



Ausarbeitung

Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz
Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung in den Bundesländern

Aktualisierung der Arbeit WD 9 – 042/16

Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz
Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung in den Bundesländern

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 032/19
Abschluss der Arbeit: 6. Juni 2019
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“ wahrzunehmen. 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. Die Kompetenzen, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter 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 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 Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen „standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet“ werden.

Ob die Regelung in § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG auf eine Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für die eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne einer Substitution ärztlicher Leistungen abzielt 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 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c 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 ein Fall der 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 NotSanG kann Delegation zwar mit Hilfe von standardisierten Handlungsanweisungen, sog. Standard Operating Procedures (SOP), umgesetzt werden; von einer „Delegation“ nach allgemeinem juristischen 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, also nicht in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit eingreift, folgt das symptombezogene Handeln des Notfallsanitäters einer Weisung, wie sie die Delegation voraussetzt. Bei allen übrigen Fällen würde es sich demgegenüber in der Regel um die Substitution einer ärztlichen Behandlungsentscheidung handeln, 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 ein neues Verständnis von Delegation begründen wollte. Daher muss man davon ausgehen, dass die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG innerhalb der gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zu interpretieren ist, der Gesetzgeber mit dieser Vorschrift also 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 Notfallsanitäter 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, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig Holstein und Thüringen und damit in fast allen Bundesländern Gesetze zur Änderung der jeweiligen Rettungsdienstgesetze oder zumindest Änderungen der Landesrettungsdienstplanverordnungen oder sonstiger Durchführungsverordnungen erlassen. Lediglich in Rheinland-Pfalz und im Saarland haben die Landesgesetzgeber bzw. die jeweils zuständigen Landesministerien ihre Rettungsdienstgesetze bzw. Durchführungsverordnungen bislang noch nicht entsprechend angepasst. In beiden Bundesländern arbeiten die Landesregierungen derzeit jedoch an einer Novellierung ihrer Rettungsdienstgesetze, mit der unter anderem auch den bundesrechtlichen Vorgaben an das neue Berufsbild der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters Rechnung getragen werden soll.

In Umsetzung der durch das NotSanG geänderten bundesrechtlichen Berufszulassungsregelungen beschränken sich die Novellierungen der Rettungsdienstgesetze und die sonstigen Änderungen landesrechtlicher Vorschriften in Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen im Wesentlichen auf eine Neuregelung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und bei der Besetzung der Notfallrettungsmittel. Regelungen, mit denen in Umsetzung des NotSanG explizit an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsehen, dass der ÄLRD die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne dieser Vorschrift an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren, bestehen bislang nur im Freistaat Bayern, im Land Berlin, in Sachsen-Anhalt und in Schleswig Holstein sowie im Freistaat Thüringen. Die Rettungsdienstgesetze bzw. die zu deren Durchführung erlassenen Landesrechtsverordnungen in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen nehmen bei der Aufgabenbeschreibung der ÄLRD – anders als in Bayern, Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig Holstein und Thüringen – demgegenüber 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 Rettungsdienstbereichs, die als rechtliche Grundlage für die Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Betracht kommen und die in der Praxis – soweit ersichtlich – auch entsprechend angewendet werden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	11
2.	Bedeutung des NotSanG und Überblick über den Regelungsinhalt der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG	12
2.1.	Das NotSanG als Ausbildungs- und Berufszulassungsgesetz	12
2.2.	Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotsanG als zentrale Vorschrift des Gesetzes	14
2.2.1.	Beschreibung der in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen als Regelungsinhalt des § 4 NotSanG	14
2.2.2.	Die Unterscheidung zwischen „eigenverantwortlich“ und „im Rahmen der Mitwirkung“ auszuführenden Aufgaben	14
2.2.3.	Erwerb von Kompetenzen zur „eigenverantwortlichen“ Ausführung von Aufgaben	15
2.2.4.	Erwerb von Kompetenzen zur Ausführung von Aufgaben „im Rahmen der Mitwirkung“ an der ärztlichen Versorgung	17
3.	Das der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für die Übertragung heilkundlicher Aufgaben zu Grunde liegende Regelungsmodell	18
3.1.	Die Begriffe der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben im Medizinrecht	18
3.1.1.	Der medizinrechtliche Begriff der Delegation	18
3.1.2.	Der medizinrechtliche Begriff der Substitution	19
3.2.	Das § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende Regelungsmodell für die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	20
3.2.1.	Argumente für eine dem § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegende „Delegationslösung“	20
3.2.2.	Rechtliche Probleme des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu Grunde liegenden „Delegationsmodells“	23
4.	Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Berufsausübungsregelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG	28
4.1.	Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer zur Regelung der Berufsausübung der Notfall- sanitäterinnen und Notfallsanitäter	28
4.2.	Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesländer bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG	31
4.2.1.	„Delegationslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen	32
4.2.2.	„Substitutionslösung“ als Option für landesrechtliche Berufsausübungsregelungen	32

5.	Derzeitiger Stand der Umsetzung des Berufsbildes der Notfallsanitäterin und des Notfall-sanitäters sowie des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG in den Bundesländern	37
5.1.	Überblick	37
5.2.	Bayern	42
5.2.1.	Anpassung der Vorschriften über die Besetzung der Notfallrettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters	42
5.2.2.	Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen auf Notfallsanitäter als neue Aufgabe des ÄLRD	43
5.2.3.	Erforderlichkeit der Neuregelung	44
5.2.4.	Voraussetzungen und Grenzen einer Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäter	45
5.2.5.	Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht des delegierenden Arztes	45
5.2.6.	Nichterforderlichkeit der persönlichen ärztlichen Kenntnis des Patienten als Voraussetzung der Zulässigkeit einer Delegation	46
5.2.7.	Die Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter von 15. März 2018	47
5.3.	Berlin	48
5.3.1.	Neuregelung der Vorschriften über die Besetzung der Notfallrettungsmittel	48
5.3.2.	Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst	49
5.3.3.	Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst	49
5.3.4.	Durchführung der von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst in medizinischen Behandlungsstandards ausgewiesenen heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	50
5.3.5.	Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	51
5.4.	Brandenburg	52
5.4.1.	Anpassung der Vorschriften über die Qualifikation des Personals und die Besetzung der Rettungsfahrzeuge an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters	52
5.4.2.	Fortbildung des Personals	53
5.4.3.	Organisation und Aufgaben der Ärztlichen Leitung eines Rettungsdienstbereichs nach derzeitiger Rechtslage	53
5.4.4.	Erarbeitung von Standardarbeitsanweisungen und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung nach zukünftigem Recht	54
5.5.	Hamburg	55
5.6.	Hessen	59

5.6.1.	Anpassung der Vorschriften über die fachliche Eignung der Leistungserbringer und des Einsatzpersonals an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters	59
5.6.2.	Erarbeitung medizinischer Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leiterin bzw. des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst	60
5.7.	Mecklenburg-Vorpommern	63
5.7.1.	Anpassung der Vorschriften über die personelle Besetzung der Rettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters	63
5.7.2.	Erarbeitung von Standard-Verfahrensweisungen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf nichtärztliches Personal als Aufgabe der ÄLRD	65
5.7.3.	Erweiterung der Möglichkeiten zum Einsatz sog. Tele-Notärztinnen und -Notärzte zur Unterstützung der nichtärztlichen Rettungskräfte durch Telemedizin am Notfallort	66
5.7.4.	Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	67
5.8.	Niedersachsen	68
5.8.1.	Neuregelung der Regelmindestbesetzung eines Rettungswagens bei der Notfallrettung	68
5.8.2.	Befugnis der Notfallsanitäter zur eigenständigen Durchführung der von der Ärztlichen Leiterin oder dem ärztlichen Leiter eines Rettungsdienstes vorgegebenen medizinischen Standardmaßnahmen	69
5.9.	Nordrhein-Westfalen	70
5.9.1.	Anpassung der Vorschriften über die personelle Besetzung der Rettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters	70
5.9.2.	Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst	72
5.9.3.	Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG auf Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst	72
5.10.	Sachsen	75
5.10.1.	Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Besetzung der Rettungsmittel	75
5.10.2.	Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst	75
5.11.	Sachsen-Anhalt	76
5.11.1.	Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das nichtärztliche Personal bei der Notfallrettung und der Besetzung der Notfallrettungsmittel	77
5.11.2.	Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder auf Notfallsanitäter als Aufgabe des Ärztlichen Leiters	78

5.11.2.1.	Das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 26. Oktober 2017	78
5.11.2.2.	Der gemeinsame Runderlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration sowie des Ministeriums für Inneres und Sport vom 29. Januar 2019	79
5.11.2.3.	Die durch das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 6. Mai 2019 eingefügte Vorschrift des § 10 Abs. 2 Satz 3 RettDG LSA	81
5.12.	Schleswig-Holstein	83
5.12.1.	Das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport vom 24. Juli 2015	83
5.12.2.	Die Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes vom 22. Oktober 2013	85
5.12.3.	Das Rettungsdienstgesetz vom 28. März 2017	87
5.12.3.1.	Personelle Besetzung der Rettungsmittel in Umsetzung des NotSanG	88
5.12.3.2.	Übernahme der Funktion „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ in das SHRDG	90
5.12.3.3.	Festlegung von Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der ÄLRD	90
5.12.3.4.	Nutzung der Telemedizin zur Unterstützung des nichtärztlichen medizinischen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort	91
5.12.3.5.	Fortbildung des Rettungsdienstpersonals	91
5.13.	Thüringen	92
5.13.1.	Anpassung der Vorschriften über die Besetzung der Zentralen Leitstellen und der Rettungsfahrzeuge an das neue Berufsbild des Notfallsanitäter durch das Änderungsgesetz vom 10. Juni 2014	93
5.13.2.	Schaffung der rechtlichen Grundlagen zur Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG durch das Änderungsgesetz vom 29. Juni 2018	94
5.13.2.1.	Eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG nach individueller Delegation durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst als Aufgabe der Notfallsanitäter	95
5.13.2.2.	Festlegung und regelmäßige Überprüfung landesweit einheitlicher standardmäßiger Vorgaben der ÄLRD als Grundlage der an die Notfallsanitäter zu delegierenden ärztlichen Behandlungsmaßnahmen	95
5.13.2.3.	Möglichkeit der Rücknahme der Delegation durch den ÄLRD im Einzelfall bei nicht mehr gegebener fachlicher oder persönlicher Eignung des Notfallsanitäters	97
5.13.2.4.	Festlegung standardmäßiger ärztlicher Behandlungsmaßnahmen für Notfallsanitäter und deren Überprüfung vor Ort als neue Aufgabe der ÄLRD	97
5.13.2.5.	Präzisierung der Verordnungsermächtigung	98

5.13.3.	Die Thüringer Verordnung zur Durchführung der Weiter- und Fortbildungen des nichtärztlichen Rettungspersonals vom 11. Juni 2018	99
6.	Literaturverzeichnis	100

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 2013¹ ein neues Berufsbild geschaffen und den Zugang zu diesem Beruf gesetzlich geregelt². Das zuvor maßgebliche „Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG)“ vom 10. Juli 1989³ wurde durch das NotSanG nach einer Übergangsphase von einem Jahr mit Wirkung zum 1. Januar 2015 abgelöst⁴. Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die eine Erlaubnis nach dem RettAssG besitzen, dürfen ihre Berufsbezeichnung nach § 30 NotSanG allerdings weiterhin führen.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht zunächst die Frage, welche Rechtsfigur 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 diese bundesgesetzliche Regelung auf eine Qualifikation der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für die selbstständige Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten im Sinne der Substitution ärztlicher Leistungen abzielt 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.

-
- 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), zuletzt geändert durch Art. 1h des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778).
 - 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 – Es tut sich etwas im Rettungswesen, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, S. 590 ff; Lippert/Lissel, Notfallsanitäter, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 3860; Lubrich, Das neue Notfallsanitätergesetz: Mehr Rechtssicherheit für Rettungsfachpersonal?, in: Medizinrecht (MedR), 2013, S. 221 ff; Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 ff; Brose, Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, in: Versicherungsrecht (VersR), 2014, S. 1172 ff; Haage, NotfallsanitäterG, Nomos Kommentar, 1. Auflage 2015, Auszug aus: Nomos – Das Deutsche Bundesrecht – Erläuterungen, Stand: 1. Juli 2015; Haage, Gesundheitsfachberufe, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 2200, Rn. 97-102.
 - 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).

Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Bundesländer in ihren Rettungsdienstgesetzen bzw. den zu deren Durchführung erlassenen Verordnungen den bundesrechtlichen Vorgaben des NotSanG bereits Rechnung getragen haben. Von besonderem Interesse ist dabei, ob und gegebenenfalls in welcher Weise sie in diesen Regelungen die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG 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 NotSanG und den Regelungsinhalt der Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG gegeben werden⁵. 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 sind⁶.

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 Rettungsdienst⁷. 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 Durchführungsverordnungen⁸. Zweck der neuen Notfallsanitäterausbildung ist der Gesetzesbegründung zufolge lediglich, zur Professionalisierung der präklinischen notfallmedizinischen

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: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, 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.

Versorgung beizutragen und so den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Hilfe in Notfällen zu gewährleisten⁹. Vor diesem Hintergrund regelt das Gesetz umfassend die neue Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter, die sich wesentlich von der bisherigen Ausbildung zum Beruf der Rettungsassistentin bzw. des Rettungsassistenten unterscheidet¹⁰. So wurde die Dauer der Ausbildung um ein Jahr 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 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 2013¹¹ erlassen. Die NotSan-APrV regelt nach Maßgabe des § 4 NotSanG 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 Ergänzungsprüfung¹² sowie das Nähere über die Urkunden für die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 NotSanG.

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.

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

12 Entgegen der sonst üblichen Besitzstandsregelungen sieht § 32 Abs. 2 NotSanG vor, dass Personen, die eine Ausbildung nach dem bisher geltenden Recht abgeschlossen haben, nicht ohne Weiteres als Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter neuen Rechts anerkannt werden. Vielmehr ist es erforderlich, dass sie, um die neue Erlaubnis zu erhalten, eine Anpassungsmaßnahme durchlaufen müssen. In Übereinstimmung mit den beteiligten Experten war der Gesetzgeber der Auffassung, dass auch eine mehrjährige berufliche Tätigkeit als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent allein nicht ausreicht, um die für die Tätigkeit einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben. Die Vorschrift des § 32 Abs. 2 NotSanG sieht in den Sätzen 1 und 2 daher Maßnahmen zur Nachqualifizierung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten vor, die auf die Dauer der Berufstätigkeit abstellen und den antragstellenden Personen je nach Berufspraxis nur eine Ergänzungsprüfung oder eine weitere Ausbildung von 480 oder 960 Stunden verbunden mit einer Ergänzungsprüfung auferlegen, um eine Berufserlaubnis nach dem neuen Recht zu erhalten. Die Inhalte der weiteren Ausbildung und die Ergänzungsprüfung sind jeweils in der NotSan-APrV näher geregelt. Sie erstrecken sich insbesondere auf die Kerninhalte, die die bisherige Ausbildung von der neuen Ausbildung unterscheidet. Soweit Personen, die über keine nach § 32 Abs. 2 Satz 1 oder 2 NotSanG ausreichende Berufserfahrung verfügen, nicht an der weiteren Ausbildung teilnehmen, wird ihnen die komplette staatliche Prüfung auferlegt, um die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach neuem Recht zu erhalten. Zum Regelungsinhalt des § 32 Abs. 2 NotSanG vgl. näher die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 27.

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 erreichen¹³. 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 wurde¹⁴.

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 erfüllen¹⁵. 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 Beruf¹⁶. Das neue Ausbildungsziel soll mithin die moderne Aufgabenstellung des Berufs deutlich machen und dem breiten Tätigkeitsspektrum der Berufsangehörigen entsprechen¹⁷. Hierzu werden 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 übernehmen¹⁸.

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 ausgestaltet¹⁹. 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

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

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

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

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

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

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

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

Abs. 1 Satz 1 NotSanG soll die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, 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 der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters charakteristischen Aufgaben sowie der Fähigkeiten, die zu deren Erfüllung zu entwickeln sind. Bei Abschluss der Ausbildung sollen die Auszubildenden in der Lage sein, diese Aufgaben im Rahmen der Berufsausübung sicher durchzuführen²⁰.

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 oder die Notfallsanitäter im späteren Berufsalltag aufgrund der Ausbildung eigenständig, das heißt auf eigene Verantwortung, sollen ausführen können²¹. Dabei sind insbesondere die in den Buchstaben b und c getroffenen Regelungen von grundlegender Bedeutung, die sich auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Einsatz beziehen²².

