG	38
5.3.	Berlin	39
5.3.1.	Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst	40
5.3.2.	Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der ÄLRD	40
5.3.3.	Durchführung der von der ÄLRD in medizinischen Behandlungsstandards ausgewiesenen heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäter	41
5.3.4.	Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	42
5.4.	Brandenburg	42
5.5.	Sachsen	44
5.6.	Schleswig-Holstein	44
5.7.	Hamburg	47
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>47</b>

## 1. Einleitung

Nach jahrelangen Bemühungen um eine Reform des Berufsbildes des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst hat der Bundesgesetzgeber mit dem am 1. Januar 2014 in Kraft getretenen „Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG)“ vom 22. Mai 2013<sup>1</sup> ein neues Berufsbild geschaffen und den Zugang zu diesem Beruf gesetzlich geregelt<sup>2</sup>. Das zuvor maßgebliche „Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG)“ vom 10. Juli 1989<sup>3</sup> wurde durch das NotSanG nach einer Übergangsphase von einem Jahr mit Wirkung zum 1. Januar 2015 abgelöst<sup>4</sup>. Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die eine Erlaubnis nach dem RettAssG besitzen, dürfen ihre Berufsbezeichnung nach § 30 NotSanG allerdings weiterhin führen.

Auftragsgemäß wird in dieser Ausarbeitung der Frage nachgegangen, ob und gegebenenfalls welche Rechtsfigur(en) die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für landesrechtliche Regelungen zur Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen des öffentlichen Rettungsdienstes vorgibt bzw. ausschließt. Geklärt werden soll insbesondere, ob die bundesgesetzliche Regelung eine Qualifikation der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für die selbstständige Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten im Sinne der Substitution ärztlicher Leistungen angestrebt oder ob diese Maßnahmen aus Sicht des Gesetzgebers als vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) im Wege der Delegation zu übertragende Aufgaben aufzufassen und landesrechtlich entsprechend umzusetzen sind. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob und gegebenenfalls in welcher Weise die Bundesländer die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG bereits umgesetzt haben und inwiefern bei einem Vergleich der hierzu getroffenen Regelungen Unterschiede in der Auslegung dieser Vorschrift festzustellen sind.

Um die vorgenannten Fragestellungen in einem ersten Schritt rechtssystematisch einordnen zu können, soll nachfolgend zunächst ein knapper Überblick über die Bedeutung des NotSanGs und

- 
- 1 Vgl. Art. 1 des „Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften“ vom 22. Mai 2013, BGBl. I S. 1348.
  - 2 Zum NotSanG vgl. die Überblicke bei Lippert, Der Notfallsanitäter – nur der Rettungsassistent in einem anderen Kleid?, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, S. 216 ff; Lippert, Gesetzliche Änderungen im Rettungswesen durch das Notfallsanitäter- und das Patientenrechtegesetz, in: GesundheitsRecht (GesR), 2013, S. 583 ff; Lippert/Gliwitsky, Das Gesetz über den Beruf des Notfallsanitäters, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, S. 590 ff; Lippert/Lissel, Notfallsanitäter, in: Heidelberger Kommentar – Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsnummer 3860; Lubrich, Das neue Notfallsanitätergesetz: Mehr Rechtssicherheit für Rettungsfachpersonal?, in: Medizinrecht (MedR), 2013, S. 221 ff; Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 ff; Brose, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: VersR, 2014, S. 1172 ff.
  - 3 Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), zuletzt geändert durch Art. 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
  - 4 Zum Außerkrafttreten des Rettungsassistentengesetzes am 31. Dezember 2014 vgl. Art. 5 Satz 2 des „Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften“ vom 22. Mai 2013, BGBl. I S. 1348, 1357.

den Regelungsinhalt der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG gegeben werden<sup>5</sup>. Auf der Grundlage dieser Darlegungen wird im Anschluss daran der Versuch unternommen, Lösungsansätze für die durch die Vorschrift des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG aufgeworfenen Probleme zu entwickeln, die – soweit ersichtlich – unter juristischen Aspekten bislang noch nicht abschließend diskutiert worden sind<sup>6</sup>.

## 2. Bedeutung des NotSanG und Überblick über den Regelungsinhalt der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG

### 2.1. Das NotSanG als Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz

Das NotSanG ist ein Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz für einen Gesundheitsfachberuf. Mit dem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung wird durch die Erteilung der Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ zu führen, der Berufszugang gewährleistet (vgl. § 1 NotSanG). Als Berufszulassungsgesetz hat das NotSanG keinen Einfluss auf die Organisation des Rettungsdienstes; es regelt insbesondere nicht die Berufsausübung, d. h. die Tätigkeit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rettungsdienst<sup>7</sup>. Die Beteiligung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter am Rettungsdienst und deren Befugnisse ergeben sich vielmehr aus den Rettungsdienstgesetzen der Länder und den auf deren Grundlage erlassenen Durchführungsverordnungen<sup>8</sup>. Zweck der neuen Notfallsanitäterausbildung ist der Gesetzesbegründung zufolge lediglich, zur Professionalisierung der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung beizutragen und so den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Hilfe in Notfällen zu gewährleisten<sup>9</sup>. Vor diesem Hintergrund regelt es umfassend die neue Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter, die sich wesentlich von der bisherigen Ausbildung zum Beruf der Rettungsassistentin bzw. des Rettungsassistenten unterscheidet<sup>10</sup>. So wurde die Dauer der Ausbildung angehoben und die Ausbildung strukturell verändert. Die Ausbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dauert gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 NotSanG unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Prüfung in Vollzeitform drei Jahre, in Teilzeitform höchstens fünf Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht an staatlich anerkannten Schulen und einer praktischen Ausbildung an genehmigten Lehrrettungswachen und geeigneten

---

5 Vgl. hierzu die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.

6 Vgl. hierzu die Ausführungen zu den Gliederungspunkten 3. und 4.

7 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689, S. 16; aus der Literatur vgl. zum Beispiel Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (414); Lippert, Der Notfallsanitäter – nur der Rettungsassistent in einem anderen Kleid ?, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, S. 216 (216).

8 Vgl. hierzu im Einzelnen unten zu Gliederungspunkt 5.

9 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689, S. 16 sowie die Ausführungen in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit, in: BT-Drs. 17/12524, S. 22.

10 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 1 und 15.

Krankenhäusern (§ 5 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 und 3 NotSanG). Die Ausbildung schließt nach § 5 Abs. 1 Satz 3 NotSanG mit einer staatlichen Prüfung ab. Auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung des § 11 NotSanG hat das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung mit Zustimmung des Bundesrates die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV)“ vom 16. Dezember 2013<sup>11</sup> erlassen. Die NotSan-APrV regelt die Mindestanforderungen an die Ausbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach § 5 NotSanG und die weitere Ausbildung nach § 32 Abs. 2 NotSanG, das Nähere über die staatliche Prüfung und die Ergänzungsprüfung sowie das Nähere über die Urkunden für die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 NotSanG.

## 2.2. Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG als zentrale Vorschrift des Gesetzes

Die Verlängerung der Ausbildung auf drei bzw. fünf Jahre gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 NotSanG war nach der amtlichen Begründung erforderlich, um die in der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG aufgeführten Kompetenzen zur Ausübung des Berufs zu erreichen<sup>12</sup>. Die das Ausbildungsziel regelnde Bestimmung des § 4 NotSanG ist die zentrale Vorschrift des ganzen Gesetzes, um die über Jahre hinweg mit großem Engagement aller Beteiligten gerungen wurde<sup>13</sup>.

### 2.2.1. Beschreibung der in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen als Regelungsinhalt des § 4 NotSanG

Die Vorschrift beschreibt das Ausbildungsziel und damit den staatlichen Ausbildungsauftrag an die Notfallsanitäterschulen und die Einrichtungen der praktischen Ausbildung, die verpflichtet sind, den Ausbildungsauftrag nach den Vorgaben des NotSanG und der NotSan-APrV zu erfüllen<sup>14</sup>. Die Konkretisierung und Weiterentwicklung des Ausbildungsziels im Vergleich zum bisherigen Ausbildungsziel in § 3 RettAssG entspricht der Gesetzesbegründung zufolge den aus den veränderten Rahmenbedingungen im Rettungsdienst resultierenden neuen Anforderungen an den Beruf<sup>15</sup>. Das neue Ausbildungsziel soll mithin die moderne Aufgabenstellung des Berufs deutlich machen und dem breiten Tätigkeitsspektrum der Berufsangehörigen entsprechen<sup>16</sup>. Hierzu wer-

---

11 BGBl. I S. 4280, zuletzt geändert durch Art. 31 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).

12 Vgl. auch insoweit die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 15.

13 Vgl. Lippert, Gesetzliche Änderungen im Rettungswesen durch das Notfallsanitäter- und das Patientenrechtegesetz, in: GesundheitsRecht (GesR), 2013, S. 583 (583).

14 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 20.

15 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689 S. 20.

16 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 1 und 15.

den in § 4 NotSanG die in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen im Einzelnen beschrieben, die die Schülerinnen und Schüler am Ende der Ausbildung in die Lage versetzen sollen, die vielfältigen Aufgaben des Berufs sicher zu übernehmen<sup>17</sup>.

#### 2.2.2. Die Unterscheidung zwischen „eigenverantwortlich“ und „im Rahmen der Mitwirkung“ auszuführenden Aufgaben

Im Gegensatz zu § 3 RettAssG ist das Ausbildungsziel in § 4 NotSanG differenziert ausgestaltet<sup>18</sup>. Hinsichtlich der in der Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter zu vermittelnden Kompetenzen wird in § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Nr. 1 und 2 NotSanG unterschieden zwischen solchen, die befähigen sollen, bestimmte Maßnahmen „eigenverantwortlich“ auszuführen und solchen, die in die Lage versetzen sollen, bei der notfallmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ durchzuführen. Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 NotSanG soll die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftliche Erkenntnisse fachliche, soziale und methodische Kompetenzen zur „eigenverantwortlichen Durchführung“ und „teamorientierten Mitwirkung“ insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung und dem Transport von Patientinnen und Patienten vermitteln. Die Regelungen in § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2 NotSanG dienen der Präzisierung dieser Vorschrift und enthalten dementsprechend eine umfassende, aber nicht abschließende Aufzählung der für den Beruf des Notfallsanitäters charakteristischen Aufgaben sowie der Fähigkeiten, die zu ihrer Erfüllung zu entwickeln sind. Bei Abschluss der Ausbildung sollen die Schülerinnen und Schüler in der Lage sein, diese Aufgaben im Rahmen der Berufsausübung sicher durchzuführen<sup>19</sup>.

#### 2.2.3. Erwerb von Kompetenzen zur „eigenverantwortlichen“ Ausführung von Aufgaben

In der Vorschrift des § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG werden diejenigen Tätigkeiten beschrieben, die den Kernbereich der rettungsdienstlichen Aufgaben darstellen und die die Notfallsanitäterinnen und die Notfallsanitäter im späteren Berufsalltag aufgrund der Ausbildung eigenständig, das heißt auf eigene Verantwortung, ausführen können sollen<sup>20</sup>. Dabei ist insbesondere die in Buchstabe c getroffene Regelung von grundlegender Bedeutung<sup>21</sup>. Nach dieser Bestimmung soll die Ausbildung dazu befähigen, eigenverantwortlich medizinische Maßnahmen der Erstversorgung der Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen und dabei auch invasive Maßnahmen anzuwenden, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen

---

17 Vgl. auch insoweit die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 15 und 20.

18 Vgl. hierzu etwa Lippert, Gesetzliche Änderungen im Rettungswesen durch das Notfallsanitäter- und das Patientenrechtegesetz, in: GesundheitsRecht (GesR), 2013, S. 583 (583).

19 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

20 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

21 So die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

---

Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind.

#### 2.2.4. Erwerb von Kompetenzen zur Ausführung von Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ an der ärztlichen Versorgung

Die von angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen, die sie in die Lage versetzen sollen, „im Rahmen der Mitwirkung“ Aufgaben der notfallmedizinischen Versorgung wahrzunehmen, sind demgegenüber in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstaben a bis c NotSanG geregelt. Nach der amtlichen Begründung bezieht sich diese Regelung – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Situationen am Einsatzort – auf diejenigen Aufgaben, bei denen im Rahmen der Mitwirkung an der ärztlichen Versorgung heilkundliche Tätigkeiten durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter ausgeübt werden sollen<sup>22</sup>. Während der Buchstabe a das „Assistieren“ bei heilkundlichen Maßnahmen in Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes betrifft, regelt Buchstabe b das „eigenständige Durchführen“ von heilkundigen Maßnahmen bei ärztlicher Anwesenheit und auf ärztliche Veranlassung<sup>23</sup>.

Nach der Regelung in Buchstabe c soll die Ausbildung schließlich auch dazu befähigen, im Rahmen der Mitwirkung „eigenständig“ heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. In der amtlichen Begründung zu dieser Vorschrift wird darauf hingewiesen, Buchstabe c berücksichtige die Vorgaben, die der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder eine in vergleichbarer Verantwortung stehende Person den Notfallsanitäterinnen oder den Notfallsanitätern, für die er oder sie verantwortlich sei, für den Einsatz mit der Maßgabe erstellt habe, diese in den vorgegebenen Handlungssituationen standardmäßig anzuwenden. Auch wenn in den genannten Fällen Tätigkeiten im Einzelfall eigenständig durchgeführt würden, liege insofern immer eine Mitwirkung vor, als sie jedes Mal auf einer ärztlichen Veranlassung beruhten<sup>24</sup>.

### 3. Das der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für die Übertragung heilkundlicher Aufgaben zu Grunde liegende Regelungsmodell

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen soll nunmehr versucht werden zu klären, ob die bundesgesetzliche Regelung in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG eine Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notsanitäter für die „eigenständige“ Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne der Substitution ärztlicher Leistungen anstrebt oder ob derartige Tätigkeiten aus Sicht des Gesetzgebers als vom ÄLRD delegierte Aufgaben aufzufassen sind.

---

22 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21 f.

23 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 22.

24 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 22.

### 3.1. Die Begriffe der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben im Medizinrecht

Die Beurteilung der Frage, ob der Gesetzgeber mit der in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG getroffenen Regelung die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation oder Substitution ärztlicher Aufgaben schaffen wollte, setzt zunächst eine Klärung der teilweise uneinheitlich verwendeten Begriffe der „Delegation“ und „Substitution“ voraus.

#### 3.1.1. Der medizinrechtliche Begriff der Delegation

Eine gesetzliche Definition der Delegation existiert nicht. Nach der in der Literatur ganz überwiegend vertretenen Auffassung<sup>25</sup> handelt es sich bei der Delegation um die Übertragung der Durchführungskompetenz zur Ausübung heilkundiger Tätigkeiten insbesondere auf nichtärztliches Personal, wobei eine Delegation immer nur zur Assistenz und nie zu einer eigenständigen Ausübung der Heilkunde neben oder anstelle des Arztes führen kann<sup>26</sup>. Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung und Überwachung und hat unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen<sup>27</sup>. Die Entscheidungshoheit über die Durchführung der übertragenen Behandlungsmaßnahme – das „Ob“ – verbleibt bei der Delegation beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung – das „Wie“ – auf den Delegationsempfänger übergeht<sup>28</sup>. Auch wenn die Anordnungs- und Überwachungsbefugnis sowie die Verantwortung hierfür bei dem anordnenden Arzt als delegierende Person verbleiben, erfüllt der Delegationsempfänger die an ihn delegierten Aufgaben gleichwohl selbstständig<sup>29</sup>. Von der Delegation zu unterscheiden sind reine Assistenz-tätigkeiten, bei denen das nichtärztliche Personal an der Seite des Arztes lediglich untergeord-

---

25 Vgl. etwa Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3.

26 Vgl. Katzenmeier/Stefania, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst, 2009, S. 54.

27 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, Kapitel X: Arztfehler und Haftpflicht, Rn. 57; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3; vgl. auch Hanika, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussionen, in: PflR 2009, S. 372 (373).