Die Regelung in Buchstabe b dient der Gesetzesbegründung zufolge als Grundvorschrift²³. Nach dieser Bestimmung soll die Ausbildung unter anderem dazu befähigen, eigenverantwortlich den Gesundheitszustand von erkrankten und verletzten Personen zu beurteilen, insbesondere eine vitale Bedrohung zu erkennen, über die Notwendigkeit zu entscheiden, eine Notärztin oder einen Notarzt, weiteres Personal, weitere Rettungsmittel oder sonstige ärztliche Hilfe nachzufordern, sowie die erforderlichen Maßnahmen umzusetzen. In der Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift wird erläuternd ausgeführt²⁴, im Regelfall sei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter als Erste/r am Einsatzort und habe dort den Gesundheitszustand der betroffenen Personen im Sinne einer Ersteinschätzung zu beurteilen. Dabei müsse sie oder er insbesondere in der Lage sein, eine vitale Bedrohung zu erkennen. Deswegen werde hierauf besonders hingewiesen. Auf Grund ihrer oder seiner Einschätzung habe sie oder er dann zu entscheiden, welche weiteren Maßnahmen zu ergreifen seien. Hierzu gehöre insbesondere das Nachfordern der Notärztin oder des Notarztes, wenn diese nicht bereits anhand des Kriterienkatalogs für den Notarzteinsatz, den die Rettungsleitstelle bei der Annahme und Bearbeitung der Meldung eines Notfalls zu prüfen habe, mit alarmiert worden seien. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, dass die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter, die oder der an einen Einsatzort geschickt werde, die Information über die erfolgte oder nicht erfolgte Alarmierung der Notärztin oder des Notarztes mit

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

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

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

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

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

der Einsatzinformation erhalte. Die Frage einer Nachforderung stelle sich daher in der Regel nur, wenn die Leitstelle auf Grund der ihr vorliegenden Informationen die Erforderlichkeit der Anwesenheit einer Notärztin oder eines Notarztes nicht zutreffend beurteilt habe. Entsprechendes gelte für die Notwendigkeit einer Nachforderung weiteren Personals, weiterer Rettungsmittel oder sonstiger ärztlicher Hilfe wie zum Beispiel einer Bereitschaftsärztin oder eines Bereitschaftsarztes oder einer Hausärztin oder eines Hausarztes. Zur Ersteinschätzung gehöre es auch, notärztliche oder andere Hilfen wieder abzubestellen.

Die Regelung in Buchstabe c beschreibt die Aufgabenstellung, die sich für die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter auf Grund ihrer oder seiner Ersteinschätzung, die im Sinne einer Arbeitsdiagnose zu verstehen ist, ergibt²⁵. Mit der Arbeitsdiagnose ersetzt sie oder er dabei nicht die auch weiterhin erforderliche und wesentlich umfangreichere ärztliche Diagnose. Die Arbeitsdiagnose soll die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter lediglich in die Lage versetzen, über die zunächst angemessenen und unverzichtbaren medizinischen Maßnahmen der Erstversorgung zu entscheiden und diese anzuwenden²⁶. Nach Buchstabe c soll die Ausbildung deshalb 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 Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind.

In der Gesetzesbegründung zu der vorgenannten Regelung in Buchstabe c wird erläuternd dargelegt²⁷, die Anforderungen an den Umfang der Tätigkeiten, die die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter üblicherweise im Rahmen der Erstversorgung durchführten, würden sich in besonderen Fällen erweitern. Dann werde von der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter erwartet, dass sie oder er invasive Maßnahmen anwendeten. Eine solche Situation sei gegeben, wenn das Leben der Patientin oder des Patienten in Gefahr sei oder es wesentlichen Folgeschäden vorzubeugen gelte, die durch Verzögerungen von Hilfeleistungen drohten. Dabei müsse es sich um eine konkrete Gefährdungssituation handeln, die insbesondere voraussetze, dass eine Ärztin oder ein Arzt nicht rechtzeitig anwesend sein könne. In diesem Fall diene die Übernahme der eigentlich heilkundlichen Tätigkeiten, die der ärztlichen Behandlung vorbehalten seien, dem Schutz des Lebens oder der Gesundheit der Patientin oder des Patienten als besonders hohem Schutzgut. Die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten sei zeitlich befristet. Sie bestehe nur bis zum Eintreffen einer notärztlichen oder sonstigen ärztlichen Versorgung. Eine den Anforderungen des Berufsalltags gerecht werdende Ausbildung habe sich auch auf die Inhalte zu erstrecken, die die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf solche Situationen vorbereiteten. Entsprechend zu erwerbende Kompetenzen seien daher in Buchstabe c aufgeführt.

Voraussetzung für die Übernahme der heilkundlichen Tätigkeiten sei – so wird in der Begründung zu Buchstabe c weiter ausgeführt –, dass sich die Patientin oder der Patient in einem lebensgefährlichen Zustand befinde oder dass wesentliche Folgeschäden zu befürchten seien,

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

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

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

wenn keine unmittelbare Versorgung erfolge. Zeitlich bedeute dies, dass die Patientin oder der Patient in einem solch bedrohlichen Zustand sei, dass ihr oder ihm ein Warten auf das Eintreffen ärztlicher Hilfe nicht zugemutet werden könne und auch eine telefonische oder sonstige kurzfristig erreichbare Rückkopplung mit einer Ärztin oder einem Arzt nicht möglich sei. Die Ausbildung müsse daher auf das Erkennen und sorgfältige Bewerten einer solchen Situation vorbereiten. Außerhalb dieser besonderen Gegebenheiten würden Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter bei der Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten wie üblich nur auf ärztliche Veranlassung tätig²⁸.

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 sollen²⁹. Während der Buchstabe a das „Assistieren“ bei heilkundlichen Maßnahmen in Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes betrifft, regelt Buchstabe b das „eigenständige Durchführen“ von heilkundlichen Maßnahmen bei ärztlicher Anwesenheit und auf ärztliche Veranlassung³⁰.

Nach der Regelung in Buchstabe c soll die Ausbildung schließlich auch dazu befähigen, im Rahmen der Mitwirkung „eigenständig“ heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, die vom ÄLRD 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 ÄLRD oder eine in vergleichbarer Verantwortung stehende ärztliche 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 beruhten³¹.

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

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

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

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

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 auf eine Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notsanitäter für die „eigenständige“ Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne der Substitution ärztlicher Leistungen abzielt oder ob derartige Tätigkeiten aus Sicht des Gesetzgebers als vom ÄLRD delegierte Aufgaben aufzufassen sind.

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 Auffassung³² 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 kann³³. Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung und Überwachung und hat unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen³⁴. Die Entscheidungshoheit über die Durchführung der übertragenen Behandlungsmaßnahme – das „Ob“ – verbleibt im Falle der Delegation beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung – das „Wie“ – auf den Delegationsempfänger übergeht³⁵. 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

32 Vgl. etwa Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 81; Reuther, Delegation ärztlicher Leistungen, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 1360, Rn. 3; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3.

33 Vgl. Katzenmeier/Slavu, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Health in der Notfallmedizin, 2009, S. 54.

34 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: PflegeRecht (PflR) 2009, S. 372 (373).

35 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.

Aufgaben gleichwohl selbstständig³⁶. Von der Delegation zu unterscheiden sind reine Assistenz-tätigkeiten, bei denen das nichtärztliche Personal an der Seite des Arztes lediglich untergeord-nete Aufgaben und Handreichungen übernimmt, ohne eine eigenständige Kompetenz hinsicht-lich der Frage der Durchführung zu haben³⁷. Die Abgrenzung zwischen Delegation und Assistenz kann im Einzelfall Schwierigkeiten bereiten³⁸.

3.1.2. Der medizinrechtliche Begriff der Substitution

Von der Delegation zu unterscheiden ist die gesetzlich ebenfalls nicht definierte Substitution ärztlicher Leistungen³⁹. 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 Personal⁴⁰. Dieses handelt folglich nicht mehr auf ärztliche Weisung, sondern anstelle des Arztes⁴¹. Damit obliegt dem Nichtmediziner im Rahmen der Substitution also nicht nur die Ent-scheidung über das „Wie“, sondern auch die Entscheidungsprärogative über das „Ob“ einer heil-kundlichen Maßnahme⁴². Unter Substitution ist folglich die selbstständige, eigenverantwortliche

-
- 36 Vgl. Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, S. 24 f; Spickhoff/Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: *Medizinrecht (MedR)* 2008, S. 463 (463).
- 37 Vgl. Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3; Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, S. 25; Bohne, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, S. 13.
- 38 Vgl. hierzu näher Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nicht-ärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, S. 25 ff.
- 39 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: *Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060*, Rn. 83; Reuther, Delegation ärztlicher Leistungen, in: *Heidelberger Kom-mentary Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 1360*, Rn. 4; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 40 Vgl. Bonvie, Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht, in: *Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Me-dizinrecht 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).
- 41 Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegeper-sonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, S. 24; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswe-сен – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 4.
- 42 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).

und somit autonome Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben durch nichtärztliches Personal zu verstehen⁴³. 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 Gesetzbuch (BGB)⁴⁴ und gegebenenfalls auch nach § 823 Abs. 1 BGB steht⁴⁵, haftet bei der Substitution ärztlicher Leistungen alleine der handelnde Nichtmediziner oder dessen Dienstherr⁴⁶.

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 überzeugenderen Argumente 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 hat⁴⁷.

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

43 Vgl. Steinhilper, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 4060, Rn. 83; Abanador, Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu § 63 Abs. 3c SGB V, S. 24.

44 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. 7 des Gesetzes vom 31. Januar 2019 (BGBl. I S. 54).

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

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

47 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).

Durchführung heilkundlicher Maßnahmen verbleibt auf Grund der zeitlich vorweggenommenen standardmäßigen Vorgaben für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen also stets bei den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten, als denjenigen, 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 dargelegt⁴⁸ – dadurch gekennzeichnet, dass Nichtmedizinern im Rahmen der Substitution nicht nur die Durchführungscompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten übertragen wird, sondern auch die Entscheidungsbefugnis über das „Ob“ einer medizinischen Maßnahme im Sinne der selbstständigen, 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 Notfallsanitäter – wie oben bereits ausgeführt⁴⁹ – 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 oder der Patient in einem lebensgefährlichen Zustand befindet oder dass wesentliche Folgeschäden zu befürchten sind, wenn keine unmittelbare Versorgung erfolgt⁵⁰. In derartigen Notstandslagen sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf Grund der in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der Lage sein, originär ärztliche Tätigkeiten „eigenverantwortlich“ und somit autonom anstelle der bzw. des nicht rechtzeitig anwesenden Ärztin oder 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 heilkundiger Tätigkeiten wie üblich nur auf ärztliche Veranlassung tätig werden⁵¹, 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.

48 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.1.2.

49 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.2.3

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

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

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. Nicht unproblematisch ist allerdings, dass der Wortlaut des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG insofern von einem sprachlichen Gegensatz geprägt ist, als Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dafür ausgebildet werden sollen, „im Rahmen der Mitwirkung“ heilkundliche Maßnahmen „eigenständig“ durchzuführen⁵². Der Gesetzgeber hat das Problem des insoweit nicht ganz eindeutigen Wortlauts durchaus gesehen und in der Gesetzesbegründung – wie oben bereits erwähnt⁵³ – 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 beruhen⁵⁴. Diese gesetzgeberische Begründung ist zwar insofern problematisch, als im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG Maßnahmen gemeint sind, die ausweislich des Gesetzestextes „standardmäßig“ vorgegeben werden, über die also gerade nicht im konkreten Einzelfall eine Ärztin oder 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 ist⁵⁵. Hinzu kommt noch, dass schwierige oder gefährliche Maßnahmen oft schon prinzipiell gar nicht delegationsfähig sind⁵⁶. 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 aber gleichwohl noch 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

52 Nach Lechleuthner/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. Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

53 Vgl. hierzu die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.2.4.

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

55 Vgl. Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

56 Vgl. hierzu näher unten zu Gliederungspunkt 3.2.2.

Anordnung des ÄLRD oder entsprechend verantwortliche Ärztinnen oder Ärzte zurückgeht⁵⁷. 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 könnte⁵⁸.

Der hier 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 angesprochen⁵⁹ – durch die Übertragung der Durchführungscompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten geprägt. Auch wenn bei der Delegation also 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 deshalb nicht unproblematisch, weil eine Delegation grundsätzlich nicht nur eine allgemeine, sondern vielmehr eine gesonderte ärztliche Anordnung erfordert⁶⁰ und der Entscheidung über die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen in den Fällen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG keine ärztliche Beurteilung der/des konkreten Patientin/Patienten vorausgeht. Darin unterscheiden sich die im rettungsdienstlichen Kontext diskutierten Fälle von den bekannten Delegationslagen im medizinischen Umfeld, bei denen – verkürzt gesagt – die Entscheidung über das „Ob“ einer heilkundlichen Maßnahme durch ärztliches Personal getroffen wird⁶¹. Die Delegation ärztlichen Handelns im Sinne des in Rechtsprechung und Literatur etablierten Verständnisses dieses

57 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).

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

59 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.

60 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: MedR, 2000, S. 352 (356); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 3; 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).

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 übergeht⁶². Der Arzt muss danach stets wissen, welcher Mitarbeiter welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt vornimmt⁶³. Eine pauschale Übertragung heilkundiger Tätigkeiten auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Sinne einer „Generaldelegation“ ist dem Medizinrecht bislang fremd⁶⁴ und kommt nach etablierter juristischer Sichtweise deshalb nicht in Betracht⁶⁵.

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 werden⁶⁶, 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 Patientinnen und Patienten⁶⁷. 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 sind⁶⁸. Von einer Delegation mit Hilfe von standardisierten Handlungsanweisungen ist also nur dann auszugehen, wenn durch eine SOP weitgehend alle Be-

62 Vgl. Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).

63 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.

64 Vgl. Ufer, Kompetenz soll geregelt werden – Die neue Ausbildungszielbestimmung im NotSanG-E, in: Rettungsdienst, 2012, S. 692 (696); Niehues, Schriftliche Stellungnahme vom 23. Januar 2013 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.

65 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.

66 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.

67 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 93.

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

handlungsoptionen 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, also nicht 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 ist⁶⁹.

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 werden⁷⁰. Danach darf die Gefährdung des Patienten bei der Übernahme einer ärztlichen Tätigkeit durch nichtärztliches Personal nicht erhöht werden⁷¹. 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 erhält⁷². Ob und in wel-

-
- 69 So die überzeugenden Ausführungen im Gesetzentwurf zur Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes und der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes in: Bayerischer Landtag, Drs. 17/8893 vom 4. November 2015, S. 15; vgl. hierzu auch Neupert/Sarangi, Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e.V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (119).
- 70 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 (Neue Juristische Wochenschrift 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: E-Health in der Notfallmedizin, S. 54.
- 71 Vgl. Oberlandesgericht (OLG) München, VersR 1994, 1113; Giesen, Arzthaftungsrecht: Die zivilrechtliche Haftung aus medizinischer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, 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.
- 72 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 unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: MedR 2008, S. 463 (465); Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 45.

chem 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 ab⁷³.

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 in den „Kernbereich ärztlicher Tätigkeit“ fallen⁷⁴. 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 können⁷⁵. Das gilt auch dann, wenn das nichtärztliche Personal im Einzelfall tatsächlich über eine ausreichende fachliche Kompetenz zur Übernahme der Leistung verfügt⁷⁶. 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)

-
- 73 Vgl. hierzu etwa Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: MedR 2009, S. 1 (6).
- 74 Vgl. etwa OLG Dresden, in: MedR 2009, S. 410 (411); Gitter/Köhler, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht: Ausformung und Auswirkungen auf die Leistungserbringung in ärztlichen Kooperationsformen, S. 50, 55; Hahn, Zulässigkeit und Grenzen der Delegierung ärztlicher Aufgaben, in: Neue Juristische Wochenschrift (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 unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: MedR 2008, S. 463 (465).
- 75 Vgl. etwa OLG Dresden, in: MedR 2009, S. 410 (411); Narr, Zur persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes aus der Sicht der GOÄ und des Kassenarztes, 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 (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 45 Rn. 6; Katzenmeier/Slavu, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Health in der Notfallmedizin, S. 55; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, S. 45; Gitter/Köhler, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht: Ausformung und Auswirkungen auf die Leistungserbringung in ärztlichen Kooperationsformen, S. 55; Spickhoff/Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, in: MedR 2008, S. 463 (465) mit weiteren Nachweisen.
- 76 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.

zu den Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen sowie diverser Fachverbände⁷⁷ für den Einzelfall konkretisiert. Neben den ausdrücklich normierten Arztvorbehalten⁷⁸ zählen danach unter anderem Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung der Patientin oder des Patienten einschließlich diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Entscheidung über Therapie und Durchführung invasiver Maßnahmen sowie operative Eingriffe und ärztliche Beratung der Patientin oder des Patienten zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit⁷⁹. Ganz überwiegend wird darüber hinaus auch die Aufklärung der Patientin oder des Patienten dem nicht delegierbaren ärztlichen Bereich zugeordnet⁸⁰. Die Übertragung einer nicht delegierbaren Aufgabe auf nichtärztliches Personal stellt per se einen Behandlungsfehler dar⁸¹.