28 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3.

29 Vgl. Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen ärztlichen Pflegepersonals, S. 24 f; Spickhoff/Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal, in: MedR 2008, S. 463 (463).

nete Aufgaben und Handreichungen übernimmt, ohne eine eigenständige Kompetenz hinsichtlich der Frage der Durchführung zu haben<sup>30</sup>. Die Abgrenzung zwischen Delegation und Assistenz kann im Einzelfall Schwierigkeiten bereiten<sup>31</sup>.

### 3.1.2. Der medizinrechtliche Begriff der Substitution

Von der Delegation zu unterscheiden ist die ebenfalls gesetzlich nicht definierte Substitution ärztlicher Leistungen<sup>32</sup>. Auch bei der Substitution übernimmt das nichtärztliche Personal eine medizinische Maßnahme, deren Ausübung ursprünglich dem Arzt vorbehalten war. Während im Rahmen der Delegation aber lediglich die Durchführungsverantwortung für die übertragene Tätigkeit – das „Wie“ – auf das nichtärztliche Personal übertragen wird, erfolgt im Rahmen der Substitution eine originäre Zuweisung der ursprünglich ärztlichen Leistung auf das nichtärztliche Personal<sup>33</sup>. Dieses handelt folglich nicht mehr auf ärztliche Weisung, sondern anstelle des Arztes<sup>34</sup>. Damit obliegt dem Nichtmediziner im Rahmen der Substitution also nicht nur die Entscheidung über das „Wie“, sondern auch die Entscheidungsprärogative über das „Ob“ einer heilkundlichen Maßnahme<sup>35</sup>. Unter Substitution ist folglich die selbstständige, eigenverantwortliche und somit autonome Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben durch nichtärztliches Personal zu verstehen<sup>36</sup>. Während bei der Delegation der Arzt aufgrund seiner sogenannten Letztentscheidungsbefugnis im Falle eines Fehlers bei der Durchführung der delegierten Tätigkeit in der haftungsrechtlichen Verantwortung nach Maßgabe der §§ 280 Abs. 1, 278, § 831 Bürgerliches

- 
- 30 Vgl. Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3; Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, S. 25; Bohne, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, S. 13.
- 31 Vgl. hierzu näher Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, S. 25 ff.
- 32 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 33 Vgl. Bonvie, Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., S. 17 (17); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4; Hanika, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussionen, in: PflR 2009, S. 372 (373).
- 34 Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, S. 24; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 35 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4; Stöhr, Delegation und Substitution: Haftet der Arzt für alles und jeden?, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., S. 105 (111).
- 36 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: HK-AKM, Ordnungsziffer 4060; Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals, S. 24.

Gesetzbuch (BGB<sup>37</sup>) und gegebenenfalls auch nach § 823 Abs. 1 BGB steht<sup>38</sup>, haftet bei der Substitution ärztlicher Leistungen alleine der handelnde Nichtmediziner oder dessen Dienstherr<sup>39</sup>.

### 3.2. Das § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende Regelungsmodell für die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Unter Zugrundelegung der vorgenannten Begriffsbestimmungen, des Wortlauts von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG, der Systematik der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG und der Gesetzesbegründung hierzu dürften die besseren Gründe für die Annahme sprechen, dass der Gesetzgeber mit dieser Vorschrift die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation heilkundlicher Aufgaben auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter schaffen wollte, eine „Substitutionslösung“ also nicht angestrebt hat<sup>40</sup>.

#### 3.2.1. Argumente für eine dem § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende „Delegationslösung“

Für die Annahme, auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenständig durchgeführte heilkundliche Maßnahmen seien als ein Fall der Delegation ärztlicher Leistungen anzusehen, spricht zunächst der Wortlaut dieser Vorschrift. Danach handelt es sich bei den in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG beschriebenen Aufgaben – ebenso wie in den Fällen der Buchstaben a und b der Nr. 2 – um solche, bei denen heilkundliche Tätigkeiten durch Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter nur „im Rahmen der Mitwirkung“ an der ärztlichen Versorgung ausgeführt werden sollen. Darüber hinaus sieht die Regelung im zweiten Halbsatz vor, dass diese im Wege der Mitwirkung durchzuführenden Aufgaben vom ÄLRD oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten „standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden“. Die Anordnungsverantwortung für die Durchführung heilkundlicher Maßnahmen verbleibt auf Grund der zeitlich vorweg genommenen standardmäßigen Vorgaben für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen also stets bei den verantwortlichen Ärzten, als diejenigen, die diese Vorgaben für den Einsatz mit der Maßgabe erstellt haben, sie in den vorgegebenen Handlungssituationen standardmäßig anzuwenden. Die Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches Personal ist demgegenüber jedoch – wie oben näher dargelegt<sup>41</sup> – dadurch gekennzeichnet, dass Nichtmediziner im

37 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 24. Mai 2016 (BGBl. I S. 1190).

38 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, Kapitel X: Arztfehler und Haftpflicht, Rn. 57.

39 Vgl. Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4 und eingehend hierzu S. 237 ff.

40 Demgegenüber vertreten Neupert/Sarangi die Auffassung, die Gesetzesbegründung des NotSanG lasse nicht eindeutig erkennen, ob der Gesetzgeber eigenverantwortliche Tätigkeiten von Notfallsanitätern einer dieser beiden in der juristischen Diskussion gebräuchlichen Rechtskonstruktionen habe zuordnen wollen. Es sprächen gewichtige juristische Argumente sowohl für die Annahme einer Delegation als auch einer Substitution, vgl. Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (118).

41 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.1.2.

Rahmen der Substitution nicht nur die Durchführungskompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten übertragen wird, sondern auch die Entscheidungsbefugnis über das „Ob“ einer medizinischen Maßnahme im Sinne der selbständigen, eigenverantwortlichen und damit autonomen Wahrnehmung heilkundlicher Maßnahmen.

Dass der Vorschrift des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG nicht das Regelungsmodell der Substitution ärztlicher Leistungen, sondern das der Delegation zu Grunde liegt, lässt sich auch aus ihrem systematischen Verhältnis zu der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG getroffenen Regelung ableiten. Im Gegensatz zu den jeweils auf einer ärztlichen Anordnung beruhenden Tätigkeiten nach Nr. 2 Buchstabe c wird in der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG die „eigenverantwortliche“ Ausführung medizinischer Maßnahmen beschrieben. Danach sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern – wie oben bereits erwähnt<sup>42</sup> – befähigt werden, medizinische und auch invasive Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eingreifen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen. Voraussetzung für die – zeitlich befristete – Übernahme der eigentlich heilkundlichen Tätigkeiten, die der ärztlichen Behandlung vorbehalten wären, ist in diesen Fällen, dass sich die Patientin und der Patient in einem lebensgefährlichen Zustand befindet oder dass wesentliche Folgeschäden zu befürchten sind, wenn keine unmittelbare Versorgung erfolgt<sup>43</sup>. In derartigen Notfallsituationen sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf Grund der in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der Lage sein, originär ärztliche Tätigkeiten „eigenverantwortlich“ und somit autonom anstelle des nicht rechtzeitig anwesenden Arztes durchzuführen. Damit obliegt der Notfallsanitäterin und dem Notfallsanitäter im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG – anders als in den Fällen der Nr. 2 Buchstabe c – mangels ärztlicher Anordnung nicht nur die Verantwortung für die Durchführung medizinischer Maßnahmen, sondern auch die Entscheidungsprärogative über das „Ob“ einer heilkundlichen Maßnahme. Auch in der Gesetzesbegründung wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass außerhalb dieser besonderen Gegebenheiten Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter bei der Durchführung heilkundigen Tätigkeiten wie üblich nur auf ärztliche Veranlassung tätig werden<sup>44</sup>, eine Substitution ärztlicher Leistungen in den standardmäßig vorgegebenen Handlungssituationen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG also nicht den Vorstellungen des Gesetzgebers entspricht.

Nach alledem dürften die besseren Argumente für die Annahme sprechen, dass der Gesetzgeber mit der in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG getroffenen Regelung die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Form der Delegation heilkundlicher Aufgaben auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter schaffen wollte. Dem steht auch nicht entgegen, dass der Wortlaut des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG insofern von einem sprachlichen Gegensatz geprägt ist, als

---

42 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.2.3

43 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

44 Vgl. auch hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 11689, S. 21.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dafür ausgebildet werden sollen, „im Rahmen der Mitwirkung“ heilkundliche Maßnahmen „eigenständig“ durchzuführen<sup>45</sup>. Der Gesetzgeber hat das Problem des insoweit nicht ganz eindeutigen Wortlauts durchaus gesehen und in der Gesetzesbegründung – wie oben bereits erwähnt<sup>46</sup> – diesbezüglich darauf hingewiesen, auch wenn in den genannten Fällen Tätigkeiten im Einzelfall „eigenständig“ durchgeführt würden, liege insofern immer eine „Mitwirkung“ vor, als sie jedes Mal auf einer ärztlichen Veranlassung beruhten<sup>47</sup>. Diese gesetzgeberische Begründung ist zwar insofern problematisch, als es im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG um Maßnahmen geht, die ausweislich des Gesetzestextes „standardmäßig“ vorgegeben werden, über die also gerade nicht im konkreten Einzelfall ein Arzt entscheidet. Folglich entscheidet dann nicht der ÄLRD, sondern das Rettungsfachpersonal darüber, ob eine in Standardprozeduren beschriebene Situation vorliegt und – je nach den in den Standardprozeduren enthaltenen Spielräumen – wie darauf zu reagieren ist<sup>48</sup>. Hinzu kommt noch, dass schwierige oder gefährliche Maßnahmen oft schon prinzipiell gar nicht delegationsfähig sind<sup>49</sup>. Auch wenn Notfallsanitäterinnen bzw. Notfallsanitätern bei der Entscheidung über die Frage, ob eine standardmäßig vorgegebene notfallmedizinische Behandlungssituation vorliegt und welche heilkundlichen Maßnahmen gegebenenfalls einzuleiten sind, selbst bei streng umrissenen Parametern möglicherweise ein gewisser Beurteilungsspielraum verbleibt, lässt sich ihr – durch die Standardprozeduren festgelegtes – Handeln jedoch gleichwohl als „Mitwirkung“ im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG charakterisieren. Dass die Durchführung dieser Tätigkeiten im Wege der „Mitwirkung“ erfolgt, ergibt sich daraus, dass das Rettungsfachpersonal bei der Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen dieser Vorschrift einer standardmäßig vorgegebenen „Marschroute“ zu folgen hat, die zumindest mittelbar noch auf eine Anordnung des ÄLRD oder entsprechend verantwortliche Ärztinnen oder Ärzte zurückgeht<sup>50</sup>. Den handelnden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ist durch die zuvor von ärztlicher Seite ausgearbeiteten Vorgaben eine so stark konkretisierte Handlungslinie vorgegeben, dass man von einer Art „gebundenen heilkundlichen Maßnahme“ sprechen könnte<sup>51</sup>.

---

45 Nach Lechtleuthner/Neupert handelt es sich bei § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG um eine „seltsame Formulierung“. Denn unter einer „eigenständigen Mitwirkung“ könne man entweder die Zuarbeit verstehen, die man von jeder Art Fachpersonal erwarte, egal, ob der Vorgesetzte anwesend sei oder nicht. Oder die Regelung leide an einem „Selbstwiderspruch“ – Mitwirken könne man nur mit einem anderen gemeinsam, Eigenständigkeit sei das Gegenteil davon; vgl. Lechtleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

46 Vgl. hierzu die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.2.4.

47 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 22.

48 Vgl. Lechtleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

49 Vgl. hierzu näher unten zu Gliederungspunkt 3.2.2.

50 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 93; Lubrich, Das neue Notfallsanitätergesetz: Mehr Rechtssicherheit für Rettungsfachpersonal?, in: MedR 2013, S. 221 (226), Brose, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: VersR 2014, S. 1172 (1175).

51 So Lubrich, Das neue Notfallsanitätergesetz mehr Rechtssicherheit für Rettungsfachpersonal?, in: MedR 2013, S. 221 (226).

Der in dieser Ausarbeitung vertretenen Auffassung, bei den auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG durchgeführten Maßnahmen handele es sich um eine Form der Delegation heilkundlicher Aufgaben, lässt sich auch nicht entgegenhalten, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ausweislich des Gesetzeswortlauts dazu befähigt werden sollen, derartige Maßnahmen „eigenständig“ auszuführen. Der medizinrechtliche Begriff der Delegation ärztlichen Handelns ist – wie oben bereits angesprochen<sup>52</sup> – durch die Übertragung der Durchführungscompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten geprägt. Auch wenn bei der Delegation also nur die Durchführungsverantwortung auf den Delegationsempfänger übergeht, während die Anordnungs- und Überwachungsbefugnis sowie die Verantwortung hierfür beim anordnenden Arzt als delegierende Person verbleiben, erfüllt der Delegationsempfänger die an ihn delegierten Aufgaben dennoch selbstständig bzw. „eigenständig“.

### 3.2.2. Rechtliche Probleme des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegenden „Delegationsmodells“

Die Annahme, auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern „eigenständig“ durchgeführte heilkundliche Maßnahmen seien als ein Fall der zeitlich vorweggenommenen Delegation ärztlicher Leistungen anzusehen, ist allerdings deshalb nicht unproblematisch, weil eine Delegation grundsätzlich nicht nur eine allgemeine, sondern vielmehr eine gesonderte ärztliche Anordnung erfordert<sup>53</sup> und der Entscheidung über die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen in den Fällen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG keine ärztliche Beurteilung des konkreten Patienten vorausgeht. Darin unterscheiden sich die im rettungsdienstlichen Kontext diskutierten Fälle von den bekannten Delegationen im medizinischen Umfeld, bei denen – verkürzt gesagt – die Entscheidung über das „Ob“ einer heilkundlichen Maßnahme durch ärztliches Personal getroffen wird<sup>54</sup>. Die Delegation ärztlichen Handelns im Sinne des in Rechtsprechung und Literatur etablierten Verständnisses dieses Begriffs ist durch einen starken Bezug zum Einzelfall geprägt, bei welcher ein Arzt die Indikationsstellung und die daraus folgenden medizinischen Anordnungen sowie die Personalauswahl jedes Mal konkret verantwortet und lediglich die Durchführungsverantwortung auf nichtärztliches Fachpersonal übergeht<sup>55</sup>. Der Arzt muss danach stets wissen, welcher Mitarbeiter

---

52 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.

53 Vgl. etwa Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, Kapitel X: *Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 57; Steinhilper, *Persönliche Leistungserbringung*, in: *Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht*, Ordnungsziffer 4060, Rn. 88; Peikert, *Persönliche Leistungserbringungspflicht*, in: *Medizinrecht (MedR)*, 2000, S. 352 (356); Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 3; Tellioglu, *Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter*, S. 93.

54 Vgl. Neupert/Sarangi, *Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG)*, in: *Der Notarzt*, 2014 S. 118 (119).

55 Vgl. Lechleuthner/Neupert, *Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst*, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, 2015, S. 413 (416).

welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt vornimmt<sup>56</sup>. Eine pauschale Übertragung heilkundiger Tätigkeiten auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Sinne einer „Generaldelegation“ ist dem Medizinrecht bislang fremd<sup>57</sup> und kommt nach etablierter juristischer Sichtweise deshalb nicht in Betracht<sup>58</sup>.