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 aufweist⁸². 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,

-
- 77 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.
- 78 Vgl. hierzu näher Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), 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 unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie*, in: *MedR* 2008, S. 463 (466).
- 79 Vgl. etwa OLG Köln, *VersR* 1993, S. 1487; OLG München, *VersR* 1994, S. 1113; OLG Stuttgart, *VersR* 1993, S. 1358; Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 45 Rn. 6; Katzenmeier/Slavu, *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Health in der Notfallmedizin*, S. 55 f; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X: Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 58; Müssig, *Stellung des ärztlichen Leiters im Rettungsdienst: Einführung des Notfallsanitätäergesetzes (NotSanG)*, in: *Der Notarzt*, 2015, S. 15 (15).
- 80 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.
- 81 Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht, X: Arztfehler und Haftpflicht*, Rn. 57; Laufs/Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 100 Rn. 17; Spickhoff/Seibl, *Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie*, in: *MedR* 2008, S. 463 (469, 472).
- 82 Vgl. hierzu näher Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 45 Rn. 8 mit weiteren Nachweisen in Fußnote 15; Katzenmeier/Slavu, *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Health in der Notfallmedizin*, 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.

um die zur Übertragung anstehende Aufgabe wahrzunehmen⁸³. In den Bereich der im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen können unter diesen Voraussetzungen insbesondere Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen fallen⁸⁴.

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 wollte⁸⁵. 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 im Rahmen der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten schaffen wollte, im NotSanG selbst insoweit aber keinen neuen Zulässigkeitstatbestand geregelt hat.

4. Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Berufsausübungsregelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 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 erwähnt⁸⁶ – nicht die Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, also nicht deren Tätigkeit im Rettungsdienst selbst. Regelungen zur Berufsausübung waren im Rah-

83 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 unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie*, in: *MedR* 2008, S. 463 (470); zur Pflicht des Arztes, nicht-ärztliches 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.

84 Vgl. hierzu Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), *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.

85 Vgl. Lechleuthner/Neupert, *Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden*, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, 2015, S. 413 (416).

86 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.1.

men des NotSanG nicht möglich, da sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG)⁸⁷ auf die „Zulassung“ zum Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters beschränkt⁸⁸. 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 beziehen⁸⁹. Für die „anderen Heilberufe“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG und damit auch für den der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters⁹⁰ gilt hinsichtlich der „Zulassung“ im Wesentlichen das Gleiche wie für die ärztlichen Heilberufe⁹¹. Der Bund hat auch insoweit lediglich die Gesetzgebungskompetenz für die Berufszulassung, nicht aber für die Berufsausübung⁹². Zur Berufszulassung ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts⁹³ 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,

87 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 28. März 2019 (BGBl. I S. 404).

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

89 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.

90 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.

91 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.

92 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, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 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. 88; Degenhart, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Art. 74 Rn. 86; Haratsch, in: Sodan (Hrsg.), Grundgesetz, Beck'scher Kompakt-Kommentar, Art. 74 Rn. 35.

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

also die für den Beruf typischen Fähigkeiten, regeln könne⁹⁴. Über die Beschreibung des Berufsbildes und die Festlegung der Zulassungsbedürftigkeit hinaus sei er auch befugt, Zulassungsvoraussetzungen und deren Nachweis zu regeln⁹⁵. 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 Ausbildung⁹⁶, 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 gibt⁹⁷. Da die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes bei den Heilberufen – anders als beispielsweise bei den Berufen der Rechtsanwälte und Notare (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG) – auf das Zulassungswesen beschränkt ist⁹⁸, gehört all das, was sich nicht auf die Zulassung bezieht, nicht mehr zur konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG⁹⁹. 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 Bundesländer¹⁰⁰.

94 Vgl. BVerfGE 106, 62 (130).

95 Vgl. BVerfGE 106, 62 (130).

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

97 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 – Übersicht, Begriff, Verfassungsfragen, S. 186 ff.

98 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).

99 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.

100 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).

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 gehalten¹⁰¹ und keine Vorschriften zur Berufsausübung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter getroffen¹⁰². 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 durchzuführen¹⁰³. 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 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 NotSanG¹⁰⁴ 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.

101 Vgl. etwa Lippert, Der Notfallsanitäter – nur der Rettungsassistent in einem anderen Kleid?, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2013, 216 (216).

102 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.

103 Vgl. etwa Neupert/Sarang, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (118); Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (414 ff.); Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e. V., Schriftliche 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), S. 1.

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

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 regeln¹⁰⁵. 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 – 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:

Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG) vom 17. Februar 1939¹⁰⁶, 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 ist¹⁰⁷, 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

105 Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 3.2.

106 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. 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).

107 Vgl. etwa Laufs, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 10 Rn. 4; Schelling, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, Vorbemerkung zum Heilpraktikergesetz, Rn. 2.

18. Februar 1939¹⁰⁸ 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 im Dienste von anderen ausgeübt wird“. Maßgeblich sind das Erfordernis ärztlicher oder heilkundlicher Fachkenntnisse und die Gefahr gesundheitlicher Schäden¹⁰⁹. 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 darf¹¹⁰.

Der Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters ist nach der Gesetzesbegründung zum NotSanG¹¹¹ – wie bereits erwähnt – 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 Patienten¹¹². 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 Abs. 1 HeilprG ohne Erlaubnis nur Ärztinnen und Ärzten gestattet ist¹¹³. 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 durchzuführen¹¹⁴, wird darauf hingewiesen, dass es sich in diesen Fällen um die Übernahme „eigentlich heilkundlicher Tätigkeiten“ handele, die grundsätzlich der ärztlichen Behandlung vorbehalten seien¹¹⁵. Bei einer an das Ausbildungsziel des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG anknüpfenden landesgesetzlichen Substitutionsregelung wären auch die dort genannten Tätigkeiten

-
- 108 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. 17f in Verbindung mit Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).
- 109 Vgl. nur BVerwGE 66, 367 (369) = NJW 1984, 1414; BVerwG, in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht-Rechtsprechungs-Report (NVwZ-RR) 2010, 111 (112); zum Begriff der Heilkundenausübung im Sinne des § 1 Abs. 2 HeilprG und zur Auslegung und Fortentwicklung des Heilkundebegriffs durch die Rechtsprechung vgl. eingehend Schelling, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, § 1 HeilprG Rn. 7 ff.; Hespeler, Heilkunde, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Ordnungsziffer 2410, Rn. 1; Laufs, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 10 Rn. 6.
- 110 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.
- 111 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 17.
- 112 So die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 17.
- 113 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.
- 114 Vgl. zu dieser Bestimmung die Ausführungen oben zu Gliederungspunkt 2.2.3.
- 115 Vgl. hierzu die Erläuterungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/11689, S. 21.

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 sind¹¹⁶.

Einer „Substitutionslösung“ in den Bundesländern 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 regeln¹¹⁷. Bei dem HeilprG handelt es sich um ein Gesetz, das die Berufszulassung regelt¹¹⁸. 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 GG¹¹⁹. Eine derartige Öffnung des Heilkundevorbehaltes hat der Bundesgesetzgeber im NotSanG aber gerade nicht vorgesehen. Die im Gesetzgebungsverfahren im Anschluss an einen entsprechenden Vorschlag des Bundesrates¹²⁰ 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 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

-
- 116 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: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416).
- 117 Vgl. Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum „Pyramidenprozess“ zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014, S. 118 (118).
- 118 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.
- 119 So zu Recht 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.
- 120 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.

keine Anwendung finde¹²¹, ist im Ausschuss für Gesundheit abgelehnt worden¹²². Diese ausdrückliche Ablehnung spricht dafür, dass der Gesetzgeber den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gerade keine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde erteilen wollte¹²³.

Dies wird auch dadurch deutlich, dass der Bundesgesetzgeber eine § 4a NotSanG entsprechende Ausnahme vom Heilkundevorbehalt zum Beispiel in das Altenpflegegesetz (AltpfG)¹²⁴ (vgl. § 1 Satz 2 AltpfG)¹²⁵ und das Krankenpflegegesetz (KrPflG)¹²⁶ (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG)¹²⁷ aufgenommen hat, in denen ausdrücklich normiert wurde, dass die dort genannten Berufsangehörigen in begrenztem Umfang eine Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten haben¹²⁸. 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 gerade Abstand genommen hat, kann die generelle Geltung des Arztvorbehalts im Rettungsdienst nicht in Abrede gestellt werden¹²⁹. Die noch unter Geltung

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

122 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.

123 Vgl. Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, S. 107; Lechleuthner/Neupert, Tätigkeit als Notfallsanitäter im öffentlichen Rettungsdienst: Anwendung von Maßnahmen zur Lebensrettung und zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden, in: Notfall + Rettungsmedizin, 2015, S. 413 (416 f.); Neupert/Sarangi, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft RettungsdienstRecht e. V. zum "Pyramidenprozess" zur Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt, 2014 S. 118 (118).

124 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltpfG) 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. 1b des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das nach Art. 15 Abs. 5 des PflBRefG am 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt.

125 Nach § 1 Satz 1 AltpfG 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 AltpfG verfügen, sind gemäß § 1 Satz 2 AltpfG im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.

126 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 1a des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das nach Art. 15 Abs. 5 des PflBRefG am 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt.

127 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.

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

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

des RettAssG kontrovers diskutierte Frage, ob nichtärztliches Rettungsfachpersonal dem Heilkundevorbehalt unterliegt, hat sich deshalb nach derzeitiger Rechtslage erledigt. 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 werden¹³⁰. Zusammenfassend ist damit im Ergebnis festzustellen, dass einer „Substitutionslösung“ in den Bundesländern der in § 1 Abs. 1 HeilprG verankerte Arztvorbehalt entgegensteht.

130 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 des Berufsbildes der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie 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-Württemberg¹³¹, Bayern¹³², Berlin¹³³, Brandenburg¹³⁴, Bremen¹³⁵, Hamburg¹³⁶, Hessen¹³⁷, Mecklenburg-Vorpommern¹³⁸, Niedersachsen¹³⁹, Nordrhein-Westfalen¹⁴⁰, Sachsen¹⁴¹, Sachsen-Anhalt¹⁴², Schleswig Holstein¹⁴³ und

-
- 131 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. Danach wurde das RDG zuletzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Anpassung des allgemeinen Datenschutzrechts und sonstiger Vorschriften an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 12. Juni 2018 (GBl. S. 173, 187) mit Wirkung vom 21. Juni 2018 geändert. Diese Änderungen betreffen aber lediglich Regelungen zum Schutz und zur Verarbeitung personenbezogener Daten in den §§ 31 und 32 RDG, denen im vorliegenden Zusammenhang keine Bedeutung zukommt.
- 132 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 Art. 9a Abs. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (GVBl. S. 458) geändert worden war, mit Wirkung zum 1. April 2016 geändert wurde. Die bislang letzte Änderung erfuhr das BayRDG durch § 1 Abs. 167 der Verordnung zur Anpassung des Landesrechts an die geltende Geschäftsverteilung vom 26. März 2019 (GVBl. S. 98), die am 1. Mai 2019 in Kraft getreten ist. Die Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AV-BayRDG) vom 30. November 2010 (GVBl. S. 786) wurde zuletzt durch § 2 der Verordnung zur Änderung der Feuerwehrgesetzesausführungsverordnung und weiterer Rechtsvorschriften vom 17. August 2018 (GVBl. S. 706) geändert, die am 12. September 2018 in Kraft trat.
- 133 Vgl. Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vom 20. September 2016 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin – GVBl – S. 762), mit dem das Rettungsdienstgesetz vom 8. Juli 1993 (GVBl. S. 313), das zuletzt durch Nr. 33 der Anlage zum Gesetz vom 4. März 2005 (GVBl. S. 125) geändert worden war, mit Wirkung zum 30. September 2016 geändert wurde. Eine weitere Änderung des RDG ist seitdem nicht mehr erfolgt.
- 134 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. Die bislang letzte Änderung erfuhr die LRDPV mit Wirkung vom 24. August 2018 durch Art. 2 der Verordnung über die Qualifikationsanforderungen an Disponentinnen und Disponenten der integrierten Regionalleitstellen und zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 17. August 2018 (GVBl. II Nr. 53).

-
- 135 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. Geändert wurde das BremHilfeG zuletzt durch Art. 7 des Gesetzes zur Anpassung von Vorschriften aus dem Bereich Inneres an die europäische Datenschutz-Grundverordnung und zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Flurbereinigungsgesetzes vom 8. Mai 2018 (Brem.GBl. S. 149, 156), das nach seinem Art. 9 am 25. Mai 2018 in Kraft getreten ist. Die durch Art. 7 dieses Gesetzes erfolgten Änderungen betreffen aber lediglich die Datenschutzregelungen in den §§ 61, 63, 64 und 65 BremHilfeG, die im vorliegenden Zusammenhang ohne Bedeutung sind.
- 136 Vgl. das Vierte Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes vom 20. Juli 2017 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I [HmbGVBl.] S. 228), mit dem das Hamburgische Rettungsdienstgesetz (HmbRDG) vom 9. Juni 1992 (HmbGVBl. S. 117), das zuletzt durch Art. 8 des Gesetzes vom 19. April 2011 (HmbGVBl. S. 123) geändert worden war, mit Wirkung zum 29. Juli 2017 geändert wurde (vgl. Art. 54 Satz 1 der Verfassung der Freien und Hansestadt Hamburg vom 6. Juni 1952). Die bislang letzte Änderung erfuhr das HmbRDG durch Art. 3 des am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Gesetzes zur Anpassung datenschutzrechtlicher Vorschriften im Hamburgischen Katastrophenschutzgesetz, Feuerwehrgesetz, Hamburgischen Rettungsdienstgesetz und Hafensicherheitsgesetz vom 18. Mai 2018 (HmbGVBl. S. 182), mit dem die Regelung zum Datenschutz in § 5 HmbRDG eine neue Fassung erhielt.
- 137 Vgl. Art. 1 der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 22. Dezember 2014 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen [GVBl.] 2015, S. 24), mit dem die Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 3. Januar 2011 (GVBl. I S. 13), die zuletzt durch die Verordnung vom 11. Dezember 2012 (GVBl. S. 681) geändert worden war, mit Wirkung zum 15. Januar 2015 geändert wurde. Eine weitere Änderung der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (RettDGV HE) vom 3. Januar 2011 ist seitdem nicht mehr erfolgt.
- 138 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 2004 S. 2) geändert worden war, außer Kraft getreten ist. Die erste – und bislang letzte – Änderung erfuhr das RDG M-V vom 9. Februar 2015 durch Art. 7 des Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 16. Mai 2018 (GVBl. S. 183, 188), der am 26. Mai 2018 in Kraft trat.
- 139 Vgl. Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und der Allgemeinen Gebührenordnung vom 14. Dezember 2016 (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt [Nds. GVBl.] S. 270), mit dem das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) in der Fassung vom 2. Oktober 2007 (Nds. GVBl. S. 473), das zuletzt durch Art. 2 des Gesetzes vom 7. Dezember 2012 (Nds. GVBl. S. 548) geändert worden war, mit Wirkung zum 21. Dezember 2016 geändert wurde. Danach wurde das NRettDG zuletzt durch Art. 7 des Gesetzes zur Neuordnung des niedersächsischen Datenschutzrechts vom 16. Mai 2018 (Nds. GVBl. S. 66, 86) mit Wirkung vom 25. Mai 2018 geändert. Die durch Art. 7 dieses Gesetzes erfolgten Änderungen in § 11 NRettDG beziehen sich aber nur auf den Datenschutz und sind deshalb im vorliegenden Zusammenhang ohne Bedeutung.
- 140 Vgl. Art. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW vom 25. März 2015 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen [GV. NRW] S. 305), mit dem das Rettungsgesetz 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. Danach wurde das RettG NRW zuletzt durch Art. 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Neuregelung des Brandschutzes, der Hilfeleistung und des Katastrophenschutzes vom 17. Dezember 2015 (GV. NRW S. 886, 900) geändert, das am 1. Januar 2016 in Kraft trat. Die hierdurch in den §§ 1, 2 und 7 RettG NRW erfolgten Änderungen sind im vorliegenden Zusammenhang ohne Bedeutung.

Thüringen¹⁴⁴ und damit in fast allen Bundesländern Gesetze zur Änderung der jeweiligen Rettungsdienstgesetze oder zumindest Änderungen der Landesrettungsdienstplanverordnungen oder sonstiger Durchführungsverordnungen erlassen.