Standardmäßig vorgegebene heilkundliche Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG, die im medizinischen Sprachgebrauch als sog. standardisierte Handlungsanweisungen oder Standard Operating Procedures (SOP) bezeichnet werden<sup>59</sup>, sollen aber gerade die Möglichkeit eröffnen, ärztliche Behandlungsmaßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu übertragen, ohne dass eine Delegation im konkreten Einzelfall ausgesprochen werden muss. Standardvorgaben beziehen sich auf eine nur durch ihre Symptome gekennzeichnete, aber nicht näher bestimmte Gruppe von Patienten<sup>60</sup>. Um standardisierte Handlungsanweisungen als einen Fall der Delegation ärztlichen Handelns im Sinne des in Rechtsprechung und Literatur etablierten Verständnisses dieses Begriffs erfassen zu können, müssen diese und die maßgeblichen medizinischen Entscheidungen vom ÄLRD oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten deshalb so präzise formuliert werden, dass sie möglichst keinen Bewertungsspielraum enthalten und trotzdem medizinisch sinnvoll sind<sup>61</sup>. Von einer Delegation mit Hilfe von standardisierten Handlungsanweisungen ist also nur dann auszugehen, wenn durch eine SOP weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt werden, also im Grunde keine eigenständigen Entscheidungsfreiräume für eine Behandlung durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter mehr bestehen. Dort, wo SOP Spielräume offen lassen – wie zum Beispiel bei atypischen Verläufen in der Diagnostik – liegt zumindest auch eine Behandlungsentscheidung der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters selbst vor, die eine Delegation ausschließt. Nur soweit im Rahmen einer SOP sichergestellt werden kann, dass der Notfallsanitäter selbst keine Diagnosestellung vornimmt und damit in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit eingreift, folgt das symptombezogene Handeln des Notfallsanitäters einer Weisung, wie sie die Delegation voraussetzt. Bei allen übrigen Fällen

- 
- 56 Vgl. Häser, Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – Was macht eine Tätigkeit „delegationsfähig“?, in: Der Klinikarzt 2008, S. 222 (222); Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 93.
- 57 Vgl. Ufer, Kompetenz soll geregelt werden – Die neue Ausbildungszielbestimmung im NotSanG-E, in: Rettungsdienst, 2012, S. 692 (696); Niehues, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften (BT-Drs. 17/11689), in: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0369(4), S. 5.
- 58 Anderer Ansicht Hadach/Bens, in: Bens/Lipp, Notfallsanitätergesetz – Herausforderungen und Chance, S. 72, die § 4 NotSanG als Beleg dafür sehen, dass nunmehr Generaldelegationen rechtlich zulässig sind.
- 59 SOP stellen verbindliche textliche Beschreibungen der Abläufe in der notfallmedizinischen Versorgung dar und beziehen sich auf wissenschaftliche Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Zur Visualisierung der einzelnen Prozesse werden hierbei in der Regel Algorithmen hinterlegt.
- 60 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter S. 93.
- 61 Vgl. Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienstrecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (119).

handelt sich demgegenüber in der Regel um die Substitution einer ärztlichen Behandlungsscheidung, die ohne gesetzliche Grundlage rechtlich nicht zulässig ist<sup>62</sup>.

Auch wenn man die Möglichkeit einer Delegation ärztlicher Leistungen durch standardisierte Handlungsanweisungen unter den vorgenannten Voraussetzungen grundsätzlich bejaht, kommt eine Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit Hilfe von SOP nur dann in Betracht, wenn die sonstigen von der Rechtsprechung und Literatur herausgearbeiteten Parameter zur Delegation ärztlicher Aufgaben beachtet werden<sup>63</sup>. Danach darf die Gefährdung des Patienten bei der Übernahme einer ärztlichen Tätigkeit durch nichtärztliches Personal nicht erhöht werden<sup>64</sup>. Wesentliche Voraussetzung der Übertragung ärztlicher Maßnahmen auf Nichtmediziner ist also, dass der Patient auch im Fall der Delegation ärztlicher Leistungen eine lückenlos fachqualifizierte und risikobegrenzende Betreuung erhält<sup>65</sup>. Ob und in welchem Umfang der Arzt die Durchführung ihm genuin obliegender Behandlungsmaßnahmen delegieren darf, hängt damit im Wesentlichen von der Art der Leistung, der Schwere des Krankheitsbildes und der Qualifikation der nichtärztlichen Hilfspersonen ab<sup>66</sup>.

Eine Delegation scheidet bereits dort aus, wo es an der sachlichen Delegationsfähigkeit der Leistung fehlt. Nicht delegationsfähig, sondern der eigenhändigen Ausführung durch den Arzt vorbehalten, sind nach nahezu einhelliger Auffassung in Rechtsprechung und Literatur Leistungen, die

- 
- 62 So die überzeugenden Ausführungen im Gesetzentwurf zur Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes und der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893 vom 4. November 2015, S. 15; vgl. hierzu auch Neupert/Sarangi, Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienst/Recht e.V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (119).
- 63 Dass ärztliche Aufgaben unter bestimmten Voraussetzungen auf nichtärztliches Personal delegiert werden können, ist in Rechtsprechung und juristischem Schrifttum unumstritten und allgemein anerkannt, da arbeitsteiliges Zusammenwirken aus der modernen Gesundheitsversorgung nicht mehr hinwegzudenken ist; vgl. hierzu die in diesem Zusammenhang vielzitierte Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 24. Juni 1975 (NJW 1975, 2245, 2246) zur Pflicht eines Arztes, den einwandfreien Zustand eines medizinischen Geräts selbst zu prüfen. Es entspricht dem Bedürfnis der fortschreitenden arbeitsteiligen Medizin, dass die Durchführung vieler Verrichtungen, die ihrer Natur nach ärztliche Maßnahmen darstellen, in zunehmendem Maße auf speziell aus- und weitergebildetes nichtärztliches Personal übertragen wird; vgl. etwa Katzenmeier/Slavu, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungswesen, S. 54.
- 64 Vgl. Oberlandesgericht München, VersR 1994, 1113; Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 179; Hahn, Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Personal, S. 43; Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: MedR 2009, S. 1 (6); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 44.
- 65 Vgl. Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: MedR 2009, S. 1 (6); derselbe, Zulässigkeit der Übertragung von Injektionen auf nichtärztliches Fachpersonal, in: GesR, 2010, S. 119 (120); Spickhoff/Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal, in: MedR 2008, S. 463 (465); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 45.
- 66 Vgl. hierzu statt vieler Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: MedR 2009, S. 1 (6).

in den „Kernbereich ärztlicher Tätigkeit“ fallen<sup>67</sup>. Das sind solche Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Schwierigkeit oder Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen des Patienten ärztliches Fachwissen erfordern und deshalb nur vom Arzt persönlich durchgeführt werden können<sup>68</sup>. Das gilt auch dann, wenn das nichtärztliche Personal im Einzelfall tatsächlich über eine ausreichende fachliche Kompetenz zur Übernahme der Leistung verfügt<sup>69</sup>. Wo genau die Grenze zum Erfordernis ärztlichen Fachwissens verläuft, lässt sich der allgemeinen Definition nicht entnehmen. Die Rechtsprechung hat die Grenzen jedoch unter Bezugnahme auf Stellungnahmen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu den Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen sowie diverser Fachverbände<sup>70</sup> für den Einzelfall konkretisiert. Neben den ausdrücklich normierten Arztvorbehalten<sup>71</sup> zählen danach unter anderem Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Entscheidung über Therapie und Durchführung invasiver Maßnahmen sowie operative Eingriffe und die ärztliche Beratung des Patienten zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit<sup>72</sup>. Ganz überwiegend wird darüber hinaus auch

- 
- 67 Vgl. etwa Oberlandesgericht Dresden, in: MedR 2009, S. 410 (411); Gitter/Köhler, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, S. 50, 55; Hahn, Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben, in: NJW 1981, S. 1977 (1980); Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X. Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 58; Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 6; Peikert, *Persönliche Leistungserbringungspflicht*, in: MedR 2000, S. 352 (355); Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal*, in: MedR 2008, S. 463 (465).
- 68 Vgl. etwa Oberlandesgericht Dresden, in: MedR 2009, S. 410 (411); Narr, *Zur persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes aus der Sicht der GOÄ und des Kassenarztrechtes*, in: MedR 1989, S. 215 (216); Bergmann, *Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal*, in: MedR 2009, S. 1 (6); Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 6; Katzenmeier/Slavu, *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst*, S. 55; Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 45; Gitter/Köhler, *Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht*, S. 55; Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal*, in: MedR 2008, S. 463 (465) mit weiteren Nachweisen.
- 69 Vgl. Steinhilper, *Persönliche Leistungserbringung*, in: *Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht*, Ordnungsziffer 4060, Rn. 86; Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 45.
- 70 Vgl. hierzu und zur Frage der rechtlichen Verbindlichkeit von Empfehlungen und Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften den instruktiven Überblick bei Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 41 ff.
- 71 Vgl. hierzu näher Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 6; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X. Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 58; Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal*, in: MedR 2008, S. 463 (466).
- 72 Vgl. etwa Oberlandesgericht Köln, *VersR* 1993, S. 1487; Oberlandesgericht München, *VersR* 1994, S. 1113; Oberlandesgericht Stuttgart, *VersR* 1993, S. 1358; Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 6; Katzenmeier/Slavu, *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst*, S. 55 f; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X. Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 58; Müssig, *Stellung des ärztlichen Leiters im Rettungsdienst: Einführung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG)*, in: *Der Notarzt*, 2015, S. 15 (15).

die Aufklärung des Patienten dem nicht delegierbaren ärztlichen Bereich zugeordnet<sup>73</sup>. Die Übertragung einer nicht delegierbaren Aufgabe auf nichtärztliches Personal stellt per se einen Behandlungsfehler dar<sup>74</sup>.

Leistungen außerhalb des Kernbereichs ärztlichen Handelns können dagegen auf entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden, soweit ein persönliches Tätigwerden des Arztes nach Art und Schwere des Krankheits- oder Verletzungsbildes bzw. des Eingriffs nicht erforderlich ist und das nichtärztliche Personal die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist<sup>75</sup>. Zu der sachlichen Delegationsfähigkeit muss also die persönliche Eignung des Delegationsempfängers hinzutreten. Der delegierende Arzt hat deshalb jeweils abzuklären, ob die nichtärztliche Kraft über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, um die zur Übertragung anstehende Aufgabe wahrzunehmen<sup>76</sup>. In den Bereich der im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen können unter diesen Voraussetzungen insbesondere Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen fallen<sup>77</sup>.

Dass der Gesetzgeber mit der in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG getroffenen Regelung von den vorgenannten Grundsätzen zur Delegation ärztlichen Handelns abweichen und eine ganz neue Delegationsform begründen wollte, deutet er nicht einmal an. Sinnvollerweise kann man das Gesetz daher nur so verstehen, dass der Gesetzgeber mit dieser Vorschrift auf die von der Rechtsprechung und Literatur zur Delegation ärztlicher Aufgaben herausgearbeiteten Parameter und damit auf einen dem NotSanG vorausliegenden rechtlichen Rahmen Bezug nehmen wollte<sup>78</sup>.

---

73 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X: Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 58; Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 46 mit weiteren Nachweisen in Fußnote 42.

74 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X: Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 57; Laufs/Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 100 Rn. 17; Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal*, in: *MedR 2008*, S. 463 (469, 472).

75 Vgl. hierzu näher Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 8 mit weiteren Nachweisen in Fußnote 15; Katzenmeier/Slavu, *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst*, S. 56 f; Fehn, *Zur rechtlichen Zulässigkeit einer arztfreien Analgosedierung im Rettungsdienst, Teil 1*, in: *Der Notarzt*, 2009, S. 1 (6); Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 46.

76 Vgl. etwa Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X: Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 59; Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal*, in: *MedR 2008*, S. 463 (470); zur Pflicht des Arztes, nichtärztliches Personal sorgfältig auszuwählen, anzuleiten und zu überwachen vgl. eingehend Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 46 ff. sowie Steinhilper, *Persönliche Leistungserbringung*, in: *Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060* Rn. 87 und 89.

77 Vgl. hierzu Kern, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechts*, § 45 Rn. 8; Fehn, *Zur rechtlichen Zulässigkeit einer arztfreien Analgosedierung im Rettungsdienst, Teil 1*, in: *Der Notarzt*, 2009, S. 1 (6); näher zur Delegationsfähigkeit von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen Achterfeld, *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*, S. 55 ff.

78 Vgl. Lechtleuthner/Neupert, *Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst*, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, 2015, S. 413 (416).

Dies bedeutet im Ergebnis, dass der Gesetzgeber mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG lediglich die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation heilkundlicher Aufgaben auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für den Fall geschaffen hat, dass dies rechtlich möglich ist, im NotSanG selbst insoweit aber keinen neuen Zulässigkeitsbestand geregelt hat.

#### **4. Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Berufsausübungsregelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Buchstabe c NotSanG**

##### **4.1. Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer zur Regelung der Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter**

Als Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz für einen Heilberuf regelt das NotSanG – wie oben bereits erwähnt<sup>79</sup> – nicht die Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, also deren Tätigkeit im Rettungsdienst selbst. Regelungen zur Berufsausübung waren im Rahmen des NotSanG nicht möglich, da sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG)<sup>80</sup> auf die „Zulassung“ zum Beruf des Notfallsanitäters beschränkt<sup>81</sup>. Die dem Bundesgesetzgeber in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zugewiesene Materie „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ umfasst im Hinblick auf die ärztlichen Berufe nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur solche Vorschriften, die sich auf Erteilung, Zurücknahme und Verlust der Approbation oder auf die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen<sup>82</sup>. Für die „anderen Heilberufe“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG und damit auch für den des Notfallsanitäters<sup>83</sup> gilt hinsichtlich der „Zulassung“

---

79 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.1.

80 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438).

81 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

82 Vgl. etwa BVerfGE 4 74 (83); 7, 18 (25); 17, 287 (292); 33, 125 (154 f); aus der Literatur vgl. zum Beispiel Oeter, in: von Mangoldt/Klein/Starck, Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Rn. 136; Seiler, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 71; Axer, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 18; Kunig, in: von Münch/Kunig, Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 77.

83 Dass der Beruf des Notfallsanitäters die Anforderungen des Begriffs der „anderen Heilberufe“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG erfüllt, folgt daraus, dass für diesen Beruf – entsprechend den vergleichbaren Gesundheitsfachberufen – die Arbeit an der Patientin oder am Patienten, hier bezogen auf den medizinischen Hilfe in einem Notfall bedürftigen Menschen, kennzeichnend ist. Der Beruf des Notfallsanitäters ist wesentlich davon geprägt, im Rahmen der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten Maßnahmen der Akutversorgung durchzuführen oder die ärztliche Versorgung bei diesen Maßnahmen zu unterstützen. Der Tätigkeitsbereich dient somit der Wiedererlangung, der Verbesserung und der Erhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten (so die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689 S. 17). Zum Begriff der „anderen Heilberufe“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG vgl. aus der Literatur etwa Axer, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 17; von Münch/Kunig, Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 80; Rehborn, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 44 ff.

im Wesentlichen das Gleiche wie für die ärztlichen Heilberufe<sup>84</sup>. Der Bund hat auch insoweit lediglich die Gesetzgebungskompetenz für die Berufszulassung, nicht aber für die Berufsausübung<sup>85</sup>. Zur Berufszulassung ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts<sup>86</sup> nur zu rechnen, was erforderlich ist, um der Zulassungsregelung Gehalt zu geben. Da zu einem bestimmten Beruf zugelassen werde, müsse der Gesetzgeber – so das Bundesverfassungsgericht – den Beruf beschreiben dürfen, zu dem er zulassen wolle, sodass er auch die fachlichen Anforderungen an die Berufsangehörigen, also die für den Beruf typischen Fähigkeiten, regeln könne<sup>87</sup>. Über die Beschreibung des Berufsbildes und die Festlegung der Zulassungsbedürftigkeit hinaus sei er auch befugt, Zulassungsvoraussetzungen und deren Nachweis zu regeln<sup>88</sup>. Von der Kompetenz umfasst sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung außerdem Regelungen über das Prüfungswesen und die Ausbildung sowie die Festlegung der schulischen Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung<sup>89</sup>, wobei Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG im Hinblick auf das Ausbildungswesen einen Zulassungsbezug verlangt und grundsätzlich keine umfassende Kompetenz zur vollumfänglichen Regelung der Ausbildung gibt<sup>90</sup>. Da die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes bei den Heilberufen – anders als beispielsweise bei den Berufen der Rechtsanwälte und Notare (vgl. Art. 71 Abs. 1 Nr. 1 GG) – auf das Zulassungswesen beschränkt ist<sup>91</sup>, gehört all das, was sich nicht auf die Zulassung bezieht, nicht mehr zur konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des

---

84 Vgl. zum Beispiel Rehborn, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 57; Axer, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 18.