Lediglich in Rheinland-Pfalz¹⁴⁵ und im Saarland¹⁴⁶ haben die Landesgesetzgeber ihre Rettungsdienstgesetze bislang noch nicht entsprechend angepasst. In Rheinland-Pfalz arbeitet die Landesregierung derzeit jedoch an einer Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, mit der der Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz zukunftsfähig gemacht werden soll. Im Rahmen der geplanten Novelle soll – neben einer Änderung der organisatorischen und finanziellen Bestimmungen für den Notfall- und Krankentransport – auch eine Anpassung an das neue Berufsbild der Notfallsanitäterin

-
- 141 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 Rettungsdienstplanung im Freistaat Sachsen (Sächsische Landesrettungsdienstplanverordnung – SächsLRettDPVO) vom 5. Dezember 2006 (SächsGVBl. S. 533), 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. Eine weitere Änderung der SächsLRettDPVO ist seitdem nicht mehr erfolgt.
- 142 Vgl. das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 26. Oktober 2017 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt - GVBl. LSA S. 197), mit dem das Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettDG LSA) vom 18. Dezember 2012 (GVBl. LSA S. 624), das zuletzt durch Art. 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2014 (GVBl. LSA S. 288, 341) geändert worden war, im Wesentlichen mit Wirkung zum 9. November 2017 geändert wurde. Die bislang letzte Änderung erfuhr das RettDG LSA durch Art. 2 des Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie des Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden Sachsen-Anhalt vom 6. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 76, 80), das am 14. Mai 2019 in Kraft getreten ist.
- 143 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). Zur weiteren Rechtsentwicklung in Schleswig-Holstein vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 5.12.
- 144 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. Zur weiteren Rechtsentwicklung in Thüringen vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 5.13.
- 145 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).
- 146 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. 18 des Gesetzes Nr. 1949 zur Anpassung des bereichsspezifischen Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 22. August 2018 (Amtsbl. des Saarlandes Teil I S. 674). Die durch Art. 18 des Gesetzes Nr. 1949 mit Wirkung zum 12. Oktober 2018 erfolgten Änderungen betreffen lediglich die Regelungen zum Datenschutz in § 21 SRettG, denen im vorliegenden Zusammenhang keine Bedeutung zukommt.

und des Notfallsanitäters erfolgen. Der hierzu vom Ministerium des Innern und für Sport erarbeitete – bisher noch nicht veröffentlichte – Referentenentwurf zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Rheinland-Pfalz sieht insoweit vor, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach einer angemessenen Übergangszeit die durch das Rettungsdienstgesetz bisher den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zugewiesenen Aufgaben übernehmen. Dementsprechend sollen die gesetzlichen Regelungen zur personellen Besetzung der Rettungswagen und für die rettungsdienstliche Aufgabenwahrnehmung in den Leitstellen neu gefasst werden. Der Referentenentwurf wurde mittlerweile den Verbänden und betroffenen Institutionen zur Anhörung vorgelegt und soll nach einer Auswertung dieser Anhörung anschließend als Gesetzentwurf in das parlamentarische Verfahren eingebracht werden¹⁴⁷. Auch im Saarland ist geplant, das dort geltende Rettungsdienstgesetz an das neue Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters anzupassen. Hierzu liegt auch bereits ein entsprechender Referentenentwurf des Ministeriums für Inneres, Bauen und Sport zur Änderung des Saarländischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vor, mit dem der Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auf eine rechtssichere gesetzliche Grundlage gestellt werden soll¹⁴⁸. Allerdings will die Landesregierung in diesem Entwurf offenbar auch die Vergabe des Rettungsdienstes neu regeln, und dafür soll zunächst noch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) abgewartet werden¹⁴⁹.

147 Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, Novelle soll Rettungsdienst zukunftsfähig machen, Pressemitteilung vom 23. Oktober 2018, abrufbar im Internet unter: <https://mdi.rlp.de/de/service/pressemitteilungen/detail/news/detail/News/novelle-soll-rettungsdienst-zukunftsaehig-machen/>.

148 Vgl. Kirch, Daniel, Notfallsanitäter im Saarland – Rettungsdienst sorgt sich vor Haarspalterei, in: Saarbrücker Zeitung vom 8. November 2018, abrufbar im Internet unter: https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/saarland/keine-rechtsgrundlage-fuer-einsatz-von-notfallsanitaetern-im-saarland_aid-34373301.

149 Vgl. Kirch, Daniel, Notfallsanitäter im Saarland – Rettungsdienst sorgt sich vor Haarspalterei, in: Saarbrücker Zeitung vom 8. November 2018.

In Umsetzung der durch das NotSanG geänderten bundesrechtlichen Berufszulassungsregelungen beschränken sich die Novellierungen der Rettungsdienstgesetze und die sonstigen Änderungen landesrechtlicher Vorschriften in Baden-Württemberg¹⁵⁰, Brandenburg¹⁵¹, Bremen¹⁵², Hamburg¹⁵³, Hessen¹⁵⁴, Mecklenburg-Vorpommern¹⁵⁵, Niedersachsen¹⁵⁶ und Sachsen¹⁵⁷ im Wesentlichen auf eine Neuregelung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und bei der Besetzung der Notfallrettungsmittel. Regelungen, mit denen in Umsetzung des NotSanG explizit an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsehen, dass die Ärztliche Leitung Rettungsdienst die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne dieser Vorschrift an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren, bestehen bislang jedoch nur im Freistaat Bayern, im Land Berlin, in Sachsen-Anhalt und in Schleswig-Holstein sowie im Freistaat Thüringen. Die Rettungsdienstgesetze bzw. die zu deren Durchführung erlassenen Lan-

-
- 150 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.
- 151 Vgl. § 6 LRDPV in der Fassung von Art. 2 der Verordnung über die Qualifikationsanforderungen an Disponentinnen und Disponenten der integrierten Regionalleitstellen und zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 17. August 2018 (GVBl. II Nr. 53).
- 152 Vgl. § 30 Abs. 4 und 6 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.
- 153 Vgl. § 21 Abs. 2 und 3 sowie § 27 Abs. 2 HmbRDG in der Fassung des Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes vom 20. Juli 2017 (HmbGVBl. S. 228) und die diesbezügliche Begründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Landtags-Drucksache 21/9338 vom 6. Juni 2017, S. 1 ff.
- 154 Vgl. § 24 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b) und § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b), Abs. 3 der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 3. Januar 2011 (GVBl. I S. 13), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 22. Dezember 2014 (GVBl. 2015 S. 24).
- 155 Vgl. § 4 Abs. 2, 3, 5 und 6 RDG M-V in der Fassung des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern vom 9. Februar 2015 (GVOBl. 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.
- 156 Vgl. § 10 Abs. 2 Satz 2 und 3 NRettDG in der Fassung von Art. 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und der Allgemeinen Gebührenordnung vom 14. Dezember 2016 (Nds. GVBl. S. 270).
- 157 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).

desrechtsverordnungen in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen nehmen bei der Aufgabenbeschreibung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst – anders als in Bayern, Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen – demgegenüber 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 in Betracht kommen und die in der Praxis – soweit ersichtlich – auch entsprechend angewendet werden. Darüber hinaus soll nachfolgend auch auf die Rechtslage in Hamburg eingegangen werden, die hier deshalb von besonderem 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 2016¹⁵⁸ beschlossen, das nach § 3 dieses Änderungsgesetzes am 1. April 2016 in Kraft getreten ist.

5.2.1. Anpassung der Vorschriften über die Besetzung der Notfallrettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters

Um dem durch das NotSanG neu geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurde durch § 1 Nr. 17 des Änderungsgesetzes zum einen die Besetzung der Notfallrettungsmittel im Hinblick auf die Qualifikation des nichtärztlichen medizinischen Personals angepasst¹⁵⁹. 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

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

159 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drs. 17/8893 vom 4. November 2015, S. 3, 12 und 17.

umfasst¹⁶⁰, mindestens eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter zur Betreuung des Patienten einzusetzen ist. Beim arztbegleiteten Patiententransport¹⁶¹ 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 Intensivtransportwagen¹⁶² 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 vorgegeben¹⁶³. 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.

5.2.2. Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen auf Notfallsanitäter als neue Aufgabe des ÄLRD

Neben einer grundlegenden Neuordnung der Struktur der ÄLRD in Bayern¹⁶⁴ 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

160 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 umfasst 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 unter Notfalltransport die Beförderung von Notfallpatienten unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu verstehen.

161 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).

162 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.

163 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drs. 17/8893, S. 3 und 12.

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

geeignet sind¹⁶⁵. Nach der Neufassung des Art. 12 Abs. 1 Satz 1 BayRDG haben die ÄLRD¹⁶⁶ 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 Abs. 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 heilkundlicher Maßnahmen an zukünftige Notfallsanitäter¹⁶⁷. Nach dieser Bestimmung sollen die ÄLRD für ihren Rettungsdienstbereich Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c des NotSanG auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren, soweit sie eine persönliche ärztliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern.

5.2.3. Erforderlichkeit der Neuregelung

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 hierzu¹⁶⁸ – 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 bestehe, lehnten die ÄLRD eine Delegation ärztlicher Maßnahmen im Rettungsdienst ab¹⁶⁹. 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 können¹⁷⁰.

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

166 Nach Art. 7 Abs. 1 Satz 1 BayRDG müssen in jedem Rettungsdienstbereich eine Integrierte Leitstelle, ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) sowie ganztägig einsatzbereite Rettungswachen und Notarztstandorte vorhanden sein.

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

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

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

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

5.2.4. Voraussetzungen und Grenzen einer Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäter

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 Personal¹⁷¹. 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 müsse¹⁷². 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 keine Diagnosestellung vornehme, also nicht 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 Bezirksleitern und dem Landesleiter bestimmt werden. Mit den „Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter“ vom 15. März 2018¹⁷³ liegen derartige landesweit geltende Vorgaben der ÄLRD inzwischen vor.

5.2.5. 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 Arztes¹⁷⁴. 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

171 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, Drs. 17/8893, S. 15.

172 Vgl. hierzu und zum Folgenden die Ausführungen im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drs. 17/8893, S. 15.

173 Vgl. zu diesen Algorithmen die nachfolgenden Ausführungen zu Gliederungspunkt 5.2.7.

174 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, in: Bayerischer Landtag, Drs. 17/8893, S. 15 f.

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 unterjährige stichpunktartige Leistungskontrollen zum Beispiel durch Wissensabfragen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen.

5.2.6. Nichterforderlichkeit der persönlichen ärztlichen Kenntnis des Patienten als Voraussetzung der Zulässigkeit einer Delegation

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 zufolge¹⁷⁵ 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)¹⁷⁶. 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 die künftigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter tätig werden dürften, ohne dass eine Notärztin bzw. ein Notarzt vor Ort sei bzw. ohne deren Nachalarmierung oder Nachforderung. Da die Behandlung dabei auf der Grundlage einer allgemeinen ärztlichen Weisung für bestimmte Zustandsbilder standardisiert

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

176 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BOÄ), Bekanntmachung vom 9. Januar 2012 in der Fassung der Änderungsbeschlüsse vom 28. Oktober 2018, veröffentlicht im Bayerischen Ärzteblatt 12/2018, S. 694, in Kraft getreten am 1. Januar 2019; abrufbar im Internet unter: http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/BO_fuer_die_Aerzte_Bayerns_Fassung_77_BAET.pdf. Nach § 7 Abs. 4 Satz 1 BOÄ beraten und behandeln Ärzte Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen (§ 7 Abs. 4 Satz 2 BOÄ). Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist nach § 7 Abs. 4 Satz 3 BOÄ im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

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.

5.2.7. Die Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter von 15. März 2018

Mit den vom Bayerischen Staatsministerium des Innern und für Integration veröffentlichten „Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben“ vom 15. März 2018¹⁷⁷ liegen für eine Versorgung von Notfallpatienten nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG konkret festgelegte heilkundliche Maßnahmen¹⁷⁸ und Medikamentengaben¹⁷⁹ vor, die von den ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter delegiert werden; sie wurden von allen bayerischen ÄLRD einstimmig konsentiert und sind bayernweit einheitlich gültig¹⁸⁰. In der Präambel zu den Algorithmen wird hervorgehoben, die Delegation von heilkundlichen Maßnahmen und Medikamentengaben bedeute eine hohe Verantwortung für die Notfallsanitäter und die ÄLRD. Nur wenn alle Beteiligten eine hohe Sorgfalt beim Umgang mit den Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG walten ließen, würden die Patienten und der Rettungsdienst als Ganzes einen uneingeschränkten Nutzen aus diesen Regelungen ziehen können¹⁸¹. Darüber hinaus finden sich in der Präambel erläuternde Ausführungen zum allgemeinen Aufbau der Algorithmen, ihrer Umsetzung in der täglichen Praxis, zu deren Anwendbarkeit auf Erwachsene und Adoleszente, zur Aufklärung und zum Vorgehen bei Behandlungsverweigerung, zu den Dokumentationspflichten der Notfallsanitäter und eingehende Erläuterungen zu den einzelnen Algorithmen¹⁸². Der Präambel zufolge ist auf der Grundlage der fortlaufenden Dokumentation und Auswertung aller rettungsdienstlichen Einsätze des nichtärztlichen Personals eine Evaluation vorgesehen, die gegebenenfalls zu einer Überarbeitung und unter Umständen auch zu einer Er

177 Bayerisches Staatsministerium des Innern und für Integration, Präambel zu den Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter (Stand: 15. März 2018), abrufbar im Internet unter: www.aelrd-bayern.de/images/stories/pdf/notsan/Praeambel_2c_NotSan_15-03-2018.pdf.

178 ÄLRD, Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG, Stand: 15. März 2018, abrufbar im Internet unter: http://www.aelrd-bayern.de/images/stories/pdf/notsan/Algorithmen_2c_NotSan_15-03-2018-2.pdf.

179 ÄLRD Bayern, Medikamente im Rahmen der Delegation gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG, Stand: 1. April 2018, abrufbar im Internet unter: http://www.aelrd-bayern.de/images/stories/pdf/notsan/Medikamente_2c_NotSan_01-04-2018.pdf.

180 Bayerisches Staatsministerium des Innern und für Integration, Präambel zu den Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter (Stand: 15. März 2018), S. 3.

181 Bayerisches Staatsministerium des Innern und für Integration, Präambel zu den Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter, S. 3.

182 Bayerische Staatsministerium des Innern und für Integration, Präambel zu den Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter, S. 3 ff.

weiterung der freigegebenen Maßnahmen und Medikamentengaben in der Delegation führen könne. Die detaillierte Festlegung der Maßnahmen und Medikamentengabe liege jedoch einzig in der Verantwortung der ÄLRD¹⁸³.

5.3. Berlin

In Berlin ist der Rettungsdienst – wie bereits erwähnt – im Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz – RDG) vom 8. Juli 1993¹⁸⁴ geregelt, das zuletzt durch Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften (RDG-ÄndG) vom 20. September 2016¹⁸⁵ geändert wurde. Mit dem am 30. September 2016 in Kraft getretenen RDG-ÄndG¹⁸⁶ verfolgte der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere das Ziel, die bundesrechtlichen Vorgaben des NotSanG zugunsten der Berliner Notfallrettung umzusetzen¹⁸⁷.

5.3.1. Neuregelung der Vorschriften über die Besetzung der Notfallrettungsmittel

Um dem durch das NotSanG neu geschaffenen Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurde durch Art. 1 Nr. 13 Buchstabe b des RDG-ÄndG zum einen die Besetzung der Notfallrettungsmittel neu geregelt. Die Vorschrift des § 9 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a in der Fassung des RDG-ÄndG sieht nunmehr 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“ verfügt¹⁸⁸. 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 eine zeitlich befristete Ausnahme von der in § 9 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a RDG getroffenen Regelung. Die Übergangsregelung des § 23 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a RDG soll ermöglichen, dass befristet bis zehn Jahre nach Inkrafttreten des RDG-ÄndG

183 Bayerisches Staatsministerium des Innern und für Integration, Präambel zu den Algorithmen für die Delegation heilkundlicher Maßnahmen und Medikamentengaben durch die ÄLRD an die in Bayern tätigen Notfallsanitäter, S. 13.

184 GVBl. S. 313.

185 GVBl. S. 762.

186 Vgl. Art. 6 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vom 20. September 2016.

187 Vgl. hierzu die Begründung im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 1 und 21.

188 Vgl. hierzu die Begründung im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 40 f. zu Art. 1 Nr. 12 Buchstabe b RDG-E.

auch Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen in der Notfallrettung zur Patientenbetreuung eingesetzt werden können, solange Notfallsanitäter oder Notfallsanitäterinnen noch nicht zur Verfügung stehen¹⁸⁹.

5.3.2. Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Entsprechend der Rechtslage in den meisten Bundesländern wurde mit dem RDG-ÄndG auch in Berlin eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst eingeführt. Die Regelung in § 5a Abs. 1 RDG 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 einer Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst beziehungsweise einem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (Ärztliche Leitung Rettungsdienst) geleitet und überwacht werden. Der Bedeutung dieser Aufgabe entsprechend ist die Ärztliche Leitung Rettungsdienst bei der Erfüllung der fachlichen Aufgaben nicht an Weisungen gebunden und im Einsatz gegenüber dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal in allen die Notfallpatientinnen und Notfallpatienten betreffenden Angelegenheiten weisungsbefugt (§ 5a Abs. 3 Satz 1 RDG). Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass die Ärztliche Leitung Rettungsdienst die ihr übertragenen gesetzlichen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen kann¹⁹⁰.

5.3.3. Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Die Aufgaben und Befugnisse der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst sowie die Qualitätssicherung werden in § 5b RDG geregelt. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Vorschrift ist die Ärztliche Leitung Rettungsdienst 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 Abs. 1 Satz 2 RDG). Die von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst wahrzunehmenden Aufgaben werden in § 5b Abs. 2 Nr. 1 bis 9 RDG aufgeführt. Diese Aufzählung ist zwar nicht abschließend, hebt nach der Gesetzesbegründung jedoch den Kernbereich der Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst hervor, der für die Aufgabenerfüllung von besonderer Bedeutung ist¹⁹¹.

189 Vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 40 f. 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).

190 Zur Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst durch Art. 1 Nr. 7 RDG-ÄndG (§ 5a RDG) vgl. im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 30 ff.

191 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 32 zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2).

Nach § 5b Abs. 2 Nr. 3 RDG hat die Ärztliche Leitung Rettungsdienst 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 Buchstabe c des NotSanG an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren. In der Gesetzesbegründung zu dieser Regelung¹⁹² wird ausgeführt, nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG wende die Notfallsanitäterin bzw. der Notfallsanitäter bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und Notfallsituationen heilkundliche Maßnahmen an. Es falle in den Verantwortungsbereich der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, medizinische Behandlungsstandards zu definieren, die im Anwendungsbereich dieses Gesetzes für bestimmte Notfallsituationen die Ausübung von heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vorsehen (Generaldelegation). Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst könne die Delegation von heilkundlichen Maßnahmen, sowie die daraus resultierenden Überwachungspflichten, auch an Ärztinnen und Ärzte der am Rettungsdienst beteiligten Organisationen übertragen. Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst 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 Rettungsdienst habe – so wird in der Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift weiter ausgeführt¹⁹³ – 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 Rettungstellen, 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.

5.3.4. Durchführung der von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst in medizinischen Behandlungsstandards ausgewiesenen heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Nach der Regelung in § 9 Abs. 3 Satz 1 RDG üben Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei der Patientenbetreuung die in den von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst 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 Buchstabe c NotSanG kann gemäß § 9 Abs. 3 Satz 2 RDG in Abstimmung mit der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst auch durch andere von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst hierzu ermächtigte Ärztinnen und Ärzte angeordnet werden.

192 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 32 zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2).

193 Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf des Berliner Senats, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 17/2963, S. 32 f. zu Art. 1 Nr. 6 RDG-E (§ 5b Abs. 2).

Der Gesetzesbegründung zufolge beschreibt und begrenzt die Regelung in § 9 Abs. 3 RDG die für Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterinnen nach dem NotSanG vorgesehenen heilkundlichen Tätigkeiten¹⁹⁴. Die Regelung stelle – so heißt es in der Begründung – „keinen gesetzlichen Erlaubnistatbestand für die Berufsausübung dar“. Dieser folge bereits aus dem NotSanG, nämlich aus der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG normierten sog. Notkompetenz. Da unter der Verantwortung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst ferner 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 Maßnahmen, der Delegationsadressaten, die Erstellung der bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbilder sowie die Überwachung der Fortbildung der Delegationsadressaten obliege gemäß § 5b Abs. 2 RDG der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst. Die Verantwortung für die Übernahme der Tätigkeit und die Ausführung trage der Notfallsanitäter bzw. die Notfallsanitäterin¹⁹⁵.

5.3.5. Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Im Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern war in Berlin bislang keine generelle Fortbildungspflicht vorgesehen. Nach § 9 Abs. 3 Satz 3 RDG sind nunmehr 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 mindestens 40 Stunden und hat ihren Schwerpunkt in praktischen Ausbildungsinhalten. Durch die Aufnahme einer Fortbildungsverpflichtung werde – so heißt es in der Gesetzesbegründung¹⁹⁶ – dem Gedanken Rechnung getragen, die Qualität des Rettungsdienstes zu sichern und einheitliche Standards zu etablieren und sicherzustellen. Unter die Fortbildungsverpflichtung fielen grundsätzlich alle im Rettungsdienst tätigen haupt- und ehrenamtlichen Kräfte. Im Hinblick auf die Aufgaben, mit denen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter konfrontiert würden, sei es darüber hinaus sachgerecht, für diese Zielgruppe eine Mindestfortbildungsdauer gesetzlich festzuschreiben. Hierbei sei – in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Anhörung – eine Mindestanzahl von 40 Stunden (einer Woche) als sachgerecht erachtet worden. 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 durch eine für alle am Rettungsdienst Beteiligten geltende Rechtsverordnung erfolgen, die in Abstimmung mit

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

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

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

der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst von der für den Rettungsdienst zuständigen Senatsverwaltung in Zusammenarbeit mit der für die Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erlassen werden kann (§ 9 Abs. 3 Satz 5 RDG).

5.4. Brandenburg

Im Land Brandenburg ist der Rettungsdienst im Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz – BbgRettG) vom 14. Juli 2008¹⁹⁷ und in der Verordnung über den Landesrettungsdienstplan (Landesrettungsdienstplanverordnung – LRDPV) vom 24. Oktober 2011¹⁹⁸ geregelt.

5.4.1. Anpassung der Vorschriften über die Qualifikation des Personals und die Besetzung der Rettungsfahrzeuge an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters

Um dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin zu entsprechen, wurden mit der am 13. Juni 2014 in Kraft getretenen Ersten Verordnung zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 10. Juni 2014¹⁹⁹ in § 6 LRDPV die Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Besetzung der Rettungsfahrzeuge entsprechend angepasst²⁰⁰. Nach § 6 Abs. 2 Satz 1 LRDPV müssen Notarzteinsatzfahrzeuge nunmehr mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin/Rettungsassistentin oder einem Notfallsanitäter/Rettungsassistenten als FahrerIn besetzt sein. Rettungswagen sind mit mindestens zwei fachlich geeigneten Personen zu besetzen (§ 6 Abs. 3 Satz 1 LRDPV). Mindestens eine dieser Personen muss nach § 6 Abs. 3 Satz 2 LRDPV eine Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter erfolgreich abgeschlossen haben. Die zweite Person muss mindestens die Ausbildung zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter erfolgreich durchlaufen haben (§ 6 Abs. 3 Satz 3 LRDPV). Im Regelfall soll diese Person den Rettungswagen fahren (§ 6 Abs. 3 Satz 4 LRDPV). Krankentransportwagen sind nach § 6 Abs. 4 Satz 1 LRDPV mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter qualifiziert sind.

Luftrettungsfahrzeuge müssen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 1 LRDPV mit einer Notärztin oder einem Notarzt, einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter und einer Pilotin oder einem Piloten besetzt sein. Rettungshubschrauber sind mit erfahrenen Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitätern zu besetzen, die mindestens drei Jahre im bodengebundenen Rettungsdienst tätig waren und

197 Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz – BbgRettG) vom 14. Juli 2008 (GVBl. I S. 186), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vom 18. Dezember 2018 (GVBl. I Nr. 36).

198 Verordnung über den Landesrettungsdienstplan (Landesrettungsdienstplanverordnung – LRDPV) vom 24. Oktober 2011 (GVBl. II Nr. 64), zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung über die Qualifikationsanforderungen an Disponentinnen und Disponenten der integrierten Regionalleitstellen und zur Änderung der Landesrettungsdienstplanverordnung vom 17. August 2018 (GVBl. II Nr. 53).

199 GVBl. II Nr. 33.

200 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: Landtag Brandenburg, Plenarprotokoll 5/95 vom 25. Juni 2014, S. 7869.

über die Qualifikation HEMS-Crew-Member nach den Luftverkehrsvorschriften verfügen (§ 6 Abs. 5 Satz 2 LRDPV). Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter auf Intensivtransporthubschraubern müssen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 4 LRDPV an einer Fortbildung Intensivtransport teilgenommen haben und sich regelmäßig intensivmedizinisch fortbilden.

Die Regelung in § 6 Abs. 6 LRDPVO legt fest, dass die für das Rettungswesen zuständige oberste Landesbehörde auf begründeten Antrag des Aufgabenträgers im Einzelfall Ausnahmen von den vorgenannten Qualifikationsanforderungen der Absätze 2 bis 5 des § 6 LRDPVO zulassen kann. Für die Qualifikationsanforderungen gilt die Übergangsregelung des § 6 Abs. 7 LRDPVO, wonach bis zum 31. Dezember 2020 anstelle von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten eingesetzt werden können.

5.4.2. Fortbildung des Personals

Wer die Notfallrettung und den qualifizierten Krankentransport betreibt, ist nach § 7 Satz 1 LRDPV verpflichtet, für eine regelmäßige Fortbildung des einzusetzenden Personals zu sorgen. Die Fortbildung muss den jeweils aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht werden (§ 7 Satz 2 LRDPV). Der Mindestumfang der rettungsdienstlichen Fortbildung beträgt gemäß § 7 Satz 3 RDPVO 24 Stunden im Kalenderjahr für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter im Rettungsdienst.

5.4.3. Organisation und Aufgaben der Ärztlichen Leitung eines Rettungsdienstbereichs nach derzeitiger Rechtslage

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 benennen. Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstbereiches ist gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 BbgRettG insbesondere für die fachliche Anleitung und Kontrolle der notfallmedizinischen Betreuung (Nr. 1), die Gewährleistung der notfallmedizinischen Fort- und Weiterbildung des Personals (Nr. 2) und die jährliche Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen im medizinischen Bereich des Rettungsdienstes und Überwachung des Qualitätsmanagementsystems (Nr. 3) 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 Trägers des bodengebundenen Rettungsdienstes eingesetzte medizinische Personal obliegt.

Welche Aufgaben die Ärztliche Leitung über die 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). Eine Regelung, mit der in Umsetzung des NotSanG explizit an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsieht, dass die Ärztliche Leitung Rettungsdienst auch die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen zur eigenständigen Durchführung auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren, findet

sich nach derzeitiger Rechtslage dagegen weder in § 9 LRDPV noch im sonstigen brandenburgischen Landesrecht. Ob bereits die in § 9 Nr. 6 LRDPV normierte Aufgabe der Ärztlichen Leitung, „Handlungsrichtlinien für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst“ zu erarbeiten, als eine hinreichende Rechtsgrundlage für die Festlegung derartiger medizinischer Behandlungsstandards angesehen werden kann und unter welchen Voraussetzungen eine Übertragung solcher heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter rechtlich zulässig sein soll, ist unklar.

5.4.4. Erarbeitung von Standardarbeitsanweisungen und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung nach zukünftigem Recht

Die Landesregierung Brandenburg hat 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 ausgeführt, die Frage, welche Probleme gegebenenfalls bei der Übertragung von Kompetenzen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bestünden, könne zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten werden, da sich die Notkompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter noch im Abstimmungsprozess befänden²⁰¹.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vom 14. Juni 2018 brachte die Landesregierung schließlich einen Gesetzentwurf in den Landtag ein²⁰², der neben einigen anderen Änderungen der LRDPV auch eine Änderung des § 9 LRDPV beinhaltete, mit der eine Anpassung an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG erfolgen sollte. Art. 2 Nr. 6 Buchstabe c des Gesetzentwurfs sah hierzu vor, im Anschluss an die bisherige Regelung in § 9 Nr. 6 LRDPV eine neue Nr. 7 einzufügen, nach der es auch zu den Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst gehören sollte, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen sowie daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG in der jeweils geltenden Fassung an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren²⁰³. Zur Begründung dieser angestrebten Regelung führte die Landesregierung in ihrem Gesetzentwurf aus²⁰⁴, nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG wende die Notfallsanitäterin bzw. der Notfallsanitäter bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und Notfallsituationen heilkundliche Maßnahmen an. Es falle in den Verantwortungsbereich der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, medizinische Behandlungsstandards

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

202 Vgl. den Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften, in: Landtag Brandenburg, Drs. 6/8948 vom 14. Juni 2018.

203 Vgl. hierzu den Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften, in: Landtag Brandenburg, Drs. 6/8948, S. 8.

204 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften, in: Landtag Brandenburg, Drs. 6/8948 S. 11 zu Art. 2 Nr. 6 Buchstabe c des Gesetzentwurfs.

(SOP) zu definieren, die im Anwendungsbereich dieses Gesetzes für bestimmte Notfallsituationen die Ausübung von heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vorsähen (Generaldelegation). Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst habe durch geeignete Kontrollmechanismen sicherzustellen, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten, um delegierte heilkundliche Maßnahmen durchzuführen.

Die in dem vorgenannten Gesetzentwurf der Landesregierung vorgesehenen Änderungen der LRDPV – und damit auch die geplante Anpassung des § 9 LRDPV an die Regelung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG – sind im federführenden Ausschuss für Inneres und Kommunales aufgrund eines entsprechenden Änderungsantrags der SPD-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE. (Koalitionsfraktionen)²⁰⁵ jedoch gestrichen worden²⁰⁶ und haben deshalb keinen Eingang in das Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften vom 18. Dezember 2018²⁰⁷ bzw. in die LRDPV gefunden. Die Koalitionsfraktionen hatten ihren Änderungsantrag damit begründet, dass alle in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen der LRDPV – einschließlich der im Zusammenhang mit dem Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters geplanten Anpassung des § 9 LRDPV an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG – durch den Ordnungsgeber selbst vorgenommen werden sollten. Der Entwurf einer entsprechenden Änderungsverordnung solle dem Ausschuss für Inneres und Kommunales rechtzeitig, mit „gehörigem zeitlichen Abstand“ zum geplanten Inkrafttreten des Änderungsgesetzes zugeleitet werden²⁰⁸.

5.5. 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 1992²⁰⁹, das – wie oben bereits erwähnt – durch das am 29.

205 Vgl. hierzu den Änderungsantrag der SPD-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE vom 6. Dezember 2018 zu TOP 3: Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften – Drs. 6/8948 – zu Art. 2 des Gesetzentwurfs, in: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Kommunales zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften – Drs. 6/8948 – vom 14. Juni 2018, Landtag Brandenburg, Drs. 6/10142 vom 11. Dezember 2018, S. 3 und Anlage 4.

206 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Inneres und Kommunales zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften – Drs. 6/8948 –, in: Landtag Brandenburg, Drs. 6/10142, S. 3 und 4 mit Anlage 1 (S. 12 und 16).

207 GVBl. I Nr. 36.

208 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Inneres und Kommunales zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes und weiterer Vorschriften – Drs. 6/8948 –, in: Landtag Brandenburg, Drs. 6/10142 S. 3 und 4 mit Anlage 4.

209 HmbGVBl. S. 117.

Juli 2017 in Kraft getretene Vierte Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes vom 20. Juli 2017²¹⁰ an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin angepasst wurde²¹¹. Bei dieser Gesetzesänderung wurden allerdings lediglich einige geringfügige redaktionelle Anpassungen vorgenommen, die auf Grund der bundesgesetzlichen Umstellung auf den Einsatz von Notfallsanitätern bzw. Notfallsanitäterinnen erforderlich geworden waren²¹². So sind nach der neu gefassten Vorschrift des § 21 Abs. 2 HmBRDG bei der Notfallrettung Krankenkraftwagen im Einsatz nunmehr „mit mindestens einem Rettungssanitäter als Fahrer und mindestens einem Notfallsanitäter als Betreuer des Patienten“ zu besetzen. Damit würden – so heißt es in der Gesetzesbegründung zu dieser Bestimmung²¹³ – die Anforderungen erfüllt, die sich aus dem Wegfall der Rettungsassistentenausbildung ergäben und es werde außerdem die Intention des Bundesgesetzgebers umgesetzt, über eine veränderte Ausbildung von Rettungsdienstkräften die rettungsdienstliche Versorgung von Patientinnen und Patienten weiter zu entwickeln.