85 Vgl. BVerfGE 4, 74 (83); 17, 287 (292); 33, 125 (154 f.); 98, 265 (305); 106, 62 (124); aus der Literatur vgl. etwa Rehborn, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 57 mit weiteren Nachweisen; Steiner/Müller-Terpitz, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Grundgesetz, Art. 74 Rn. 7; Pieroth, in: Jarass/Pieroth (Hrsg.), Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, Art. 74 Rn. 50a; Wittreck, in: Dreier, Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 87.

86 Vgl. insoweit insbesondere BVerfGE 106, 62 (130).

87 Vgl. BVerfGE 106, 62 (130).

88 Vgl. BVerfGE 106, 62 (130).

89 Vgl. BVerfGE 106, 62 (129 ff.); BVerwGE 61, 169 (174 f.); BAGE 35, 173 (176).

90 Vgl. Axer, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 18 unter Verweis auf Rengeling, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Band VI, § 135 Rn. 265, wonach die Substanz der Ausbildung den Ländern vorbehalten bleiben muss, die Regelung von Mindeststandards hingegen noch unmittelbar zulassungsrelevant ist; vgl. zur Frage der Reichweite der Zulassung auch BVerfGE 106, 62 (131) sowie Schnitzler, Das Recht der Heilberufe, S. 186 ff.

91 Vgl. BVerfGE 4, 74 (83); 7, 18 (25); 7, 59 (60), 17, 287 (292); 33, 125 (154 f.); 68, 319 (331 f.); 106, 62 (125).

Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG<sup>92</sup>. Die Zuständigkeit zur Regelung des Rechts der Berufsausübung für die Heilberufe fällt mangels Zuweisung an den Bund deshalb gemäß Art. 70 Abs. 1 GG grundsätzlich in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer<sup>93</sup>.

#### 4.2. Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesländer bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG

Mit den Regelungen des NotSanG hat sich der Bundesgesetzgeber streng an die ihm durch den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gesetzten Grenzen seiner Gesetzgebungszuständigkeit gehalten<sup>94</sup> und keine Vorschriften zur Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter getroffen<sup>95</sup>. Mit der Regelung in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG hat der Gesetzgeber dementsprechend keinen gesetzlichen Erlaubnistatbestand für die Berufsausübung geschaffen, der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern die Befugnis einräumen würde, auf der Grundlage standardisierter Handlungsanweisungen des ÄLRD oder entsprechend verantwortlicher Ärztinnen oder Ärzte eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchzuführen<sup>96</sup>. Die Vorschrift des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG beschränkt sich vielmehr explizit auf eine Beschreibung des Ausbildungsziels. An das Ausbildungsziel des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG anknüpfende Berufsausübungsregelungen zur Befugnis einer Notfallsanitäterin oder

- 
- 92 Vgl. nur BVerfGE 106, 62 (125); auch Regelungen, die die Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Leistungen zum Gegenstand haben, lassen sich nicht auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG stützen, sondern sind Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zuzuordnen, vgl. Rehborn, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 49.
- 93 Vgl. BVerfGE 4, 74 (83); 17, 287 (292); 33, 125 (154 f.); 71, 162 (171 f.); 98, 265 (303); 102, 26 (37); 106, 62 (124 f.); BVerwGE 39, 110 (112); 61, 169 (174 f.); Kunig, in: von Münch/Kunig, Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 78; Oeter, in: von Mangoldt/Klein/Starck, Kommentar zum Grundgesetz, Art. 74 Rn. 136; Seiler, in: Epping/Hillgruber, Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 71; Umbach/Clemens, Grundgesetz, Mitarbeiterkommentar und Handbuch, Art. 74 Rn. 118; Igl, Heilberuferecht in Bewegung – Entwicklungen bei den Gesundheitsfachberufen, in: Freiheit – Gerechtigkeit – Sozial(es) Recht, Festschrift für Eberhard Eichenhofer, 2015, S. 226 (226); Engelmann, Zur rechtlichen Zulässigkeit einer (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit außerhalb des Ortes der Niederlassung, in: MedR 2002, S. 561 (561).
- 94 Vgl. etwa Lippert, Der Notfallsanitäter – nur der Rettungsassistent in einem anderen Kleid?, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, 216 (216).
- 95 Mit seiner Entscheidung vom 24. Oktober 2002 – BVerfGE 106, 62 ff. – hatte das Bundesverfassungsgericht seinerzeit die Regelungen des Altenpflegegesetzes im „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes“ vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513) für verfassungswidrig und daher für nichtig erklärt, weil sie die Grenze zur (unzulässigen) Berufsausübungsregelung überschritten hatten.
- 96 Vgl. etwa Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (118); Lechleutner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (414 ff.); Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e. V., Stellungnahme vom 21. Januar 2013 zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften (BT-Drs. 17/11689) anlässlich der Öffentlichen Anhörung am 30. Januar 2013 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss Drucksache 17(14)0369(3), S. 1.

---

eines Notfallsanitäters, nach Maßgabe standardmäßiger Vorgaben bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, fallen damit grundsätzlich in die ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Länder. Nach der amtlichen Begründung zum NotSanG<sup>97</sup> sollen die inhaltlichen Anforderungen, die an die beruflichen Kompetenzen geknüpft werden und auf die das Ausbildungsziel des § 4 NotSanG ausgerichtet ist, allerdings als Auslegungshilfe herangezogen werden, wenn es um den Umfang und die Grenzen der Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern geht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Gestaltungsmöglichkeiten die Bundesländer bei der Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG haben.

#### 4.2.1. „Delegationslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen

Nach der hier vertretenen Auffassung hat der Bundesgesetzgeber mit der Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine „Delegation“ heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für den Fall geschaffen, dass dies rechtlich möglich ist, ohne bereits im NotSanG selbst einen entsprechenden Zulässigkeitstatbestand zu regeln<sup>98</sup>. Damit wird den Bundesländern die Option eröffnet, in Anknüpfung an das dieser Vorschrift zu Grunde liegende „Delegationsmodell“ in ihren Rettungsdienstgesetzen oder sonstigem Landesrecht Erlaubnistatbestände für die Berufsausübung vorzusehen, mit denen diesem Rettungsfachpersonal die rechtliche Befugnis eingeräumt wird, auf der Grundlage standardisierter Handlungsanweisungen des ÄLRD oder entsprechend verantwortlicher Ärztinnen oder Ärzte bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchzuführen. Eine bundesrechtliche Verpflichtung der Länder, derartige Regelungen zu schaffen, wird man aus der Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG allerdings nicht ableiten können.

#### 4.2.2. „Substitutionslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen

Fraglich ist, ob die Bundesländer auf Grund ihrer Gesetzgebungszuständigkeit für Berufsausübungsregelungen in Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG statt einer solchen „Delegationslösung“ auch Regelungen treffen können, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen der ihnen in der Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen berechtigen, heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich und autonom im Sinne einer Substitution ärztlicher Leistungen auszuüben. Berufsausübungsregelungen der Länder dürfen jedoch – wie auch alle übrigen landesrechtlichen Vorschriften – nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen und können deshalb nur im Einklang mit dem Bundesrecht ausgestaltet werden. Eine „Substitutionslösung“ dürfte den Landesgesetzgebern nach dem derzeit geltenden Bundesrecht jedoch aus folgenden Gründen verwehrt sein:

---

97 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689., S. 16.

98 Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 3.2.

Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG) vom 17. Februar 1939<sup>99</sup>, das – soweit es dem Grundgesetz materiell nicht widerspricht – nach Art. 123 Abs. 1 GG und Art. 125 in Verbindung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG als weitergeltendes Bundesrecht zu behandeln ist<sup>100</sup>, ohne Erlaubnis nur Ärztinnen und Ärzten gestattet (sog. Heilkunde- bzw. Arztvorbehalt). Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf nach § 1 Abs. 1 HeilprG in Verbindung mit der Ersten Durchführungsverordnung zum HeilprG vom 18. Februar 1939<sup>101</sup> dazu der Erlaubnis. Die Ausübung der Heilkunde umfasst nach der gesetzlichen Definition in § 1 Abs. 2 HeilprG jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie von anderen ausgeübt wird. Maßgeblich sind das Erfordernis ärztlicher oder heilkundlicher Fachkenntnisse und die Gefahr gesundheitlicher Schäden<sup>102</sup>. Nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts ist grundsätzlich jede eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsfachberufe ohne ärztliche Verordnung als eine heilkundliche Tätigkeit anzusehen, die ohne Erlaubnis nicht ausgeübt werden darf<sup>103</sup>.

Der Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters ist nach der Gesetzesbegründung zum NotSanG<sup>104</sup> – wie bereits erwähnt<sup>105</sup> – wesentlich davon geprägt, im Rahmen der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten Maßnahmen der Akutversorgung durchzuführen. Der Tätigkeitsbereich dient somit der Wiedererlangung, der Verbesserung und der Erhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten<sup>106</sup>. Bei Teilen dieser Tätigkeit handelt es sich damit um Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 Abs. 2 HeilprG, die nach der Regelung in § 1

- 
- 99 Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702).
- 100 Es sei der Vgl. etwa Laufs, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 10 Rn. 4; Schelling, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, Vorbemerkung zum Heilpraktikergesetz, Rn. 2.
- 101 Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18. Februar 1939 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung vom 4. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4456).
- 102 Vgl. nur BVerwGE 66, 367 (369) = NJW 1984, 1414; BVerwG NVwZ-RR 2010, 111 (112); zum Begriff der Heilkundeausübung im Sinne des § 1 Abs. 2 HeilprG und zur Auslegung und Fortentwicklung des Heilkundebegriffs durch die Rechtsprechung vgl. eingehend Schelling, in: Spickhoff, Medizinrecht, Kommentar, § 1 HeilprG Rn. 7 ff. und Laufs, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 10 Rn. 6.
- 103 So entschieden vom Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 26. August 2009 – 3 C 19/08, in: NVwZ-RR, 2010, 111 (112) im Hinblick auf die Tätigkeit eines Physiotherapeuten, dem es nicht gestattet war, ohne ärztliche Verordnung physiotherapeutische Methoden zur Krankenbehandlung anzuwenden, solange er nicht über eine Erlaubnis im Sinne des § 1 Abs. 1 HeilprG verfügte.
- 104 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 17.
- 105 Vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 3.3.1.
- 106 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 17.

Abs. 1 HeilprG ohne Erlaubnis nur Ärztinnen und Ärzten gestattet ist<sup>107</sup>. Im Rahmen der amtlichen Begründung zu der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG, wonach Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dazu befähigt werden sollen, eigenverantwortlich medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen<sup>108</sup>, wird darauf hingewiesen, dass es sich in diesen Fällen um die Übernahme „eigentlich heilkundlicher Tätigkeiten“ handle, die grundsätzlich der ärztlichen Behandlung vorbehalten seien<sup>109</sup>. Bei einer an das Ausbildungsziel des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG anknüpfenden landesgesetzlichen Substitutionsregelung wären auch die dort genannten Tätigkeiten als Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 Abs. 2 HeilprG zu qualifizieren, da diese Maßnahmen als Teilmenge der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG aufgeführten Tätigkeiten anzusehen sind<sup>110</sup>.

Einer „Substitutionslösung“ der Bundesländer dürfte deshalb der bundesrechtlich in § 1 Abs. 1 HeilprG geregelte Arztvorbehalt entgegenstehen. Die Zuständigkeit der Länder zur Regelung des Rechts der Berufsausübung für die Heilberufe umfasst nicht die Kompetenz, Ausnahmen von diesem Arztvorbehalt zu regeln<sup>111</sup>. Bei dem HeilprG handelt es sich um ein Gesetz, das die Berufszulassung regelt<sup>112</sup>. Eine gesetzliche Regelung, mit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eine Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde erteilt würde, fiel deshalb als Spezialregelung zu § 1 Abs. 1 HeilprG in die alleinige Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG<sup>113</sup>. Eine derartige Öffnung des Heilkundevorbehaltes hat der Bundesgesetzgeber im NotSanG aber gerade nicht vorgesehen. Die im Gesetzgebungsverfahren im Anschluss an einen entsprechenden Vorschlag des Bundesrates<sup>114</sup> von der Fraktion der SPD angeregte Einfügung eines § 4a NotSanG, durch den geregelt werden sollte, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 c NotSanG die Heilkunde

---

107 So der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689 (Anlage), S. 31.

108 Vgl. zu dieser Bestimmung die Ausführungen oben zu Gliederungspunkt 2.2.3.

109 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

110 Demgegenüber führt die Delegation ärztlichen Handelns auf Assistenzpersonal dazu, dass dieses in Bezug auf die delegierte Maßnahme die Heilkunde gerade nicht selbst ausübt, vgl. hierzu BVerwGE 35, 308 (312); OLG Oldenburg, NJW 1980, 652; Schelling, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, § 1 HeilprG Rn. 10; Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

111 Vgl. Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienstrecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (118).

112 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 101; so der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689, S. 31.

113 So zu Recht der Bundesrat in einer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689, S. 31.

114 Vgl. die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/11689, S. 30 f.

bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung ausüben dürfen, die Bestimmung des § 1 Abs. 1 HeilPrG insoweit also keine Anwendung finde<sup>115</sup>, ist im Ausschuss für Gesundheit abgelehnt worden<sup>116</sup>. Diese ausdrückliche Ablehnung spricht dafür, dass der Gesetzgeber den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gerade keine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde erteilen wollte<sup>117</sup>. Dies wird auch dadurch deutlich, dass der Bundesgesetzgeber eine § 4a NotSanG entsprechende Ausnahme vom Heilkundevorbehalt zum Beispiel in das Altenpflegegesetz<sup>118</sup> (vgl. § 1 Satz 2 AltPflG)<sup>119</sup> und das Krankenpflegegesetz<sup>120</sup> (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG)<sup>121</sup> aufgenommen hat, in denen ausdrücklich normiert wurde, dass die dort genannten Berufsangehörigen in begrenztem Umfang eine Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten haben<sup>122</sup>. Da dem Bundesgesetzgeber bei der Schaffung des NotSanG die Regelungen des HeilPrG bekannt waren und er – wie dargelegt – die Möglichkeit gehabt hätte, in Form eines Spezialgesetzes eine andere Regelung zu schaffen, hiervon aber bewusst Abstand genommen hat, kann die generelle Geltung des Arztvorbehalts im Rettungsdienst nicht in Abrede gestellt werden<sup>123</sup>. Die noch unter Geltung des RettAssG kontrovers diskutierte Frage, ob nichtärztliches Rettungsfachpersonal dem Heilkundevorbehalt unterliegt, hat sich

---

115 Vgl. den Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 17(14)389.2

116 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 17/11689 – Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, in: BT-Drs. 17/12524, S. 24 f.

117 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 107; Lechtleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416 f.); Neupert/Saranghi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum “Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014 S. 118 (118).

118 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Art. 34 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).

119 Nach § 1 Satz 1 AltPflG dürfen die Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ nur Personen führen, denen die Erlaubnis dazu erteilt worden ist. Personen mit einer Erlaubnis nach dieser Bestimmung, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 AltPflG verfügen, sind gemäß § 1 Satz 2 AltPflG im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.

120 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).

121 Wer eine der Berufsbezeichnungen 1. „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Krankenpfleger“ oder 2. „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ führen will, bedarf nach § 1 Abs. 1 Satz 1 KrPflG der Erlaubnis. Personen mit einer Erlaubnis nach dieser Vorschrift, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG verfügen, sind gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.

122 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 107 f.

123 Vgl. etwa Brose, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: VersR 2014, S. 1172 (1175).

deshalb nach derzeitiger Rechtslage erledigt<sup>124</sup>. Zusammenfassend ist damit im Ergebnis festzustellen, dass einer „Substitutionslösung“ der Bundesländer der in § 1 Abs. 1 HeilprG verankerte Arztvorbehalt entgegensteht.

---

124 Eine generelle Unanwendbarkeit des § 1 HeilprG im Rettungsdienst lag vor Inkrafttreten des NotSanG am 1. Januar 2014 noch nahe, da die Gesetzeslage bis zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht erkennen ließ, wo die Grenze zwischen regelhaften Aufgaben des Rettungsfachpersonals und ihnen nur in Notfällen zustehenden Kompetenzen verlief. Nachdem der Gesetzgeber nun aber durch § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zum Ausdruck gebracht hat, dass nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal nur für bestimmte Bereichsausnahmen die Ergreifung invasiver Maßnahmen gestattet werden darf, kann konsequenterweise die generelle Geltung eines Arztvorbehalts im Rettungsdienst nicht mehr in Abrede gestellt werden; vgl. Brose, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: VersR 2014, S. 1172 (1175) mit Nachweisen in Fußnote 34 zum Streitstand vor Inkrafttreten des NotSanG.

## 5. Derzeitiger Stand der Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG in den Bundesländern

### 5.1. Überblick

Um dem durch das NotSanG neu geschaffenen Berufsbild der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurden mittlerweile in Baden-Württemberg<sup>125</sup>, Bayern<sup>126</sup>, Brandenburg<sup>127</sup>, Bremen<sup>128</sup>, Mecklenburg-Vorpommern<sup>129</sup>, Nordrhein-Westfalen<sup>130</sup>, Sachsen<sup>131</sup>, Schleswig-Holstein<sup>132</sup> und Thüringen<sup>133</sup> und damit in mehr als der Hälfte der Bundesländer Gesetze zur

- 
- 125 Vgl. Art. 1 des „Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes“ vom 17. Dezember 2015 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg [GBl.] S. 1182), mit dem das „Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)“ in der Fassung vom 8. Februar 2010 (GBl. S. 285), das zuletzt durch Art. 32 der Verordnung vom 25. Januar 2012 (GBl. S. 65, 68) geändert worden war, mit Wirkung zum 30. Dezember 2015 geändert wurde.
- 126 Vgl. das „Gesetz zur Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes und der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes“ vom 8. März 2016 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt [GVBl.] S. 30), mit dem das Bayerische Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 (GVBl.) S. 429), das zuletzt durch Artikel 9a Abs. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (GVBl. S. 458) geändert worden war, mit Wirkung zum 1. April 2016 geändert wurde.
- 127 Vgl. Art. 1 der „Ersten Verordnung zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung“ vom 10. Juni 2014 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg, Teil II – Verordnungen [GVBl. II] Nr. 33), mit der die Landesrettungsdienstplanverordnung (LRDPV) vom 24. Oktober 2011 (GVBl. II Nr. 64) mit Wirkung zum 13. Juni 2014 geändert wurde.
- 128 Vgl. das am 1. Juli 2016 in Kraft getretene „Bremische Hilfeleistungsgesetz (BremHilfeG)“ vom 21. Juni 2016 (Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen [Brem.GBl.] S. 348), mit dem das Bremische Hilfeleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. März 2009 (Brem.GBl. S. 105), das zuletzt durch Art. 3 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (Brem.GBl. S. 464) geändert worden war, außer Kraft getreten ist.
- 129 Vgl. das am 1. Mai 2015 in Kraft getretene „Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V)“ vom 9. Februar 2015 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Mecklenburg-Vorpommern [GVOBl. M-V] S. 50), mit dem das Rettungsdienstgesetz vom 1. Juli 1993 (GVOBl. M-V S. 623), das zuletzt durch Art. 8 des Gesetzes vom 17. Dezember 2003 (GVOBl. M-V vgl. 2004 S. 2) geändert worden war, außer Kraft getreten ist.
- 130 Vgl. Art. 1 des „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes NRW“ vom 25. März 2015 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen [GV. NRW] S. 305), mit dem das Rettungsdienstgesetz NRW (RettG NRW) vom 24. November 1992 (GV. NRW S. 458), das zuletzt durch Gesetz vom 18. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 670) geändert worden war, mit Wirkung zum 1. April 2015 geändert wurde.
- 131 Vgl. Art. 1 der „Fünften Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung vom 18. Dezember 2014 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt [SächsGVBl.] S. 3), mit dem die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Rettungsplanung im Freistaat Sachsen (Sächsische Landesrettungsdienstplanverordnung – SächsLRettDPVO) vom 5. Dezember 2006 (SächsGVBl. S. 532), die zuletzt durch Art. 2 der Verordnung vom 19. April 2013 (SächsGVBl. S. 239) geändert worden war, mit Wirkung zum 31. Januar 2015 geändert wurde.
- 132 Vgl. Art. 1 des „Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport“ vom 24. Juli 2015 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein [GVOBl. Schl.-H.] S. 304), mit dem das Rettungsdienstgesetz (RDG) vom 29. November 1991 (GVOBl. Schl.-H. S. 579, ber. 1992 S. 32), das zuletzt durch Art. 2 des Gesetzes vom 13. Juli 2011 (GVBl.Schl.-H. S. 218) geändert worden war, mit Wirkung zum 28. August 2015 geändert wurde und die am 1. Januar 2014 in Kraft getretene „Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes (DVO-RDG) vom 22. Oktober 2013 (GVOBl. Schl.-H. S. 418).

Änderung der jeweiligen Rettungsdienstgesetze oder zumindest Änderungen der Landesrettungsdienstplanverordnungen oder sonstiger Durchführungsverordnungen erlassen. In Berlin<sup>134</sup>, Hamburg<sup>135</sup>, Hessen<sup>136</sup>, Niedersachsen<sup>137</sup>, Rheinland-Pfalz<sup>138</sup> und im Saarland<sup>139</sup> sowie in Sachsen-Anhalt<sup>140</sup> haben die Landesgesetzgeber – soweit ersichtlich – zumindest ihre Rettungsdienstgesetze bislang noch nicht entsprechend angepasst.

In Umsetzung der durch das NotSanG geänderten bundesrechtlichen Berufszulassungsregelungen beschränken sich die Novellierungen der Rettungsdienstgesetze und die sonstigen Änderungen

- 
- 133 Vgl. Art. 1 des „Thüringer Gesetzes zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes“ vom 10. Juni 2014 (Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen [GVBl.] S. 159), mit dem das Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG) vom 16. Juli 2008 (GVBl. 233) mit Wirkung zum 1. Januar 2015 geändert wurde.
- 134 Vgl. das „Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz – RDG) vom 8. Juli 1993, (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin [GVBl.] S. 313), zuletzt geändert durch die Nr. 33 der Anlage des Gesetzes vom 4. März 2005 (GVBl. S. 125).
- 135 Vgl. das „Hamburgische Rettungsdienstgesetz (HmbRDG) vom 9. Juni 1992 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I [HmbGVBl.] S. 117), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 19. April 2011 (HmbGVBl. S. 123).
- 136 Vgl. das „Hessische Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen [GVBl.] S. 646), zuletzt geändert durch Art. 69 des Gesetzes vom 13. Dezember 2012 (GVBl. S. 622).
- 137 Vgl. das „Niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) in der Fassung vom 2. Oktober 2007 (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt [Nds GVBl.] S. 473), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 7. Dezember 2012 (Nds. GVBl. S. 548).
- 138 Vgl. das „Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz – RettDG) in der Fassung vom 22. April 1991 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz [GVBl.] S. 217), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 254).
- 139 Vgl. das „Gesetz Nr. 1328 – Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) vom 9. Februar 1994 in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsblatt des Saarlandes [Amtsbl.] S. 170), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 25. Oktober 2011 (Amtsbl. I S. 418).
- 140 Vgl. das „Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettDG LSA) vom 18. Dezember 2012 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt [GVBl. LSA] S. 624), zuletzt geändert durch Art. 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2014 (GVBl. LSA S. 288, 341).

landesrechtlicher Vorschriften in Baden-Württemberg<sup>141</sup>, Brandenburg<sup>142</sup>, Bremen<sup>143</sup>, Mecklenburg-Vorpommern<sup>144</sup>, Sachsen<sup>145</sup> und Thüringen<sup>146</sup> im Wesentlichen auf eine Neuregelung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und bei der Besetzung der Notfallrettungsmittel. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hat der Landes- bzw. Ordnungsgeber – über eine Neufassung derartiger Bestimmungen zur Besetzung der Rettungsmittel hinaus<sup>147</sup> – auch Regelungen geschaffen, mit denen in diesen Bundesländern eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) eingeführt wurde<sup>148</sup>.

Eine Regelung, mit der explizit an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsieht, dass die ÄLRD für ihren Rettungsdienstbe-

- 
- 141 Vgl. § 9 Abs. 1 bis 3 RDG in der Fassung von Art. 1 Nr. 7 des „Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes“ vom 17. Dezember 2015 (GBl. S. 1182) und die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes, in: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/7612 vom 27. Oktober 2015, S. 1 f., 18 ff.
- 142 Vgl. § 6 Abs. 2 bis 8 LRDPV in der Fassung der „Ersten Verordnung zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 10. Juli 2014 (GVBl. II Nr. 33).
- 143 Vgl. § 30 Abs. 4 und 5 BremHilfeG in der Fassung des „Bremischen Hilfeleistungsgesetzes“ vom 21. Juni 2016 (Brem.GBl. S. 348) und die diesbezügliche Begründung in der Mitteilung des Senats, Entwurf eines Bremischen Hilfeleistungsgesetzes, in: Bremische Bürgerschaft, Landtags-Drucksache 19/358 vom 19. April 2016, S. 31 und 33.
- 144 Vgl. § 4 Abs. 2, 3, 5 und 6 RDG M-V in der Fassung des „Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern“ vom 9. Februar 2015 (GVBl. M-V S. 50) und die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (RDG) in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 6/3324 vom 30. September 2014, S. 1 f., 31 und 39 ff.
- 145 Vgl. § 7 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 5 und 6 sowie § 8 Abs. 1 Nr. 1 SächsLRettDPVO in der Fassung von Art. 1 der „Fünften Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung vom 18. Dezember 2014 (SächsGVBl. S. 3.
- 146 Vgl. § 14 Abs. 4 und § 16 Abs. 2 ThürRettG in der Fassung von Art. 1 des „Thüringer Gesetzes zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes“ vom 10. Juni 2014 (GVBl. S. 159) und die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Thüringer Gesetz zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes, in: Thüringer Landtag, Drucksache 5/6556 vom 30. August 2013, S. 1 f. und 13.
- 147 Vgl. für Nordrhein-Westfalen § 4 Abs. 3 und 4 RettG NRW in der Fassung von Art. 1 Nr. 6 des „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes NRW“ vom 25. März 2015 (GV. NRW S. 305) und für Schleswig-Holstein § 3 Abs. 1 und 2 RDG in der Fassung von Art. 1 Nr. 1 des „Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und dem Krankentransport“ vom 24. Juli 2015 (GVBl. Schl.-H. S. 304).
- 148 Vgl. für Nordrhein-Westfalen § 7 Abs. 3 RettG NRW und die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes NRW, Landtag Nordrhein Westfalen, Drucksache 16/6088 vom 18. Juni 2014 S. 34 sowie Stollmann, Neues zum Landesgesundheitsrecht – Novellierungen des KHGG NRW und des RettG NRW, in: Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter (VBl.), 2016, S. 89 (96). Für Schleswig-Holstein vgl. § 12 der Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes (DVO-RDG) vom 22. Oktober 2013 (GVBl. Schl.-H. S. 418).

reich Aufgaben im Rahmen dieser Vorschrift auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren sollen, besteht – soweit ersichtlich – bislang nur im Freistaat Bayern<sup>149</sup>. Im Land Berlin hat der Senat dem Abgeordnetenhaus Berlin am 1. Juni 2016 jedoch den Entwurf eines „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes“ zur Beschlussfassung vorgelegt<sup>150</sup>, mit dem in Umsetzung des NotSanG auch in Berlin eine ÄLRD eingeführt werden soll, die – ähnlich wie in Bayern – insbesondere die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren<sup>151</sup>. Die Rettungsdienstgesetze bzw. die zu deren Durchführung erlassenen Landesrechtsverordnungen in Brandenburg<sup>152</sup>, Sachsen<sup>153</sup> und Schleswig-Holstein<sup>154</sup> nehmen bei der Aufgabenbeschreibung der ÄLRD – anders als in Bayern – zwar nicht ausdrücklich auf die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG Bezug. Das Landesrecht in diesen Bundesländern enthält jedoch Regelungen zur Organisation und zu den Aufgaben der Ärztlichen Leitung eines Rettungsdienstbereiches, die als rechtliche Grundlage für die Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Betracht kommen. Abschließend soll noch kurz auf die Rechtslage in Hamburg eingegangen werden<sup>155</sup>, die deshalb von Interesse ist, weil nach Auffassung des dortigen Senats keine Änderungen an hamburgischen Gesetzen erforderlich sind, um Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in die Lage zu versetzen, die in der Ausbildung gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG vermittelten Inhalte einsetzen zu können.

## 5.2. Bayern

In Umsetzung des NotSanG wurde in Bayern – wie bereits erwähnt – das „Gesetz zur Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes und der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes“ vom 8. März 2016<sup>156</sup> beschlossen, das nach § 3 dieses Änderungsgesetzes am 1. April 2016 in Kraft getreten ist.