Nach Auffassung des Hamburger Senats²¹⁴ ist es allerdings nicht möglich, für alle Rettungsdienstanbieter bis 2020 genügend Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter über eine dreijährige Berufsausbildung zu qualifizieren. Vielmehr sei die Feuerwehr Hamburg, wie andere im Rettungsdienst tätige Organisationen auch, darauf angewiesen, die eigenen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten bis zum 31. Dezember 2020 zu qualifizieren. Nur so könne über das Jahr 2020 hinaus sichergestellt werden, dass die Feuerwehr Hamburg über Personal mit den erforderlichen Qualifikationen verfüge, um die Aufgaben des öffentlichen Rettungsdienstes dauerhaft gewährleisten zu können²¹⁵. Die auf Grund der praktischen Erfordernisse eines reibungslosen Übergangs des alten Berufsbildes auf das neu geregelte Berufsbild notwendigen Regelungen wurden durch die neu gefasste Übergangsvorschrift des § 27 Abs. 2 HmBRDG getroffen²¹⁶. Danach dürfen innerhalb eines Zeitraumes bis zum 31. Dezember 2020 bei der Besetzung von Krankenkraftwagen in der Notfallrettung in Abweichung von § 21 Abs. 2 HmBRDG weiterhin übergangsweise Rettungsassistentinnen bzw. Rettungsassistenten eingesetzt werden, wenn sie eine Erlaubnis

210 Vgl. HmbGVBl. S. 228.

211 Vgl. hierzu die Gesetzesbegründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9338 vom 6. Juni 2017, S. 1 ff.

212 Vgl. hierzu den Bericht des Innenausschusses über die Drs. 21/9338: Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes (Senatsantrag), in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9697 vom 4. Juli 2017.

213 Vgl. insoweit die Gesetzesbegründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9338, S. 1 f.

214 Vgl. hierzu die Gesetzesbegründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, in: Drs. 21/9338, S. 1.

215 Zur aktuellen Situation der im Rahmen der Umsetzung des NotSanG erforderlichen Qualifizierung von Rettungsassistenten zu Notfallsanitätern vgl. die Antwort des Senats auf die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dennis Gladiator (CDU) vom 17. Januar 2019, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/15847 vom 25. Januar 2019.

216 Vgl. hierzu die Gesetzesbegründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, in: Drs. 21/9338, S. 3.

nach dem Rettungsassistentengesetz vom 10. Juli 1989²¹⁷ in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung besitzen und die Berufsbezeichnung weiter führen dürfen.

Mit der Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben des NotSanG durch die vorgenannten Regelungen wird nach Auffassung des Senats in Hamburg rechtzeitig vor Ablauf der Übergangsfrist für alle am Rettungsdienst Beteiligten Klarheit über die künftigen Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Besatzungen von Krankenkraftwagen in der Notfallrettung geschaffen. Gleichzeitig werde durch diese Änderungen – so wird in der Gesetzesbegründung weiter ausgeführt²¹⁸ – Rechtssicherheit über die Möglichkeit des Einsatzes von bereits jetzt ausgebildeten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern für alle an der Notfallrettung Beteiligten hergestellt. Vor diesem Hintergrund sei es nicht sinnvoll, eine Neufassung des HmbrDG insgesamt abzuwarten. Nach dem Bericht des Innenausschusses zum Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes²¹⁹ betonten die Senatsvertreterinnen und -vertreter, es sei bekannt, dass eine weitreichendere grundsätzliche Novellierung des Rettungsdienstgesetzes noch bevorstehe, die sich mit diversen Interessenlagen der im Rettungswesen tätigen Organisationen befassen werde. Dazu befände sich die Behörde für Inneres und Sport in einem intensiven Verfahren. Sie habe sich zum Ziel gesetzt, bis Ende 2017 der Bürgerschaft einen breit diskutierten, abgestimmten Gesetzentwurf vorzulegen. Soweit ersichtlich hat der Senat einen solchen Gesetzentwurf bislang noch nicht vorgelegt²²⁰.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg in seiner Antwort vom 5. Januar 2016 auf eine Kleine Anfrage des FDP-Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg dargelegt hatte, nach Abschluss der erforderlichen organisatorischen Maßnahmen sei noch im Verlaufe des Jahres 2016 eine Erweiterung der „Regelkompetenzen“ nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter der Feuerwehr Hamburg vorgesehen²²¹. Zwar unterscheide 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 handelten 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 Rettungs-

217 BGBI. I S. 1384.

218 Vgl. hierzu die Gesetzesbegründung in der Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, in: Drs. 21/9338, S. 1.

219 Vgl. den Bericht des Innenausschusses, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9697 vom 4. Juli 2017.

220 Zum Erfordernis einer solchen umfassenden Novellierung des HmbrDG vgl. auch den Antrag der Abgeordneten Arno Münster, Kazim Abaci, Martina Friedrichs, weiterer Abgeordneter der SPD und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Antje Möller, Christiane Blömeke, Mareike Engels, weiterer Abgeordneter der GRÜNEN und der Fraktion GRÜNE zu der Drs. 21/9338, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9804 vom 11. Juli 2017.

221 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, Drs. 21/2676 vom 5. Januar 2016, S. 1.

assistentinnen 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 Notfallsanitäter²²². 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 allerdings keine Änderungen an hamburgischen Gesetzen notwendig²²³. 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 vom 5. Januar 2016 nicht hervor.

In seiner Antwort vom 20. September 2016 auf eine Kleine Anfrage des CDU-Abgeordneten Dennis Gladiator²²⁴ hat der Senat jedoch im Einzelnen aufgelistet, welche medizinischen Maßnahmen und Medikamente zum damaligen Zeitpunkt im Rettungsdienst der Feuerwehr Hamburg angewendet bzw. verabreicht werden durften sowie zukünftig zur Anwendung durch Notfallsanitäter geplant seien²²⁵. Maßstab für die Einführung eines neuen Medikaments bzw. einer neuen medizinischen Maßnahme im Rettungsdienst sei dabei – so heißt es in der Antwort des Hamburger Senats – die Bedarfsgerechtigkeit. Hier ergäben sich für eine Stadt wie Hamburg mit einer hohen Dichte von Notarztstandorten und Krankenhäusern andere Maßstäbe als für Regionen mit einer weniger gut ausgebauten notfallmedizinischen Infrastruktur. Die „Liste“ der Medikamente und Maßnahmen für die Kompetenzstufe Notfallsanitäter werde auf der Basis der gemachten Erfahrungen und der jährlichen Überprüfung der Kompetenzen in den Folgejahren erweitert werden²²⁶. Aus den Antworten des Hamburger Senats vom 19. Mai 2017²²⁷ und vom 18. Dezember 2018²²⁸ auf zwei weitere Kleine Anfragen des Abgeordneten Dennis Gladiator geht hervor, dass

-
- 222 Vgl. hierzu die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 5. Januar 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/2676, S. 1.
- 223 So die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 5. Januar 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/2676, S. 2.
- 224 Vgl. die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dennis Gladiator (CDU) vom 12. September 2016 und die Antwort des Senats, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/5904.
- 225 Vgl. hierzu die Tabelle in der Antwort des Hamburger Senats vom 20. September 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/5904, S. 2 f.
- 226 Vgl. hierzu die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 20. September 2016, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/5904, S. 3.
- 227 Vgl. die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dennis Gladiator (CDU) vom 11. Mai 2017 und die Antwort des Senats, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9074 vom 19. Mai 2017.
- 228 Vgl. die Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dennis Gladiator (CDU) vom 11. Dezember 2018 und die Antwort des Senats, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/15514 vom 18. Dezember 2018.

von den 15 im Pyramidenprozess vorgesehenen Maßnahmen und Medikamenten bis Ende 2018 insgesamt zumindest 11²²⁹ und ab 2019 voraussichtlich 14 Maßnahmen auf den Rettungstransportwagen der Feuerwehr durch Notfallsanitäter angewendet werden können²³⁰.

5.6. Hessen

In Hessen ist der Rettungsdienst im Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010²³¹ und in der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (RettDGV HE) vom 3. Januar 2011²³² geregelt.

5.6.1. Anpassung der Vorschriften über die fachliche Eignung der Leistungserbringer und des Einsatzpersonals an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters

Um dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters Rechnung zu tragen, wurden durch Art. 1 der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 22. Dezember 2014²³³ mit Wirkung zum 15. Januar 2015²³⁴ die Vorschriften über die Eignung der Leistungserbringer im Rettungsdienst und die Regelungen zu den fachlichen Anforderungen an das nichtärztliche Einsatzpersonal entsprechend angepasst. Im Einzelnen gilt danach nunmehr Folgendes:

Die Bestimmung des § 24 Abs. 1 Satz 1 RettDGV HE sieht vor, dass der Betrieb eines Leistungserbringers im Rettungsdienst von einer Person geführt werden muss, die neben dem erfolgreichen Abschluss einer kaufmännischen Ausbildung oder eines Studiums mit wirtschaftlichem Schwerpunkt über eine Erlaubnis nach § 1 NotSanG oder nach § 1 Abs. 1 RettAssG verfügt oder bei Inkrafttreten der RettDGV bereits einen Betrieb eines Leistungserbringers führt. Diese Regelung gilt gemäß § 24 Abs. 2 RettDGV HE allerdings nicht bei einer ausschließlichen Leistungserbringung im Bereich der notärztlichen Versorgung und der Berg- und Wasserrettung.

Darüber hinaus legt die Vorschrift des § 25 RettDGV HE zur fachlichen Eignung des nichtärztlichen Einsatzpersonals in Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 fest, dass der Leistungserbringer auf Fahrzeugen für die Notfallversorgung nur Personen einsetzen darf, die als Fahrzeugführerin oder

229 Vgl. die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 19. Mai 2017, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/9074, S. 3.

230 Vgl. die Ausführungen des Hamburger Senats in seiner Antwort vom 18. Dezember 2018, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 21/15514, S. 2.

231 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I S. 646), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 12. September 2018 (GVBl. S. 580).

232 Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 3. Januar 2011 (GVBl. I S. 13), zuletzt geändert durch die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 22. Dezember 2014 (GVBl. 2015 S. 24).

233 GVBl. 2015 S. 24.

234 Vgl. Art. 2 der Änderungsverordnung vom 22. Dezember 2014.

Fahrzeugführer mindestens eine Ausbildung nach der Hessischen Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Rettungsanwärterinnen und Rettungsanwärter erfolgreich abgeschlossen haben oder als Beifahrerin oder Beifahrer zumindest eine Erlaubnis nach § 1 NotSanG besitzen (Nr. 1) und außerdem jährlich zu den Themenbereichen der Notfallversorgung fortgebildet werden (Nr. 2). Abweichend von dieser Regelung können bis zum Ablauf des 31. Dezember 2021 als Beifahrerin oder Beifahrer auch Personen eingesetzt werden, die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 RettAssG besitzen sowie im Rahmen der jährlichen Fortbildung gezeigt haben, dass sie in der Lage sind, eigenständig erweiterte Versorgungsmaßnahmen nach Weisung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst durchzuführen (§ 25 Abs. 2 Satz 2 RettDGV HE). Die Fortbildung nach § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RettDGV HE muss mindestens 38 Stunden betragen, von denen 32 Stunden auf notfallmedizinische Themen einschließlich der erweiterten Versorgungsmaßnahmen und deren Zertifizierung, zwei Stunden auf den Bereich der Hygiene und vier Stunden auf die betrieblichen Belange der jeweiligen Leistungserbringer entfallen sollen (§ 25 Abs. 2 Satz 3 RettDGV HE).

Bei den nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 NotSan-APrV²³⁵ genehmigten Lehrrettungswachen können abweichend von § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RettDGV HE als Fahrzeugführerin oder Fahrzeugführer auch Personen eingesetzt werden, die sich dort zur praktischen Ausbildung im zweiten Ausbildungsjahr zur Notfallsanwärterin oder zum Notfallsanwärter befinden, sofern das Fahrzeug mit einer Notfallsanwärterin oder einem Notfallsanwärter besetzt ist (§ 25 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 RettDGV HE). Als Beifahrerin oder Beifahrer können bei genehmigten Lehrrettungswachen abweichend von § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RettDGV HE Personen eingesetzt werden, die sich dort zur praktischen Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr zur Notfallsanwärterin oder zum Notfallsanwärter befinden. Voraussetzung ist aber auch hier, dass das Fahrzeug mit einer Notfallsanwärterin oder einem Notfallsanwärter besetzt ist (§ 25 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 RettDGV HE).

5.6.2. Erarbeitung medizinischer Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanwärter als Aufgabe der Ärztlichen Leiterin bzw. des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst

Zur Sicherstellung der effizienten und effektiven Erfüllung der Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements haben die Träger des Rettungsdienstes nach § 20 Abs. 1 Satz 1 HRDG eine Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst mit mindestens einer halben Stelle pro Rettungsdienstbereich zu bestellen. Darüber hinausgehende Regelungen können im Einvernehmen mit den Leistungsträgern getroffen werden (§ 20 Abs. 1 Satz 2 HRDG). Die gesetzliche Festlegung auf einem Stellenanteil von „mindestens“ einer halben Stelle geht auf Art. 1 Nr. 18 des oben genannten Gesetzes zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 12. September 2018²³⁶ zurück, mit dem in § 20 Abs. 1 Satz 1 HRDG die Wörter „bis zu“ durch das Wort „mindestens“ ersetzt wurden. Zur Begründung dieser Änderung hat der Gesetzgeber ausgeführt, die Aufgaben der Ärztlichen Leiter/-innen Rettungsdienst seien sehr vielfältig und oft auch zeitlich sehr aufwändig. Darüber hinaus sei zu bedenken, dass sie im Zusammenhang mit der Einführung des NotSanG zusätzliche Aufgaben erhalten hätten. Vor diesem

235 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanwärterinnen und Notfallsanwärter (NotSan-APrV) vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280) zuletzt geändert durch Art. 31 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).

236 GVBl. S. 580.

Hintergrund sei es geboten, die Bestellung einer Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst oder eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nunmehr auf einen Stellenanteil von mindestens einer halben Stelle festzulegen²³⁷.

Nach der Regelung in § 20 Abs. 3 Nr. 4 HRDG, die seit dem Inkrafttreten des HRDG am 1. Januar 2011 unverändert geblieben ist²³⁸, soll die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst im Rettungsdienstbereich insbesondere „Behandlungsrichtlinien für nicht ärztliches Personal erarbeiten, umsetzen und überprüfen“. Über diese allgemeine Vorschrift hinaus finden sich weder im HRDG noch in anderen Vorschriften des hessischen Landesrechts Regelungen, mit denen in Umsetzung des NotSanG ausdrücklich an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsehen, dass die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und darauf gestützt heilkundliche Maßnahmen im Sinne dieser Vorschrift auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu übertragen.

Vor dem Hintergrund dieser – schon vor der Verabschiedung des Änderungsgesetzes vom 12. September 2018 bestehenden – Rechtslage hatte die „Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte e. V.“ anlässlich der Öffentlichen Anhörung im Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages zu dem von den Regierungsfractionen eingebrachten Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes vom 13. Juni 2018²³⁹ vorgeschlagen, eine entsprechende Klarstellung der Verantwortlichkeit der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst bzw. des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst in das HRDG aufzunehmen. Die Notfallrettung sei heute in erster Linie eine medizinische Leistung, die auch entsprechend geregelt, überwacht und verantwortet werden müsse. Hierfür seien folgerichtig auch Kompetenzen zuzuweisen. Es sei deshalb dringend geboten, in die Vorschrift des § 20 Abs. 3 HRDG unter anderem eine Regelung aufzunehmen, mit der klargestellt werde, dass die „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ in alle systemrelevanten Entscheidungen ihres Rettungsdienstbereiches einzubinden sei und dabei insbesondere für ihren Rettungsdienstbereich auf der Grundlage der landesweiten Ausbildungsalgorithmen Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren solle, soweit sie eine persönliche ärztliche

237 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes, in: Hessischer Landtag, Drs. 19/6547, S. 9 zu Art. 1 Nr. 17.

238 Vgl. die Fassung des § 20 Abs. 3 Nr. 4 im HRDG vom 16. Dezember 2010, GVBl. 646.

239 Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes, in: Hessischer Landtag, Drs. 19/6547.

Kenntnis des Patienten nicht erforderten²⁴⁰. Eingang in das HRDG hat dieser Vorschlag gleichwohl nicht gefunden.