Um dem durch das NotSanG neugeschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurde durch § 1 Nr. 17 des Änderungsgesetz zum einen die Besetzung der Notfallret-

---

149 Zur Rechtslage in Bayern vgl. eingehend unten zu den Gliederungspunkten 5.2.

150 Vgl. Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963 vom 1. Juni 2016.

151 Zu den geplanten Regelungen in Berlin vgl. eingehend unten zu Gliederungspunkt 5.3.

152 Zur Rechtslage in Brandenburg vgl. im Einzelnen unten zu Gliederungspunkt 5.4.

153 Zur Rechtslage in Sachsen vgl. im Einzelnen unten zu Gliederungspunkt 5.5.

154 Zur Rechtslage in Schleswig Holstein vgl. im Einzelnen und zu Gliederungspunkt 5.6.

155 Vgl. hierzu die Ausführungen zu Gliederungspunkt 5.7.

156 GVBl S. 30; berichtigt GVBl 2016, S. 71.

tungsmittel im Hinblick auf die Qualifikation des nichtärztlichen medizinischen Personals angepasst<sup>157</sup>. Die Bestimmung des Art. 43 Abs. 1 Satz 2 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) sieht nunmehr vor, dass bei der Notfallrettung, die gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 BayRDG die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten am Notfallort und den Notfalltransport umfasst<sup>158</sup>, mindestens eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter zur Betreuung des Patienten einzusetzen ist. Beim arztbegleiteten Patiententransport<sup>159</sup> mit Rettungswagen muss der Patient nach Art. 43 Abs. 5 Satz 1 BayRDG durch einen Verlegungsarzt mit Notarztqualifikation oder einen Krankenhausarzt mit Notarztqualifikation sowie einen Notfallsanitäter betreut werden. Die neugefasste Vorschrift des Art. 43 Abs. 5 Satz 4 Halbsatz 1 BayRDG legt darüber hinaus fest, dass im Intensivtransport zur Patientenbetreuung durch nichtärztliches Personal auf dem Intensivtransportwagen<sup>160</sup> mindestens eine Notfallsanitäterin bzw. ein Notfallsanitäter oder eine Krankenpflegerin bzw. ein Krankenpfleger eingesetzt werden müssen. Für den Übergang vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter als zwingender Qualifikation für die Besetzung eines Notfallrettungsmittels zur Patientenbetreuung wurde ein Zeitraum von zehn Jahren ab Inkrafttreten des NotSanG vorgegeben<sup>161</sup>. Die Übergangsvorschrift des Art. 55 Abs. 4 Satz 1 BayRDG, die auf § 1 Nr. 22 des Änderungsgesetzes zurückgeht, sieht insoweit vor, dass längstens bis einschließlich 31. Dezember 2023 anstelle der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters in den Fällen des Art. 43 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 1 und 4 des BayRDG eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent eingesetzt werden kann. Die weiteren Vorschriften des BayRDG wurden redaktionell an den neuen Gesundheitsfachberuf des Notfallsanitäters angepasst.

- 
- 157 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893 vom 4. November 2015, S. 3, 12 und 17.
- 158 Notfallpatienten sind nach der Begriffsbestimmung in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 BayRDG Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Notfallmedizinische Versorgung sind gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 3 BayRDG die medizinischen Maßnahmen zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden sowie zur Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatienten. Nach der Legaldefinition des Art. 2 Abs. 2 Satz 4 BayRDG ist Notfalltransport die Beförderung von Notfallpatienten unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung.
- 159 Arztbegleiteter Patiententransport ist, mit Ausnahme von Notfalltransporten, die Beförderung von Patienten, die während der Beförderung aus medizinischen Gründen der Betreuung oder Überwachung durch einen Verlegungsarzt oder durch einen geeigneten Krankenhausarzt bedürfen (vgl. die Legaldefinition in Art. 2 Abs. 4 Satz 1 BayRDG).
- 160 Intensivtransportwagen sind nach der Begriffsbestimmung in Art. 2 Abs. 7 Satz 4 BayRDG Krankenkraftwagen, die für den Transport intensivüberwachungspflichtiger und intensivbehandlungsbedürftiger Patienten besonders eingerichtet und mit ärztlichem und nichtärztlichem medizinischen Personal besetzt sind.
- 161 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 3 und 12.

### 5.2.1. Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen auf Notfallsanitäter als neue Aufgabe des ÄLRD nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG

Neben einer grundlegenden Neuordnung und weitgehenden Anpassung der Struktur der ÄLRD in Bayern an die staatliche Struktur<sup>162</sup> wurden durch § 1 Nr. 11 des Änderungsgesetzes auch die – nunmehr in Art. 12 BayRDG geregelten – Aufgaben und Befugnisse des ÄLRD präzisiert und um die Vorgabe und laufende Überprüfung standardisierter heilkundlicher Maßnahmen einschließlich Medikamentengabe für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder ergänzt, die für eine eigenständige Durchführung durch den Notfallsanitäter geeignet sind<sup>163</sup>. Nach der Neufassung des Art. 12 Abs. 1 Satz 1 BayRDG haben die ÄLRD die Aufgabe, im Zusammenwirken mit den innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs im Rettungsdienst Mitwirkenden die Qualität rettungsdienstlicher Leistungen zu sichern und zu verbessern. Sie sollen dazu insbesondere die in Art. 12 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 6 BayRDG aufgeführten Aufgaben wahrnehmen.

Mit der neuen Nr. 6 des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 BayRDG wurde eine neue Aufgabe für die ÄLRD aufgenommen – die Delegation der Durchführung heilkundiger Maßnahmen an zukünftige Notfallsanitäter<sup>164</sup>. Nach dieser Bestimmung sollen die ÄLRD für ihren Rettungsdienstbereich Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des NotSanG auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren, soweit sie eine persönliche ärztliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern.

### 5.2.2. Erforderlichkeit der Neuregelung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG

Mit der Regelung in Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG hat der Landesgesetzgeber in Bayern – ausweislich des Wortlauts dieser Vorschrift und der amtlichen Begründung hierzu<sup>165</sup> – an das Ausbildungsziel des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft, wonach – wie oben im Einzelnen ausgeführt – die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter befähigt werden sollen, heilkundliche Maßnahmen, die vom ÄLRD bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden, eigenständig durchzuführen. Diese vom Bundesgesetzgeber vorgesehene Delegation einfacher ärztlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch den ÄLRD sei jedoch – so wird im Allgemeinen Teil der amtlichen Begründung zur Erforderlichkeit der Neuregelung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG dargelegt – in der landesrechtlichen Aufgabenbeschreibung des ÄLRD bislang nicht vorgesehen. Die ÄLRD in Bayern forderten daher im Interesse der Rechtssicherheit für sich selbst, aber auch für die künftigen Notfallsanitäter eine landesrechtliche Regelung. Bevor diese

---

162 Vgl. hierzu näher die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 3 f., 12.

163 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 3, 12.

164 So die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 15.

165 Vgl. insoweit die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 1, 11.

bestehe, lehnten die ÄLRD eine Delegation ärztlicher Maßnahmen im Rettungsdienst ab<sup>166</sup>. Da mit der Anerkennung der ersten Notfallsanitäter in Bayern durch die Ergänzungsprüfung für Rettungsassistenten voraussichtlich zum Jahresende 2015 zu rechnen sei, müsse bis dahin die Frage der Kompetenzen in der Berufsausübung für diese neue Berufsgruppe geklärt sein, um die vom NotSanG vorgesehene Ausweitung der Tätigkeit des Notfallsanitäters umsetzen zu können<sup>167</sup>.

#### 5.2.3. Voraussetzungen und Grenzen einer Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäter nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG

Im Besonderen Teil der amtlichen Begründung zu der neuen Vorschrift des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG wird zunächst erläutert, unter Delegation im Bereich des ärztlichen Handelns verstehe man die unter fachlicher Verantwortung des Arztes stehende einmalige oder wiederholte Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal<sup>168</sup>. Durch die Einführung von standardmäßig vorgegebenen heilkundlichen Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen durch den ÄLRD könnten – so wird in der Begründung weiter ausgeführt – künftig ärztliche Behandlungsmaßnahmen oder die Gabe von Medikamenten auf den Notfallsanitäter übertragen werden, ohne dass diese Delegation im konkreten Einzelfall ausgesprochen werden müsse<sup>169</sup>. Von einer Delegation mit Hilfe von SOP sei nur dann auszugehen, wenn durch eine SOP weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt würden, also im Grunde keine eigenständigen Entscheidungsfreiräume für eine Behandlung durch den Notfallsanitäter mehr bestünden. Dort, wo SOP Spielräume offen ließen (wie zum Beispiel bei atypischen Verläufen in der Diagnostik), liege zumindest auch eine Behandlungsentscheidung des Notfallsanitäters selbst vor, die eine Delegation ausschließe. Nur soweit im Rahmen einer SOP sichergestellt werden könne, dass der Notfallsanitäter nicht eine Diagnosestellung vornehme und damit in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit eingreife, folge das symptombezogene Handeln des Notfallsanitäters einer Weisung, wie sie die Delegation voraussetze. Bei allen übrigen Fällen handele es sich in der Regel um die Substitution einer ärztlichen Behandlungsentscheidung, die – so heißt es in der Gesetzesbegründung – vorliegend weder gewünscht noch zulässig sei. Welche Maßnahmen konkret delegierbar sind, soll der amtlichen Begründung zufolge bayernweit einheitlich von den ÄLRD im Einvernehmen mit den Bezirks- und dem Landesleiter bestimmt werden. Derartige landesweit geltende Vorgaben der ÄLRD liegen – soweit ersichtlich – bislang nicht vor.

#### 5.2.4. Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht des delegierenden Arztes

In der amtlichen Begründung zu der Neuregelung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG finden sich auch Erläuterungen zur Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht des delegierenden

---

166 So die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 1 und 11.

167 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 1 und 11.

168 Vgl. hierzu und zum Folgenden die Begründung zu Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 10/8893, S. 15.

169 Vgl. hierzu und zum Folgenden die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 10/8893, S. 15.

Arztes<sup>170</sup>. Mit Blick auf die Auswahlpflicht für den Durchführenden der Behandlung dürfe der ÄLRD – so heißt es in der Begründung – bei Vorliegen einer entsprechenden formalen Qualifikation darauf vertrauen, dass der Delegationsempfänger nach Abschluss seiner dreijährigen Ausbildung generell für die Tätigkeit geeignet sei. Der neue Gesundheitsfachberuf des Notfallsanitäters fordere das Beherrschen vielfältiger medizinischer Fähigkeiten. Auf Grund der hohen Ausbildungsqualifikation sei daher grundsätzlich davon auszugehen, dass er geeignet sei, im Rahmen einer Delegation auch definierte heilkundliche Maßnahmen durchzuführen.

Mit der Anleitungspflicht werde sichergestellt, dass das nichtärztliche Personal sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht mit der durchzuführenden Maßnahme vertraut sei. Regelmäßige Einweisungen bzw. Wiederauffrischungsveranstaltungen für alle Notfallsanitäter durch die ÄLRD seien insoweit ausreichend, dieser Verpflichtung nachzukommen. Im Hinblick auf die Überwachungspflicht des delegierenden Arztes wird in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass die Sorgfaltsanforderungen an die Aufsicht durch den Arzt umso höher seien, je höher sich die Komplikationsdichte der ärztlichen Behandlung darstelle. Im Gegenzug würden die Anforderungen an eine Überwachung mit steigender Qualifikation des nichtärztlichen Personals sinken. Auch im Rettungsdienst werde eine Kontrollpflicht gefordert, die dem delegierenden Arzt – hier dem ÄLRD – obliege. Genaue Kriterien, wann und wie oft kontrolliert werden müsse, gebe es allerdings nicht. Dies müsse vielmehr im Einzelfall, je nach Intensität der Maßnahme, bestimmt werden. Vorstellbar seien durchgängige Kontrollen wie die Protokollbesprechung und Fallvorstellung bei ausgewählten Maßnahmen durchgeführter Einsätze oder unterjährig stichpunktartige Leistungskontrollen zum Beispiel durch Wissensabfragen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen.

#### 5.2.5. Nichterforderlichkeit der persönlichen ärztlichen Kenntnis des Patienten als Voraussetzung der Zulässigkeit einer Delegation nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG

Die neue Bestimmung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG sieht – wie oben bereits erwähnt – vor, dass nur solche Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des NotSanG auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegiert werden dürfen, die eine persönliche ärztliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern. Diese Regelung dient der Gesetzesbegründung zufolge<sup>171</sup> der Vermeidung etwaiger berufsrechtlicher Konflikte für die delegierenden ÄLRD im Hinblick auf einen Verstoß gegen das Fernbehandlungsverbot in § 7 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärzte Bayern (BOÄ). Im Falle der in Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG vorgesehenen Delegation gehe es – so wird in der Begründung ausgeführt – um die Frage, ob der künftige Notfallsanitäter tätig werden dürfe, ohne dass ein Notarzt vor Ort ist bzw. ohne Nachalarmierung/Nachforderung des Notarztes. Da die Behandlung dabei auf der Grundlage einer allgemeinen ärztlichen Weisung für bestimmte Zustandsbilder standardisiert durch SOP vorgegeben werde, ohne dass der delegierende oder ein anderer Arzt den Patienten sehe, solle mit der Regelung klargestellt werden, dass eine solche Praxis zulässig sei.

---

170 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 11/8893, S. 15f.

171 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drucksache 17/8893, S. 16.

### 5.3. Berlin

In Berlin ist der Rettungsdienst – wie bereits erwähnt – derzeit noch im „Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz – RDG)“ vom 8. Juli 1993<sup>172</sup> geregelt, das zuletzt durch die Nr. 33 der Anlage des Gesetzes vom 4. März 2005<sup>173</sup> geändert wurde. Der Senat von Berlin hat dem Abgeordnetenhaus Berlin am 1. Juni 2016 jedoch den Entwurf eines „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes“ (RDG-E) zur Beschlussfassung vorgelegt<sup>174</sup>, mit dem in Umsetzung des am 1. Januar 2014 in Kraft getretenen NotSanG eine grundlegende Überarbeitung des RDG zugunsten der Berliner Notfallrettung angestrebt wird<sup>175</sup>. Der Gesetzentwurf wurde mittlerweile am 9. Juni 2016 in erster Lesung im Abgeordnetenhaus Berlin behandelt und befindet sich derzeit in der Ausschussberatung.

Um dem durch das NotSanG neugeschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin Rechnung zu tragen, soll durch Art. 1 Nr. 12 Buchstabe b RDG-E zum einen die Besetzung der Notfallrettungsmittel neu geregelt werden. Die Vorschrift des § 9 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a in der Fassung des RDG-E sieht insoweit vor, dass für die Betreuung von Patientinnen und Patienten in der Notfallrettung Krankenkraftwagen mit mindestens einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter im Sinne des NotSanG sowie einer zum Führen des Krankenkraftwagens berechtigten Person zu besetzen sind, die über die Qualifikation „Rettungssanitäterin“ oder „Rettungssanitäter“ verfügt<sup>176</sup>. Da die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter der Entwurfsbegründung zufolge nur schrittweise über Ergänzungsprüfungen oder im Wege der Laufbahn- bzw. Berufsausbildung vollzogen werden kann, eröffnet die Bestimmung des § 23 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a RDG-E eine zeitlich befristete Ausnahme von der in § 9 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a RDG-E vorgesehenen Regelung. Die Übergangsregelung des § 23 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a RDG-E soll ermöglichen, dass befristet bis zehn Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes auch Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen in der Notfallrettung zur Patientenbetreuung eingesetzt werden können, solange Notfallsanitäter oder Notfallsanitäterinnen noch nicht zur Verfügung stehen<sup>177</sup>.

---

172 GVBl S. 313.

173 GVBl. 125.

174 Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes, Vorlage – zur Beschlussfassung –, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963 vom 1. Juni 2016.

175 Vgl. hierzu Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 1 und 21.dem

176 Vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 40 f. zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe b RDG-E.

177 Vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 40f zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe b RDG-E (§ 9 Abs. 2) und S. 47 zu Art. 1 Nr. 26 RDG-E (§ 23 Abs. 2).

### 5.3.1. Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Entsprechend der Rechtslage in den meisten Bundesländern soll mit dem Rettungsdienst-Änderungsgesetz auch in Berlin eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst eingeführt werden. Die Regelung in § 5a Abs. 1 RDG-E sieht hierzu vor, dass der Rettungsdienst und insbesondere die Notfallrettung und der Notfalltransport in medizinischen Fragen und Angelegenheiten der Qualitätssicherung und -verbesserung in hauptamtlicher Tätigkeit bei der Berliner Feuerwehr von einem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bzw. einer Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst (Ärztliche Leitung Rettungsdienst) geleitet und überwacht werden. Der Bedeutung dieser Aufgabe entsprechend ist die Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) bei der Erfüllung der fachlichen Aufgaben nicht an Weisungen gebunden und im Einsatz gegenüber dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal in allen die Notfallpatienten und Notfallpatientinnen betreffenden Angelegenheiten weisungsbefugt (§ 5a Abs. 2 Satz 1 RGG-E). Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass die ÄLRD die ihr übertragenen gesetzlichen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen kann<sup>178</sup>.