Auf der Grundlage der Regelung des § 20 Abs. 3 Nr. 4 HRDG, wonach – wie dargelegt – die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst im Rettungsdienstbereich „Behandlungsrichtlinien für nicht ärztliches Personal erarbeiten, umsetzen und überprüfen“ soll, kann in Hessen die jeweils lokal verantwortliche „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ standardisierte heilkundliche Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG erstellen und zur eigenständigen Durchführung auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren. Als Basis für die Erstellung der lokalen Standardprozeduren in dem jeweiligen Rettungsdienstbereich, die von der „Ärztlichen Leitung Rettungsdienst“ vorzugeben, zu überprüfen und zu verantworten sind, dient in Bezug auf Inhalt und Layout die seit dem 1. April 2018 gültige Version 2.1 der „Algorithmen zur Notfallversorgung“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration²⁴¹. Bei der Version 2.1 der „Algorithmen zur Notfallversorgung“ handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Version 2.0 aus dem Jahr 2015, die als Lehr- und Prüfungsinhalt für die Notfallsanitäter-Ausbildung an den hessischen Rettungsdienstschulen dient. Die Algorithmen beschreiben das an Krankheitsbildern orientierte Vorgehen bei medizinischen Notfallsituationen, die Anwendung ausgewählter Medikamente ebenso wie einzelne medizinische Prozeduren. Die „Algorithmen zur Notfallversorgung“ legen dagegen nicht fest, welche Maßnahmen von der Notfallsanitäterin bzw. dem Notfallsanitäter bei der Berufsausübung in ihrem bzw. seinem Rettungsdienstbereich im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG ausgeübt werden dürfen. Dies ist vielmehr Aufgabe des verantwortlichen Rettungsdienstträgers, vertreten durch die jeweilige „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“²⁴².

240 Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte, Schriftliche Stellungnahme vom 18. Juli 2018 anlässlich der öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages am 9. August 2018 zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (Drs. 19/6547), S. 2 f.; abrufbar im Internet unter: <https://hessischer-landtag.de/sites/default/files/scald/files/SIA-AV-132-T1.pdf>.

241 Vgl. hierzu die Ausführungen im Vorwort zu den „Algorithmen zur Notfallversorgung“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, Lehrmeinung für die Notfallsanitäter-Ausbildung an den hessischen Rettungsdienstschulen, Version 2.1. vom 6. März 2018, gültig ab dem 1. April 2018; abrufbar im Internet unter: <https://rettungsdienstschule-gelnhausen.de/algorithmus/Algorithmen-Notfallversorgung-NotSan.pdf>.

242 Vgl. hierzu die Ausführungen im Vorwort zu den „Algorithmen zur Notfallversorgung“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, Lehrmeinung für die Notfallsanitäter-Ausbildung an den hessischen Rettungsdienstschulen, Version 2.1. vom 6. März 2018.

5.7. Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern ist der Rettungsdienst seit dem 1. Mai 2015 – wie bereits erwähnt – im Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015²⁴³ geregelt, das durch die Bestimmungen der am 8. Oktober 2016 in Kraft getretenen Verordnung über die Rettungsdienstplanung und weitere Ausführung des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstplanverordnung – RDPVO M-V) vom 26. September 2016²⁴⁴ ergänzt wird.

5.7.1. Anpassung der Vorschriften über die personelle Besetzung der Rettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters

Dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin ist der Landesgesetzgeber im neuen RDG M-V dadurch nachgekommen, dass er die Regelungen zur personellen Besetzung der Rettungsmittel in § 4 RDG M-V entsprechend angepasst hat. Ausweislich der Gesetzesbegründung²⁴⁵ soll hiermit sichergestellt werden, dass – nach einer angemessenen Übergangszeit von zehn Jahren – die durch das Rettungsdienstgesetz alter Fassung²⁴⁶ bisher den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zugewiesenen Aufgaben zukünftig von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern übernommen werden können.

243 Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015 (GVOBl. M-V S. 50), in Kraft getreten am 1. Mai 2015, zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 16. Mai 2018 (GVBlOBl. M-V S. 183, 188), in Kraft getreten am 26. Mai 2018.

244 Verordnung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales über die Rettungsdienstplanung und weitere Ausführung des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstplanverordnung – RDPVO M-V) vom 26. September 2016 (GVOBl. M-V S. 799), in Kraft getreten am 8. Oktober 2016, zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 16. Mai 2018 (GVOBl. M-V S. 183, 189), in Kraft getreten am 26. Mai 2018. Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der RDPVO M-V am 8. Oktober 2016 sind der Erlass des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern vom 16. Februar 1999 (AmtsBl. M-V S. 203), der durch Verwaltungsvorschrift vom 22. Februar 2000 (AmtsBl. M-V S. 602) geändert worden war, und der Erlass zur Durchführung von Krankentransporten unter intensivmedizinischen Bedingungen in Mecklenburg-Vorpommern vom 8. August 2011 (AmtsBl. M-V S. 498) außer Kraft getreten (vgl. § 25 Satz 2 RDPVO M-V).

245 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (RDG), in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 6/3324, S. 31 und 40.

246 Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Mecklenburg Vorpommern (Rettungsdienstgesetz – RDG M-V) vom 1. Juli 1993, verkündet als Art. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst und zur Änderung des Landeskatastrophenschutzgesetzes vom 1. Juli 1993 (GVOBl. M-V S. 623), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 17. Dezember 2003 (GVOBl. M-V 2004 S. 2), außer Kraft getreten am 30. April 2015 gemäß § 34 Satz 2 des RDG M-V vom 9. Februar 2015.

Die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Satz 1 RDG M-V sieht nunmehr vor, dass Krankenkraftwagen²⁴⁷, die in der Notfallrettung²⁴⁸ eingesetzt werden (Rettungswagen), im Einsatz mit zwei Personen besetzt sein müssen, von denen mindestens eine die Erlaubnis nach § 1 RettAssG oder eine Erlaubnis nach § 1 NotSanG besitzt. Als zweite Person kann gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 RDG M-V auch eingesetzt werden, wer eine Ausbildung zur Rettungsanwiterin oder zum Rettungsanwiter erfolgreich abgeschlossen hat oder sich in der Ausbildung zur Notfallsanwiterin oder zum Notfallsanwiter befindet und über einen gleichwertigen Bildungsstand verfugt, der zuvor von der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst oder vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst festgestellt wurde. Der Gesetzesgeber²⁴⁹ geht davon aus, dass die künftigen Notfallsanwiterinnen und Notfallsanwiter in der Regel nach dem ersten Ausbildungsjahr über Kenntnisse verfugen, die denen von Rettungsanwiterinnen oder Rettungsanwitern gleichwertig sind. Die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst soll sich – so wird in der Gesetzesbegründung weiter ausgeführt – vor der Teilnahme am regulären Einsatzdienst durch Überprüfung der Kompetenz der Auszubildenden davon überzeugen, dass die Auszubildenden zur Teilnahme an der Notfallrettung persönlich und fachlich in der Lage sind. Demgegenüber müssen Notarzteinsetzfahrzeuge²⁵⁰ gemäß § 4 Abs. 2 Satz 4 RDG M-V mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten oder einer Notfallsanwiterin oder einem Notfallsanwiter und einer Notärztin oder einem Notarzt besetzt sein.

Die erforderlichen rechtlichen Vorgaben zur personellen Besetzung der im Intensivtransport²⁵¹ eingesetzten Krankenkraftwagen finden sich in § 4 Abs. 3 RDG M-V. Die Bestimmung des § 4 Abs. 3 Satz 1 RDG M-V sieht hierzu vor, dass Krankenkraftwagen im Intensivtransport grundsätzlich mit zwei Rettungsassistentinnen oder Rettungsassistenten oder einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten und einer Gesundheits- und Krankenpflgerin oder einem Gesundheits- und Krankenpflger mit intensivmedizinischer Tätigkeit sowie einer Ärztin oder einem Arzt besetzt sein müssen. Statt der Rettungsassistentin oder dem Rettungsassistenten kön-

247 Nach der gesetzlichen Definition in § 3 Abs. 2 Satz 1 RDG M-V sind Krankenkraftwagen Fahrzeuge, die für die Notfallrettung (Rettungstransportwagen, Notarztwagen), den Intensivtransport (Intensivtransportwagen) oder für den qualifizierten Krankentransport nach dem anerkannten Stand der Technik und medizinischen Wissenschaft eingerichtet und ausgerüstet und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind (§ 52 Abs. 3 Nr. 4 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung).

248 Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 RDG M-V ist es Gegenstand der Notfallrettung, bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten (Notfallpatientinnen und -patienten) lebensrettende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden durchzuführen, gegebenenfalls ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie, wenn erforderlich, unter fachgerechter Betreuung in die für die weitere Versorgung nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung zu befördern.

249 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (RDG), in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 6/3324, S. 40 zu § 4 Abs. 2 RDG-E.

250 Nach der gesetzlichen Definition in § 3 Abs. 2 Satz 2 RDG M-V handelt es sich bei Notarzteinsetzfahrzeugen um Fahrzeuge, durch die eine Notärztin oder ein Notarzt und die für die Notfallrettung erforderliche technische und medizinische Ausrüstung zum Einsatzort gebracht werden.

251 Gegenstand des Intensivtransportes ist nach § 2 Abs. 4 RDG M-V die arztbegleitete Verlegung von Patientinnen oder Patienten unter intensivmedizinischen Bedingungen und von Hochrisikopatientinnen oder -patienten in eine andere Behandlungseinrichtung.

nen gemäß § 4 Abs. 3 Satz 2 RDG M-V aber auch Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter eingesetzt werden. Das ärztliche und das nichtärztliche Personal müssen über eine spezielle Qualifikation für die Durchführung von Intensivtransporten verfügen (§ 4 Abs. 3 Satz 3 RDG M-V).

Die gesetzlichen Regelungen zur personellen Besetzung der Rettungstransporthubschrauber²⁵² finden sich in § 4 Abs. 5 RDG M-V. Danach müssen Rettungstransporthubschrauber neben dem fliegerischen Personal mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten oder einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter und einer Notärztin oder einem Notarzt besetzt sein (§ 4 Abs. 5 Satz 1 RDG M-V). Das mitfliegende medizinische Personal muss gemäß § 4 Abs. 5 Satz 2 RDG M-V in die für sie relevanten flugtechnischen Vorschriften eingewiesen sein. Die erforderlichen Vorgaben zur personellen Besetzung der überwiegend im Intensivtransport eingesetzten Hubschrauber werden in § 4 Abs. 6 RDG M-V gemacht. Die Bestimmung des § 4 Abs. 6 Satz 1 RDG M-V sieht insoweit vor, dass Hubschrauber, die überwiegend im Intensivtransport eingesetzt werden, neben dem fliegerischen Personal mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten oder einer Gesundheits- und Krankenpflegerin oder einem Gesundheits- und Krankenpfleger mit intensivmedizinischer Tätigkeit sowie einer Ärztin oder einem Arzt besetzt sein müssen. Statt der Rettungsassistentin oder dem Rettungsassistenten können auch Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter eingesetzt werden (§ 4 Abs. 6 Satz 2 RDG M-V).

Nach der Übergangsregelung in § 33 Abs. 4 Satz 1 RDG M-V können für einen Zeitraum von zehn Jahren nach Inkrafttreten des RDG M-V – also bis Ende April 2025 – auf Arbeitsplätzen, die mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu besetzen sind, auch noch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten eingesetzt werden. Dieser Zeitraum erschien dem Gesetzgeber angemessen, um den Rettungsassistentinnen oder den Rettungsassistenten entsprechend den Vorgaben des NotSanG die Möglichkeit zum Erwerb dieser Qualifikation zu geben²⁵³. Ausgenommen hiervon ist gemäß § 33 Abs. 4 Satz 2 RDG M-V der weitere Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten in der Rettungsleitstelle und auf Notarzteinsatzfahrzeugen. Deren Einsatz bleibt unbefristet möglich.

5.7.2. Erarbeitung von Standard-Verfahrensweisungen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf nichtärztliches Personal als Aufgabe der ÄLRD

Die Bestimmung des § 10 Abs. 2 Satz 1 RDG M-V legt fest, dass für den Versorgungsbereich jeder Rettungsleitstelle eine Ärztliche Leiterin oder ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (nachfolgend ÄLRD genannt) zu bestellen ist, die oder der für die fachliche Anleitung, Kontrolle, Dokumentation und die medizinische Koordination im Bereich der Rettungsleitstelle, die Kontrolle der Dienstplangestaltung des notärztlichen Personals sowie die notfallmedizinische Aus- und Fortbildung hauptamtlich verantwortlich ist. Sie oder er kann dem im Einsatz mitwirkenden Personal des Rettungsdienstes – und damit auch den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern – in medizinischen Fragen Weisungen erteilen (§ 10 Abs. 2 Satz 2 RDG M-V). Über diese in § 10 Abs.

252 Nach der gesetzlichen Definition in § 3 Abs. 3 Satz 1 RDG M-V sind Rettungstransporthubschrauber Hubschrauber, die für die Notfallrettung nach dem anerkannten Stand der Technik und medizinischen Wissenschaft eingerichtet und ausgerüstet sind und die entsprechenden luftfahrtrechtlichen Vorschriften erfüllen.

253 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (RDG), in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 6/3324, S. 55 zu § 33 Abs. 4 RDG-E.

2 RDG M-V beschriebenen Aufgaben hinaus hat die ÄLRD die in § 4 Nr. 1 bis 19 RDPVO M-V aufgeführten Aufgaben wahrzunehmen. Mit der Vorschrift des § 4 RDPVO M-V hat das (damalige) Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern von der Ermächtigungsgrundlage des § 10 Abs. 7 RDG M-V Gebrauch gemacht, die vorsieht, dass das Nähere über die Organisation und die Durchführung des öffentlichen Rettungsdienstes durch Rechtsverordnung bestimmt wird.

Zu den von der ÄLRD gemäß § 4 RDPVO M-V wahrzunehmenden Aufgaben gehören unter anderem die Erarbeitung von Standard-Verfahrensanweisungen (SOP) für nichtärztliches Personal (Nr. 6), die Kontrolle der Unterweisung des nichtärztlichen Personals zur eigenständigen Durchführung der übertragenen heilkundlichen Maßnahmen (Nr. 8) und die Überprüfung der Inanspruchnahme der eigenständigen Durchführung der übertragenen heilkundlichen Maßnahmen durch das nichtärztliche Personal (Nr. 9). Mit diesen Regelungen wird zwar nicht ausdrücklich an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft. Die Aufgabenbeschreibung in § 4 Nr. 6, 8 und 9 RDPVO M-V macht jedoch hinreichend deutlich, dass die ÄLRD die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen vorzugeben und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG auf nichtärztliches Personal – und damit auch auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – im Wege einer vorweggenommenen Delegation zur eigenständigen Durchführung zu übertragen und zu überprüfen.

5.7.3. Erweiterung der Möglichkeiten zum Einsatz sog. Tele-Notärztinnen und -Notärzte zur Unterstützung der nichtärztlichen Rettungskräfte durch Telemedizin am Notfallort

Mit den am 26. Mai 2018 in Kraft getretenen Neuregelungen in § 4 Abs. 1 Satz 3 bis 6 und § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG M-V²⁵⁴ wurden die Möglichkeiten zum Einsatz sog. Tele-Notärztinnen und Tele-Notärzte und damit der Unterstützung der nichtärztlichen Rettungskräfte durch Telemedizin sowie zur Auswertung von Notrufgesprächen praxisgerecht erweitert²⁵⁵.

Wenn die Rettungsleitstelle nach den ihr bekannt gewordenen Umständen die Indikation für den Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes am Notfallort für erforderlich hält, kann der Einsatz gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 RDG M-V nunmehr auch in Form einer telemedizinischen Begleitung unterstützt werden. Dies gilt allerdings nur, wenn im jeweiligen Rettungsdienstbereich die für die telemedizinische Begleitung des Einsatzes erforderlichen personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind (§ 4 Abs. 1 Satz 4 RDG M-V). Für die Indikation einer telemedizinischen Begleitung ist ein Einsatzkatalog zu erarbeiten, den die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst zu erstellen hat, bei dem die telemedizinische Begleitung organisatorisch angebunden ist (§ 4 Abs. 1 Satz 5 und 6 RDG M-V). Die telemedizinische Unterstützung des nicht-

254 Eingefügt durch Art. 7 Nr. 2 und 4 des Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679 vom 16. Mai 2018 (GVOBl. M-V S. 183, 188); zum Inkrafttreten dieser Änderungen des RDG M-V am 26. Mai 2018 vgl. Art. 10 Satz 1.

255 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679, in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 7/1583, S. 2 und 19.

ärztlichen Rettungspersonals stellt grundsätzlich eine Ergänzung des Rettungsmittels dar und ersetzt nicht den gegebenenfalls medizinisch notwendigen Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes am Einsatz- bzw. Unfallort²⁵⁶.