### 5.3.2. Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der ÄLRD

Die Aufgaben und Befugnisse der ÄLRD sowie die Qualitätssicherung werden in § 5b RDG-E geregelt. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Vorschrift ist die ÄLRD für das medizinische Qualitätsmanagement und die fachliche Gesamtkonzeption der präklinischen Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich. Sie hat die hierzu erforderlichen Grundsätze festzulegen und daran mitzuwirken, dass im Rettungsdienst die notwendigen Strukturen aufgebaut und die Prozessabläufe konstant, sach-, zeit-, und bedarfsgerecht erbracht werden, um notfallmedizinische Standards und Schutzziele einzuhalten (§ 5b RDG-E). Die von der ÄLRD wahrzunehmenden Aufgaben werden in § 5b Abs. 2 Nr. 1 bis 9 RDG-E aufgeführt. Diese Aufzählung ist zwar nicht abschließend, hebt nach der Entwurfsbegründung jedoch den Kernbereich der Aufgaben der ÄLRD hervor, der für die Aufgabenerfüllung von besonderer Bedeutung ist<sup>179</sup>.

Nach § 5b Abs. 2 Nr. 3 RDG-E hat die ÄLRD insbesondere die Aufgabe, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 c des Notfallsanitätergesetzes vom 22. Mai 2013 in der jeweils geltenden Fassung an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren. In der Entwurfsbegründung zu dieser Regelung<sup>180</sup> wird ausgeführt, nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG wende die Notfallsanitäterin bzw. der Notfallsanitäter bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und Notfallsituationen heilkundliche Maßnahmen an. Es falle in den Verantwortungsbereich der ÄLRD, medizinische Behandlungsstan-

---

178 Zur Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst durch Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5a) vgl. im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 3 ff.

179 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 10/2963, S. 32 zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2b).

180 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 10/2963, S. 32 zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2).

dards (SOP) zu definieren, die im Anwendungsbereich dieses Gesetzes für bestimmte Notfallsituationen die Ausübung von heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vorsähen (Generaldelegation). Die ÄLRD könne die Delegation von heilkundlichen Maßnahmen, sowie die daraus resultierenden Überwachungspflichten, auch an Ärztinnen und Ärzte der im Rettungsdienst beteiligten Organisationen übertragen. Die ÄLRD habe durch geeignete Kontrollmechanismen sicherzustellen, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten, um delegierte heilkundliche Maßnahmen durchzuführen.

Die ärztliche Leitung habe – so wird in der Entwurfsbegründung zu dieser Vorschrift weiter ausgeführt<sup>181</sup> – in diesem Zusammenhang durch geeignete Aus- und Fortbildungsmaßnahmen auch sicherzustellen, dass delegierte heilkundliche Maßnahmen durch die in der Notfallrettung eingesetzten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelmäßig trainiert und beherrscht würden. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens sei deutlich geworden, dass der Schwerpunkt der regelmäßigen Fortbildungen im Bereich der praktischen Anwendung liegen müsse, zum Beispiel indem die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Praktika in Rettungsstellen, Operationssälen oder im Bereich der Intensivmedizin absolvierten oder an Simulationstrainings teilnahmen und zum Abschluss ein Zertifikat als Voraussetzung für die weitere Anwendung delegierter Maßnahmen erhielten. Die Durchführungsverantwortung für die heilkundlichen Maßnahmen verbleibe bei dem Notfallsanitäter bzw. der Notfallsanitäterin.

### 5.3.3. Durchführung der von der ÄLRD in medizinischen Behandlungsstandards ausgewiesenen heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäter

Nach der in § 9 Abs. 3 Satz 1 RDG-E vorgesehenen Regelung üben Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen bei der Patientenbetreuung die in den von der ÄLRD in medizinischen Behandlungsstandards ausgewiesenen und ihnen aufgrund der Ausbildung nach dem NotSanG vermittelten heilkundlichen Maßnahmen aus. Die Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG in der jeweils geltenden Fassung kann gemäß § 9 Abs. 3 Satz 2 RDG-E in Abstimmung mit der ÄRLD auch durch andere von der ÄLRD hierzu ermächtigte Ärztinnen und Ärzte angeordnet werden. Der Entwurfsbegründung zufolge beschreibt und begrenzt die Regelung in § 9 Abs. 3 RDG-E die dem Notfallsanitäter bzw. der Notfallsanitäterin nach dem NotSanG vorgesehenen und vermittelten heilkundlichen Tätigkeiten<sup>182</sup>. Die Regelung stelle – so heißt es in der Begründung – keinen gesetzlichen Erlaubnistatbestand für die Berufsausübung dar. Dieser folge bereits aus dem Notfallsanitätergesetz, nämlich aus der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 c NotSanG normierten sog. Notkompetenz. Da unter der Verantwortung der ÄRLD die eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegiert werden könne, dürfe der Notfallsanitäter bzw. die Notfallsanitäterin bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen eigenständig heilkundliche Maßnahmen anwenden. Die Auswahl der delegationsfähigen heilkundlichen Maßnah-

---

181 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 10/2963, S. 32 f zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2).

182 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 42 zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe c RDG-E (§ 9 Abs. 3).

men, der Delegationsadressaten, die Erstellung der bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbilder sowie die Überwachung und Fortbildung der Delegationsadressaten obliege der ÄLRD. Die Verantwortung für die Übernahme der Tätigkeit und die Ausführung trage der Notfallsanitäter bzw. die Notfallsanitäterin<sup>183</sup>.

#### 5.3.4. Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Nach § 9 Abs. 3 Satz 3 RDG-E sind alle im Rettungsdienst eingesetzten Kräfte verpflichtet, jährlich an Fortbildungen teilzunehmen. Die jährliche Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die regelmäßig in der Notfallrettung eingesetzt werden, beträgt gemäß § 9 Abs. 3 Satz 4 RDG-E mindestens 40 Stunden und hat ihren Schwerpunkt in praktischen Ausbildungsinhalten. Es sei – so heißt es in der Entwurfsbegründung<sup>184</sup> – im Hinblick auf die Aufgaben, mit denen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter konfrontiert würden, sachgerecht, für diese Zielgruppe eine Mindestfortbildungsdauer gesetzlich festzuschreiben. Ferner sei es wichtig, dass die Fortbildungen einen praktischen Schwerpunkt hätten, um den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern das notwendige Rüstzeug bzw. die notwendige Sicherheit für die Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen an die Hand zu geben. Dies könne insbesondere durch Ausbildungsinhalte wie zum Beispiel Simulationstrainings oder Praktika in Rettungsstellen und Operations- bzw. Intensivmedizinischen Einheiten erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung der Fortbildungsverpflichtung soll nach § 9 Abs. 3 Satz 5 RDG-E durch eine für alle am Rettungsdienst Beteiligten geltende Rechtsverordnung erfolgen.

#### 5.4. Brandenburg

Im Land Brandenburg ist der Rettungsdienst im „Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz – BbgRettG)“ vom 14. Juli 2008<sup>185</sup> und in der Verordnung über den Landesrettungsdienstplan (Landesrettungsdienstplanverordnung – LRDPV) vom 24. Oktober 2011<sup>186</sup> geregelt. Um dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin Rechnung zu tragen, wurden mit der am 13. Juni 2014 in Kraft getretenen „Ersten Verordnung zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung“ vom 10. Juni 2014<sup>187</sup> in § 6 Abs. 2 bis 8 LRDPV lediglich die Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Besetzung der Rettungsfahrzeuge entsprechend angepasst<sup>188</sup>. Das bislang unverändert gebliebene BbgRettG und die LRDPV enthalten jedoch Regelungen zur

183 So die Ausführungen im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 42 zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe c RDG-E (§ 9 Abs. 3).

184 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 17/2963, S. 42 zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe c RDG-E (§ 9 Abs. 3).

185 GVBl. I S. 186.

186 GVBl. II Nr. 64, zuletzt geändert durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 21. Juli 2015 (GVBl. II Nr. 35).

187 GVBl. II Nr. 33.

188 Zur Umsetzung des NotSanG im Land Brandenburg durch die Änderungsverordnung vom 10. Juni 2014 vgl. die Antwort der Landesregierung auf die Frage 1639 des Abgeordneten Jürgen Maresch (Fraktion DIE LINKE), in: Land Brandenburg, Plenarprotokoll der 95. Sitzung vom 25. Juni 2014, S. 7869.

---

Organisation und zu den Aufgaben der Ärztlichen Leitung eines Rettungsdienstbereiches, die als rechtliche Grundlage für die Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und die Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterinnen in Betracht kommen. Im Einzelnen gilt insoweit Folgendes:

Nach der Regelung in § 15 Abs. 1 Satz 1 BbgRettG ist für jeden Rettungsdienstbereich eine Ärztliche Leiterin oder ein Ärztlicher Leiter aus dem Kreis des im Rettungsdienst tätigen ärztlichen Fachpersonals durch den Träger des Rettungsdienstes zu bestimmen. Die ärztliche Leitung des Rettungsdienstbereiches ist gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BbgRettG insbesondere für die fachliche Anleitung und Kontrolle der notfallmedizinischen Betreuung verantwortlich. Die Bestimmung des § 8 Abs. 1 Satz 1 LRDPV legt hierzu ergänzend fest, dass der Ärztlichen Leiterin oder dem Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes die fachliche Anleitung und Kontrolle über das gesamte im Zuständigkeitsbereich des Rettungsdienststrägers eingesetzte medizinische Personal obliegt. Welche Aufgaben die Ärztliche Leitung über in § 15 BbgRettG getroffenen Regelungen hinaus im Einzelnen wahrzunehmen hat, wird in § 9 Nr. 1 bis 11 LRDPV festgelegt. Die Ärztliche Leitung hat danach unter anderem die Aufgabe, die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch das ärztliche und nichtärztliche Personal zu überwachen und Empfehlungen für das ärztliche Personal und Handlungsrichtlinien für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst zu erarbeiten (§ 9 Nr. 6 LRDPV). Ob die Aufgabe der Ärztlichen Leitung, „Handlungsrichtlinien“ für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst zu erarbeiten, auch die Festlegung standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder umfasst, und unter welchen Voraussetzungen eine Übertragung derartiger Maßnahmen an Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterinnen rechtlich zulässig sein soll, ist allerdings weder in § 9 Nr. 6 LRDPV noch in sonstigen Vorschriften des brandenburgischen Landesrechts geregelt. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Landesregierung Brandenburg in ihrer Antwort vom 10. Februar 2014 auf eine Kleine Anfrage des Abgeordneten Raimund Tomczak und der Fraktion der FDP zur Umsetzung des NotSanG im Land Brandenburg angegeben hat, die Frage, welche Probleme gegebenenfalls bei der Übertragung von Kompetenzen auf Notfallsanitäter bestünden, könne zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantwortet werden, da sich die Notkompetenzen der Notfallsanitäter noch im Abstimmungsprozess befänden<sup>189</sup>.

---

189 Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 3305 des Abgeordneten Raimund Tomczak und der Fraktion der FDP – LT-Drs. 5/8379 – zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes im Land Brandenburg, in: Landtag Brandenburg, Drucksache 5/8467 vom 10. Februar 2014, S. 3.

## 5.5. Sachsen

Im Freistaat Sachsen ist der Rettungsdienst im „Sächsischen Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) vom 24. Juni 2004<sup>190</sup> und in der „Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung (SächsLRettdPVO) vom 5. Dezember 2006<sup>191</sup> geregelt. Um dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin Rechnung zu tragen, wurden mit der am 31. Januar 2015 in Kraft getretenen „Fünften Verordnung des Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung“ vom 18. Dezember 2014<sup>192</sup> die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Besetzung der Rettungsmittel in § 7 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 5 und 6 SächsLRettdPVO entsprechend angepasst. Darüber hinaus wurde eine Übergangsvorschrift geschaffen, nach der bis zum 31. Dezember 2023 abweichend von der in § 7 Abs. 1 Nr. und 6 SächsLRettdPVO geregelten Besetzung von Rettungsmitteln Rettungsassistenten anstelle von Notfallsanitätern eingesetzt werden können (vgl. § 23 Abs. 1 SächsLRettdPVO).

Die Aufgaben der ÄLRD sind in § 11 Abs. 1 bis 3 SächsLRettdPVO geregelt. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Bestimmung ist der ÄLRD ein im bodengebundenen Rettungsdienst tätiger Arzt, der im Rettungsdienstbereich für medizinische Fragen, insbesondere für Effektivität sowie Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung und Patientenbetreuung verantwortlich ist und die Kontrolle hierüber wahrnimmt. Er hat insbesondere Festlegungen zur Sicherung der Qualität und der rettungsdienstlichen Versorgung zu treffen und deren Umsetzung zu überwachen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SächsLRettdPVO). Der ÄLRD ist nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SächsLRettdPVO in medizinischen Fragen und Belangen unter anderem gegenüber dem nichtärztlichen Personal im bodengebundenen Rettungsdienst weisungsbefugt. Er hat die Aufgabe, einheitliche medizinische Behandlungsrichtlinien und Verhaltensrichtlinien unter anderem für das nichtärztliche Personal – und damit auch für die zukünftigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – festzulegen (§ 11 Abs. 2 Satz 2 SächsLRettdPVO). Nach der Bestimmung des § 11 Abs. 2 Satz 4 SächsLRettdPVO hat er darüber hinaus zu regeln, in welchen Fällen das medizinische Assistenzpersonal überbrückende Maßnahmen zur Lebenserhaltung und Abwendung schwerer gesundheitlicher Störungen durchführen darf, die ihrer Art nach ärztliche Maßnahmen sind.

## 5.6. Schleswig-Holstein

In Umsetzung des NotSanGs wurde in Schleswig Holstein das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport“ vom 24. Juli 2015<sup>193</sup> beschlossen, das am 28. August 2015 in Kraft getreten ist. Um die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des

---

190 SächsGVBl. S. 245, zuletzt geändert durch das „Zweite Gesetz zur Änderung des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz“ vom 10. August 2015 (SächsGVBl.), S. 466.

191 Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Rettungsdienstplanung im Freistaat Sachsen vom 5. Dezember 2006 (SächsGVBl. S. 533), zuletzt geändert durch die „Fünfte Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung“ vom 18. Dezember 2014 (SächsGVBl. 2015 S. 3).

192 SächsGVBl. 2015, S. 3.

193 GVOBl. Schl.-H. S. 304.

Rettungsdienstes insbesondere in der Notfallrettung nachhaltig zu sichern, sei – so heißt es in dem dieser Novellierung zu Grunde liegenden Gesetzentwurf der Landesregierung – die Einführung des Berufsbildes „Notfallsanitäter“ im Rettungsdienst unabdingbar<sup>194</sup>. Die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) vom 29. November 1991<sup>195</sup> beschränkt sich – abgesehen von einer expliziten Regelung zu den Kosten der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern<sup>196</sup> – auf eine Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und beim Krankentransport in § 3 Abs. 1 bis 3 RDG<sup>197</sup> und eine Ergänzung der Übergangsregelung des § 23 RettG, mit der sichergestellt wird, dass bis zum 31. Dezember 2023 anstelle von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten auf Rettungswagen eingesetzt werden können<sup>198</sup>.

Nach einem Bericht der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung vom 23. September 2014<sup>199</sup> war ursprünglich vorgesehen, im Rahmen der Novellierung des RDG in Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG darüber hinaus eine Regelung zu schaffen, mit der der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) die Aufgabe übertragen werden sollte, landesweit einheitliche Vorgaben zur eigenständigen Durchführung standardisierter heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu treffen<sup>200</sup>. Eine derartige Regelung ist dann jedoch nicht in den von der Landesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des RDG vom 5. März 2015 eingegangen und dementsprechend auch nicht in das Änderungsgesetz vom 24. Juli 2015 aufgenommen worden. In dem Bericht der Landesregierung wird in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hingewiesen, auf der Ebene des in Schleswig-Holstein existierenden Landesverbandes ÄLRD habe der Diskussionsprozess zu solchen landesweit einheitlichen Vorgaben durch die ÄLRD bereits begonnen, sei aber noch nicht abgeschlossen. Eine Darstellung der zukünftig von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ausführbaren heilkundlichen Maßnahmen sei deshalb derzeit noch nicht möglich<sup>201</sup>.

---

194 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/2780 vom 5. März 2015, S. 1, 8.

195 GVOBl. Schl.-H S. 579.

196 Vgl. insoweit die Neuregelung in § 8a Abs. 3 Satz 2 RDG.

197 Vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/2780, S. 2, 8 f.

198 Vgl. hierzu die Neuregelung in § 23 Abs. 4 RDG.

199 Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, Bericht der Landesregierung, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/2283 vom 23. September 2014.

200 Vgl. hierzu näher den Bericht der Landesregierung zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/2283, S. 6.

201 Vgl. hierzu den Bericht der Landesregierung zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/2283, S. 7.

Die Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, landesweit einheitliche Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal und damit auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu erarbeiten, ist jedoch in der am 1. Januar 2014 in Kraft getretenen Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes (DVO-RDG) vom 22. Oktober 2013<sup>202</sup> geregelt. Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 DVO-RDG hat die oder der ÄLRD die Aufgabe, den Träger des Rettungsdienstes einschließlich der Rettungsleitstelle und die mit der Durchführung beauftragte Einrichtung fachlich zu beraten und zu unterstützen. Zu diesen Aufgaben gehört gemäß § 12 Abs. 2 Satz 2 DVO-RDG die Erarbeitung von Empfehlungen für ärztliches Handeln und Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal. Die Aufgaben sollen nach einheitlichen Vorgaben erfüllt werden, die in Zusammenarbeit aller in Schleswig Holstein tätigen ÄLRD erarbeitet worden sind (§ 12 Abs. 2 Satz 3 DVO-RDG). Auch wenn die Regelungen in § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3 DVO-RDG nicht ausdrücklich auf die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG Bezug nehmen, so ist doch davon auszugehen, dass die Aufgabe der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal auch die Aufgabe umfasst, im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und entsprechende heilkundliche Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen zu Notfallsanitäter zu übertragen.

Für eine solche Auslegung des § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3 DVO-RDG sprechen insbesondere die Ausführungen der Landesregierung Schleswig-Holstein in ihrer Antwort vom 9. April 2014 auf die Kleine Anfrage des CDU-Abgeordneten Karsten Jasper zur Umsetzung des NotSanG in Schleswig Holstein<sup>203</sup>. In Beantwortung der Frage, welche Maßnahmen Notfallsanitäter im Unterschied zu den bisherigen Kompetenzen des Rettungsassistenten zukünftig selbst ergreifen dürfen, verweist die Landesregierung zunächst darauf, die neu geregelte Ausbildung nach § 4 Abs. 2 NotSanG solle die zukünftigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu weitergehenden Aufgaben als die bisherigen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten befähigen. Die konkreten Maßnahmen seien von der jeweiligen ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes zu verantworten und richteten sich auch nach dem individuellen Ausbildungsstand. Eine Auflistung von Aufgaben sei daher nicht möglich. Die am 1. Januar 2014 in Kraft getretene DVO-RDG sehe insofern vor, dass die oder der ÄLRD landesweit einheitliche Behandlungsleitlinien erarbeiteten<sup>204</sup>.

---

202 GVOBl. Schl.-H S. 418.

203 Kleine Anfrage des Abgeordneten Karsten Jasper (CDU) und Antwort der Landesregierung – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung, Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes in Schleswig-Holstein, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/1742 vom 9. April 2014.

204 Vgl. die Antwort der Landesregierung vom 9. April 2014 auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Karsten Jasper (CDU), in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/1742, S. 3 f zu Frage 7.

## 5.7. Hamburg

In Hamburg unterliegen die Notfallrettung und der Krankentransport durch den öffentlichen Rettungsdienst und durch private Unternehmer den Vorschriften des „Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes (HmbRDG)“ vom 9. Juni 1992<sup>205</sup>, das bislang noch nicht an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin angepasst wurde. Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg hat in seiner Antwort vom 5. Januar 2016 auf eine Kleine Anfrage des FDP-Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg jedoch dargelegt, nach Abschluss der erforderlichen organisatorischen Maßnahmen sei noch in diesem Jahr eine Erweiterung der „Regelkompetenzen“ nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter der Feuerwehr Hamburg vorgesehen<sup>206</sup>. Zwar unterscheidet sich – so heißt es in der Antwort des Hamburger Senats – im Bereich des eigenverantwortlichen Handelns die Situation der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter rechtlich nicht von der Situation der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten – beide handeln weiterhin im Rahmen der sog. Notkompetenz des rechtfertigenden Notstandes. Aufgrund der umfangreicheren Ausbildung nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG gingen die Möglichkeiten der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dabei jedoch über die von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten hinaus. Voraussetzung für eine Erweiterung der „Regelkompetenzen“ nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG sei unter anderem die Sicherstellung einer jährlichen Überprüfung, Dokumentation und Zertifizierung der „freigegebenen Regelkompetenzen“ im Rahmen der zentralen Fortbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter<sup>207</sup>. Damit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die in der Ausbildung vermittelten Inhalte einsetzen könnten, seien – so wird in der Antwort des Senats weiter ausgeführt – nach Einschätzung der zuständigen Behörde keine Änderungen an hamburgischen Gesetzen notwendig<sup>208</sup>. In welchen Bereichen die Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auf der Grundlage der in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG festgelegten Ausbildungsinhalte erweitert werden sollen, geht aus der Antwort des Hamburger Senats nicht hervor. Soweit ersichtlich, ist die interne Diskussion der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zu dem Thema noch nicht abgeschlossen.

## 6. Literaturverzeichnis

Abanador, Michelle, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, Düsseldorf Rechtswissenschaftliche Schriften, herausgegeben von der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Band 94, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2011.

---

205 Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I (HambGVBl.) S. 117, zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 19. April 2011 (HambGVBl. S. 123).

206 Vgl. die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg (FDP) vom 28. Dezember 2015 und die Antwort des Senats, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 21/2676 vom 5. Januar 2016, S. 1.

207 Vgl. hierzu die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 5. Januar 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 21/2676, S. 1.

208 So die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 5. Januar 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 21/2676, S. 2.

---

Achterfeld, Claudia, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, Kölner Schriften zum Medizinrecht, herausgegeben von Christian Katzenmeier, Band 15, Springer-Verlag, Berlin und Heidelberg 2014.

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (ARGE Medizinrecht), Herausgeber, Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., Berlin und Heidelberg 2010.

Bens, Daniel/Lipp, Roland, Notfallsanitätergesetz – Herausforderungen und Chancen, Edewecht 2014.

Bergmann, Karl Otto, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: Medizinrecht (MedR), Zeitschrift, 2009, S. 1-10.

Bergmann, Karl Otto, Zulässigkeit der Übertragung von Injektionen auf nichtärztliches Fachpersonal – zugleich Anmerkung zu OLG Dresden, Urteil vom 24. 7. 2008 – 4 U 1857/07, in: GesundheitsRecht (GesR), Zeitschrift, 2010, S. 119- 122.

Bohne, Kerstin, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, Band 110 der Schriftenreihe Recht und Medizin, herausgegeben von Erwin Deutsch, Bernd-Rüdiger Kern, Adolf Laufs, Hans Lilie, Andreas Spickhoff und Hans-Ludwig Schreiber, Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main 2012.

Bonvie, Horst, Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht, in: Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt...; herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (ARGE Medizinrecht), Berlin und Heidelberg 2010, S. 17-24.

Brose, Johannes, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: Versicherungsrecht (VersR), Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht, 2014, S. 1172-1178.

Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e. V., Stellungnahme vom 21. Januar 2013 zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften (BT-Drs. 17/11689) anlässlich der Öffentlichen Anhörung am 30. Januar 2013 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0369(3).

Dreier, Horst (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 3. Auflage, Band II, Artikel 20-82, Verlag Mohr Siebeck 2015.

Engelmann, Klaus, Zur rechtlichen Zulässigkeit einer (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit außerhalb des Ortes der Niederlassung, in: Medizinrecht (MedR), Zeitschrift, 2002, S. 561-572.

Epping, Volker/ Hillgruber, Christian (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2013.

---

Fehn, Karsten, Zur rechtlichen Zulässigkeit einer arztfreien Analgosedierung im Rettungsdienst, Teil 1: Analgosedierung mittels Ketamin und Midazolam beim isolierten Extremitätentrauma, in: Der Notarzt, Zeitschrift, 2009, S. 1-10.

Friauf, Karl Heinrich/Höfling, Wolfram (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 50. Ergänzungslieferung Juni 2016, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Giesen, Dieter, Arzthaftungsrecht: Die zivilrechtliche Haftung aus medizinischer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, 4. Auflage, Tübingen 1995.

Gitter, Wolfgang/Köhler, Gabriele, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht: Ausformung und Auswirkungen auf die Leistungserbringung in ärztlichen Kooperationsformen, herausgegeben von Maximilian G. Broglie, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1989.

Häser, Isabel, Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – Was macht eine Tätigkeit „delegationsfähig“?, in: Der Klinikarzt, Zeitschrift, 2008, S. 222-223.

Hahn, Bernhard, Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal, Königstein 1981

Hahn, Bernhard, Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben – Zur Übertragung von Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen und Bluttransfusionen auf nichtärztliches Assistenzpersonal, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Zeitschrift, 1981, S. 1977-1984.

Hanika, Heinrich, Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussionen, in: Pflegerecht (PflR), Zeitschrift, 2009, S. 372- 378.

Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier und Gernot Steinhilper, Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 64. Ergänzungslieferung Juli 2016, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

Igl, Gerhard, Heilberuferecht in Bewegung – Entwicklungen bei den Gesundheitsfachberufen, in: Freiheit – Gerechtigkeit – Sozial(es) Recht, Festschrift für Eberhard Eichenhofer, herausgegeben von Stamatia Devetzi und Constanze Janda, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2015, S. 226-245.

Isensee/Josef/Kirchhof, Paul (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Band VI: Bundesstaat, 3. Auflage, Verlag C. F. Müller, Heidelberg 2008.

Jarass, Hans/Pieroth, Bodo, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 14. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2016.

Kahl, Wolfgang/Waldhoff, Christian/Walter, Christian (Hrsg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 179. Ergänzungslieferung Juni 2016, Verlag C. F. Müller, Heidelberg.

Katzenmeier, Christian/Slavu, Stefania, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Heath in der Notfallmedizin, Rechtsgutachten, Köln 2009.

---

Laufs, Adolf/Katzenmeier, Christian/Lipp, Volker, *Arztrecht*, 7. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2015.

Laufs, Adolf/Kern, Bernd-Rüdiger (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, 4. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2010.

Lechleuthner, Alex/Neupert, Michael, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitliche Schäden, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, Zeitschrift, 2015, Heft 5, S. 413-420.

Lippert, Hans-Dieter, Der Notfallsanitäter – nur der Rettungsassistent in einem anderen Kleid? Das Gesetz über den Beruf des Notfallsanitäters, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, Zeitschrift, 2013, Heft 3, S. 216-218.

Lippert, Hans-Dieter, Gesetzliche Änderungen im Rettungswesen durch das Notfallsanitäter- und das Patientenrechtegesetz, in: *GesundheitsRecht (GesR)*, Zeitschrift, 2013, S. 583-587.

Lippert, Hans-Dieter/Gliwitzky, B., Das Gesetz über den Beruf des Notfallsanitäters – Es tut sich etwas im Rettungswesen, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, Zeitschrift, 2013, S. 590-592.

Lippert, Hans-Dieter/Lissel, Patrick M., Notfallsanitäter, in: *Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht*, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier und Gernot Steinhilper, Loseblattwerk, C. F. Müller Verlag, Heidelberg, 2016, Ordnungsziffer 3860 (Bearbeitungsstand: August 2014).

Lissel, Patrick M., *Rechtsfragen im Rettungswesen – Risiken im Einsatz*, 3. Auflage, Richard Boorberg Verlag, Stuttgart/München/Hannover/Berlin/Weimar/Dresden 2014.

Lubrich, Felix, Das neue Notfallsanitätergesetz: Mehr Rechtssicherheit für Rettungsfachpersonal?, in: *Medizinrecht (MedR)*, Zeitschrift, 2013, S. 221-228.

Narr, Helmut, Zur persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes aus Sicht der GOÄ und des Kassenarztrechtes, in: *Medizinrecht (MedR)*, Zeitschrift, 1989, S. 215-222.

Neupert, Michael/Sarangi, Frank, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: *Der Notarzt: Notfallmedizinische Informationen*, Zeitschrift, 2014, Heft 3, S. 118-120.

Niehues, Christopher, Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften (BT-Drs. 17/11689) anlässlich der öffentlichen Anhörung am 30. Januar 2013 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, in: *Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 17 (14)0369(4)* vom 23. Januar 2013.

Peikert, Peter, Persönliche Leistungserbringungspflicht, in: *Medizinrecht (MedR)*, Zeitschrift, 2000, S. 352-359.

Schnitzler, Jörg, Das Recht der Heilberufe – Übersicht, Begriff, Verfassungsfragen, Band 5 der Schriftenreihe Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, herausgegeben von Bernhard Badura, Klaus Engelmann, Dieter Hart und Heiner Raspe, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2004.

Spickhoff, Andreas/Seibl, Maximilian, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: Medizinrecht (MedR), Zeitschrift, 2008, S. 463-473.

Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2014.

Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar: Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier und Gernot Steinhilper, Loseblattwerk, C. F. Müller Verlag, Heidelberg 2016, Ordnungsziffer 4060 (Bearbeitungsstand: März 2014).

Stollmann, Frank, Neues zum Landesgesundheitsrecht – Novellierungen des KHGG NRW und des RettG NRW – , in: Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter (VBl.), Zeitschrift für öffentliches Recht und öffentliche Verwaltung, 2016, S. 89-100.

Stöhr, Karl-Heinz, Delegation und Substitution: Haftet der Arzt für alles und jeden?, in: Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (ARGE Medizinrecht), Berlin und Heidelberg 2010, S. 105-112.

Tellioglu, Jill Meltem, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, Düsseldorfer Rechtswissenschaftliche Schriften, herausgegeben von der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Band 138, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2016.

Ufer, Michael R., Kompetenz soll geregelt werden – Die neue Ausbildungszielbestimmung im NotSanG-E, in: Rettungsdienst, Zeitschrift, 2012, S. 692-696.

Umbach, Dieter C./Clemens, Thomas (Hrsg.), Grundgesetz, Mitarbeiterkommentar und Handbuch, Band II, C. F. Müller Verlag, Heidelberg 2002.

Von Mangoldt, Hermann/Klein, Friedrich/Starck, Christian, Kommentar zum Grundgesetz, Band 2: Artikel 20 bis 82, 6. Auflage, Verlag Franz Vahlen, München 2010.

Von Münch, Ingo/Kunig, Philip (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Band 2: Artikel 70 bis 146, 6. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2012.

Ende der Bearbeitung