Die neue Vorschrift des § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG M-V sieht nunmehr vor, dass die Träger des öffentlichen Rettungsdienstes bei der Planung der Standorte der Rettungswachen in ihrem Rettungsdienstbereich die Einsatzmöglichkeiten der telemedizinischen Unterstützung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals durch Notärztinnen und Notärzte zu berücksichtigen haben. Die Landesregierung hat in ihrem Gesetzentwurf zur Begründung dieser Bestimmung ausgeführt²⁵⁷, durch das NotSanG sei die Qualität der Ausbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals erheblich verbessert worden. Dies sei auch vor dem Hintergrund erfolgt, das ärztliche Personal am Einsatzort zu unterstützen und für die Patientin oder den Patienten bereits mit dem Eintreffen des Rettungstransportwagens eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des NotSanG sehe vor, dass bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen, die durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst vorgegeben würden, Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen durchführen sollen. Bei einer telemedizinischen Begleitung des Einsatzes stehe die Notärztin oder der Notarzt den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern am Einsatzort in diesen Fällen aber auch für weitere medizinisch indizierte Rückfragen unterstützend zur Verfügung.

5.7.4. Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Wer in Mecklenburg-Vorpommern Notfallrettung, qualifizierten Krankentransport oder Intensivtransport betreibt, ist gemäß § 5 Satz 1 RDG M-V verpflichtet, für eine regelmäßige Fortbildung des Personals zu sorgen. Die Fortbildung hat sich nach § 5 Satz 2 RDG M-V darauf zu richten, dass das Personal den jeweils aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht wird. Auf Verlangen sind der zuständigen Behörde die Fortbildungsmaßnahmen und die Teilnahme an diesen nachzuweisen (§ 5 Satz 3 RDG M-V). Das Nähere zur Fortbildung des Personals ist in der RDPVO M-V geregelt²⁵⁸, die in § 7 Abs. 1 Satz 2 festlegt, dass der Mindestumfang der rettungsdienstlichen Fortbildung für das nichtärztliche Personal – und damit auch für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – 30 Stunden im Kalenderjahr beträgt. Ergänzend bestimmen die Regelungen in § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d und e RDPVO M-V, dass Notfallsani

256 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679, in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 7/1583, S. 30 zu Art. 7 Nr. 2.

257 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679, in: Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 7/1583, S. 30 zu Art. 7 Nr. 4.

258 Die Ermächtigung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, im Benehmen mit dem Landesbeirat für das Rettungswesen das Nähere zur Fortbildung durch Rechtsverordnung zu bestimmen, findet sich in § 5 Satz 4 RDG M-V.

täterinnen oder Notfallsanitäter, die den Intensivtransport in boden- und nichtbodengebundenen Rettungsmitteln begleiten, eine berufsbezogene Fortbildung von 30 Stunden pro Jahr und alle drei Jahre eine spezifische Fortbildung für den Intensivtransport nachweisen müssen.

5.8. Niedersachsen

In Niedersachsen ist der Rettungsdienst im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz (NRettDG) in der Fassung vom 2. Oktober 2007²⁵⁹ geregelt, das – wie bereits erwähnt – durch Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und der Allgemeinen Gebührenordnung vom 14. Dezember 2016²⁶⁰ geändert wurde²⁶¹. Mit dem am 21. Dezember 2016 in Kraft getretenen Änderungsgesetz²⁶² verfolgte der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere das Ziel, die bundesrechtlichen Vorgaben des NotSanG umzusetzen²⁶³.

5.8.1. Neuregelung der Regelmindestbesetzung eines Rettungswagens bei der Notfallrettung

Um dem durch das NotSanG neu geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin Rechnung zu tragen, wurde durch Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a des Änderungsgesetzes die Regelmindestbesetzung eines Rettungswagens neu geregelt. Der neue Satz 2 des § 10 Abs. 2 NRettDG sieht nunmehr vor, dass bei der Notfallrettung im Rettungswagen in der Regel mindestens eine Person einzusetzen ist, die zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ berechtigt ist. Als Übergangsbestimmung wurde durch Art. 1 Nr. 3 Buchstabe b des Änderungsgesetzes in § 10 Abs. 2 NRettDG darüber hinaus ein neuer Satz 3 eingefügt, nach dem bis zum 31. Dezember 2022 anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters eine Person eingesetzt werden kann, die zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistentin,“ oder „Rettungsassistent,“ berechtigt ist. Nach der Gesetzesbegründung²⁶⁴ werden in dieser Übergangszeit somit als erste Person im Rettungswagen entweder eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent oder eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter zugelassen, bevor dann ab 2023 als erste Person im Rettungswagen eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter verpflichtend einzusetzen ist. Allerdings dürfen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten ab 2023 weiterhin sowohl als zweite Person im Rettungswagen als auch als erste Person im Krankentransportwagen eingesetzt werden²⁶⁵.

259 Nds. GVBl. S. 473.

260 Nds. GVBl. S. 270.

261 Zur Änderung des § 11 NRettDG durch Art. 7 des Gesetzes zur Neuordnung des niedersächsischen Datenschutzrechts vom 18. Mai 2018 (Nds.GVBl. S. 66, 86) siehe bereits oben zu Gliederungspunkt 5.1.

262 Vgl. Art. 3 des Änderungsgesetzes.

263 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und der Allgemeinen Gebührenordnung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348 vom 25. August 2016, S. 4 ff.

264 Vgl. insoweit die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 10.

265 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 10.

5.8.2. Befugnis der Notfallsanitäter zur eigenständigen Durchführung der von der Ärztlichen Leiterin oder dem ärztlichen Leiter eines Rettungsdienstes vorgegebenen medizinischen Standardmaßnahmen

Das NRettDG enthält auch in seiner geänderten Fassung von 2016 keine Regelung, mit der in Umsetzung des NotSanG ausdrücklich an die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG angeknüpft wird und die vorsieht, dass die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter eines Rettungsdienstes die Aufgabe hat, medizinische Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen festzulegen und daraus resultierend heilkundliche Maßnahmen im Sinne dieser Vorschrift an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren. Die – im Rahmen der Gesetzesnovellierung vom 14. Dezember 2016 unverändert gebliebene – Vorschrift des § 10 Abs. 3 Satz 1 NRettDG bestimmt lediglich, dass der Rettungsdienst eines kommunalen Trägers außerhalb des Einsatzes in medizinischen Fragen sowie in Angelegenheiten des Qualitätsmanagements von einer Ärztlichen Leiterin oder einem Ärztlichen Leiter geleitet wird. Die Bestimmung des § 10 Abs. 3 Satz 2 NRettDG legt darüber hinaus fest, dass die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter auch für die Aus- und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten nichtärztlichen Personals verantwortlich ist.

Vor dem Hintergrund dieser – auch schon vor Verabschiedung des Änderungsgesetzes vom 14. Dezember 2016 bestehenden – Rechtslage hatten die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - Landesverband Nordwest (DGUV) anlässlich der Verbandsanhörung zu dem von der Landesregierung am 22. Februar 2016 freigegebenen Gesetzentwurf²⁶⁶ angeregt zu prüfen, ob ein Verweis auf § 4 NotSanG in den Gesetzentwurf aufzunehmen sei, um sicherzustellen, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die Aufgaben, die sie im Rahmen der Ausbildung erlernt haben, dann auch eigenständig durchführen dürfen. Gleiches hatten der Landesverband Niedersachsen/Bremen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. und das Forum Leitende Notärzte - Niedersachsen/Bremen e. V. vorgetragen²⁶⁷.

Diesem Hinweis ist im Gesetzentwurf nur insoweit gefolgt worden, als eine Klarstellung in die Begründung zu § 10 NRettDG aufgenommen wurde²⁶⁸. Die Landesregierung hat in ihrem Gesetzentwurf hierzu ausgeführt²⁶⁹, mit dem Inkrafttreten des NotSanG sei insbesondere die Erwartung einer qualitativen Verbesserung nicht ärztlicher Versorgung im Rettungsdienst verbunden, die wegen der steigenden Einsatzzahlen bei fast allen Trägern des Rettungsdienstes, auch auf Grund des demografischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung der Menschen, geboten sei.

266 Vgl. hierzu im Einzelnen den Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes und der Allgemeinen Gebührenordnung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 6.

267 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Landesregierung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 13.

268 Vgl. hierzu den Gesetzentwurf der Landesregierung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 13.

269 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, in: Niedersächsischer Landtag, Drs. 17/6348, S. 10.

Dabei würden die neuen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die Aufgaben nach § 4 NotSanG ausüben und in diesem Rahmen auch die vom jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bestimmten Standardmaßnahmen eigenständig ausführen. Insofern habe sich die Kompetenz der neuen Berufsgruppe im Vergleich zur Rettungsassistentin oder zum Rettungsassistenten nach dem Rettungsassistentengesetz qualitativ fortentwickelt. Nicht zuletzt durch die während der Ausbildung erstmalig zu gewährende Ausbildungsvergütung an die oder den Auszubildenden durch das jeweilige Unternehmen oder die Hilfsorganisation und die damit verbundene Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter sei auch mit einer weiteren Verbesserung der Qualität der Bewerberinnen und Bewerber zu rechnen²⁷⁰.

5.9. Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen ist der Rettungsdienst im Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) vom 24. November 1992²⁷¹ geregelt, das – wie bereits erwähnt – durch Art. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW vom 25. März 2015²⁷² geändert wurde²⁷³. Mit dieser am 1. April 2015 in Kraft getretenen Novellierung des RettG NRW verfolgte der Gesetzgeber ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs²⁷⁴ unter anderem das Ziel, das durch das NotSanG neu geschaffene Berufsbild der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters im nordrhein-westfälischen Rettungsgesetz abzubilden.

5.9.1. Anpassung der Vorschriften über die personelle Besetzung der Rettungsmittel an das neue Berufsbild des Notfallsanitäters

In Anpassung an die geänderten bundesrechtlichen Berufszulassungsregelungen wurde mit der Aufnahme des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin die personelle Besetzung der Rettungsmittel neu geregelt²⁷⁵. Die Vorschrift des § 4 Abs. 3 Satz 1 RettG NRW sieht nunmehr vor,

270 Aktuelles empirisches Datenmaterial zu den Freigabebedingungen und zur Häufigkeit der Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG im Rettungsdienstbereich Niedersachsen sowie zur Häufigkeit von interprofessionellen Konflikten im Rettungseinsatz bieten Flentje/Block/Sieg/Seebode/Eismann, Erweiterte Maßnahmen und interprofessionelle Konflikte nach Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter – Subjektive Umfrage im Rettungsdienstbereich Niedersachsen, in: Notfall+ Rettungsmedizin, 2018, S. 374-382.

271 GV. NRW S. 458.

272 GV. NRW S. 305.

273 Danach wurde das RettG NRW – wie bereits erwähnt – zuletzt durch Art. 2 Abs. 2 des Gesetzes vom 17. Dezember 2015 (GV. NRW S. 886, 900) mit Wirkung zum 1. Januar 2016 geändert. Die im Zuge dieses Gesetzes erfolgten Änderungen sind lediglich redaktioneller Natur und im vorliegenden Zusammenhang ohne Bedeutung.

274 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 1, 31.

275 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 33 zu Art. 1 Nr. 5 des Entwurfs.

dass für die Notfallrettung²⁷⁶ mindestens eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent bzw. eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten einzusetzen ist. Auch für die Führung eines Notarzt-Einsatzfahrzeuges²⁷⁷ wird neben der bisherigen Rettungsassistentin bzw. dem Rettungsassistenten eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter vom Gesetz als fachlich geeignet und erforderlich eingestuft (vgl. § 4 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 sowie § 23 Abs. 4 Buchstabe a RettG NRW). Zudem hat der Landesgesetzgeber in § 4 Abs. 7 RettG NRW bestimmt, dass mit Ablauf des 31. Dezember 2026 die Funktion der Rettungsassistentin oder des Rettungsassistenten durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter ersetzt wird. Dies führt perspektivisch dazu, dass neben den bisherigen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten auch Personen mit dem Berufsbild „Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin“ im Rettungsdienst eingesetzt werden können²⁷⁸. Im Gesetzentwurf der Landesregierung war noch eine Übergangsfrist (nur) bis zum 31. Dezember 2023 vorgesehen²⁷⁹. Die Verlängerung dieser Frist um drei Jahre bis zum 31. Dezember 2026 geht auf die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zurück. Dies wurde vom Ausschuss damit begründet, die Übergangszeit, in der die Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten tätig sein dürften, werde verlängert, um dem Qualifizierungsprozess zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter ausreichend Raum zu geben. Die Organisation der rettungsdienstlichen Aufgabenträger werde dadurch erleichtert²⁸⁰. Die Übergangsregelung in § 4 Abs. 7 RettG NRW dient darüber hinaus dem Bestandsschutz und soll als Hinweis auf die spätere notwendige Gesetzesanpassung dienen²⁸¹.

276 Die Notfallrettung hat gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 RettG NRW die Aufgabe, bei Notfallpatientinnen und Notfallpatienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen, deren Transportfähigkeit herzustellen und sie unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden mit Notarzt- oder Rettungswagen oder Luftfahrzeugen in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind nach der Legaldefinition in § 2 Abs. 2 Satz 3 RettG NRW Personen, die sich infolge Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.

277 Notarzt-Einsatzfahrzeuge sind nach der Legaldefinition des § 3 Abs. 2 Satz 1 RettG NRW Personenkraftwagen zur Beförderung der Notärztinnen und Notärzte. Sie dienen der Notfallrettung (vgl. § 3 Abs. 2 Satz 2 RettG NRW).

278 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 33 zu Art. 1 Nr. 5 des Entwurfs.

279 Vgl. hierzu den Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 10 und 33.

280 Vgl. hierzu die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Drs. 16/6088 – Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/8143, S. 35.

281 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 33 zu Art. 1 Nr. 5 des Entwurfs.

5.9.2. Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Mit der Vorschrift des § 7 Abs. 3 RettG NRW²⁸² wurde die Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst landesgesetzlich verankert. Danach ist der Rettungsdienst in medizinischen Belangen und Angelegenheiten des Qualitätsmanagements nunmehr von einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst zu leiten und zu überwachen (§ 7 Abs. 3 Satz 1 RettG NRW). Die Wahrnehmung der diesbezüglichen Aufgaben durch eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst erfolgt durch den Träger des Rettungsdienstes (§ 7 Abs. 3 Satz 2 RettG NRW). Diese Position, dies es der Gesetzesbegründung zufolge bereits zuvor in fast allen Kommunen in Nordrhein-Westfalen gab und die sich bewährt hat, überprüft Effizienz und Effektivität des Rettungsdienstes in den Kommunen²⁸³. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der auf regionaler bzw. überregionaler Ebene die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst wahrnimmt und für die Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich ist. Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst ist für das medizinische Qualitätsmanagement und die fachliche Gesamtkonzeption der Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich. Sie legt die hierzu erforderlichen Grundsätze fest und wirkt daran mit, dass im Rettungsdienst organisationsübergreifend die notwendigen Strukturen aufgebaut und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden²⁸⁴. Für die medizinischen Belange des Rettungsdienstes und dessen Qualität ist die Ärztliche Leitung Rettungsdienst zuständig. Dabei wird auch Umfang und Qualität der jährlichen Fortbildungen des ärztlichen und nichtärztlichen Personals kontrolliert²⁸⁵. Die organisatorische Kompetenz und Letztverantwortung des Trägers des Rettungsdienstes bleibt davon allerdings unberührt.

5.9.3. Delegation standardmäßig vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG auf Notfallsanitäter als Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Auf der Grundlage der neu geschaffenen Regelung des § 7 Abs. 3 Satz 1 RettG NRW, wonach – wie dargelegt – der Rettungsdienst in medizinischen Belangen und Angelegenheiten des Qualitätsmanagements von einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst zu leiten und zu überwachen ist, kann in Nordrhein-Westfalen die jeweils lokal verantwortliche Ärztliche Leitung Rettungsdienst standardisierte heilkundliche Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder

282 Eingefügt durch Art. 1 Nr. 9 Buchstabe b des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW vom 25. März 2015.

283 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 34 zu Art. 1 Nr. 7 des Entwurfs.

284 Vgl. Stollmann, Neues zum Landesgesundheitsrecht – Novellierungen des KHGG NRW und des RettG NRW, in: Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter (VBl.), 2016, S. 89 (96) unter Bezugnahme auf die Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vom 26. Mai 2013, in: Deutsches Ärzteblatt, 2013, Heft 25, A 1281, abrufbar im Internet unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empf_BAeK_Rettungsdienst_26052013.pdf.

285 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Zweites Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW, in: Landtag Nordrhein-Westfalen, Drs. 16/6088, S. 34 zu Art. 1 Nr. 7 des Entwurfs.

und -situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zur eigenständigen Durchführung auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegieren. Dies folgt aus einem Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) vom 22. Februar 2018²⁸⁶, demzufolge die in § 7 Abs. 3 Satz 1 RettG NRW beschriebenen Aufgaben auch Fragestellungen zur möglichen Delegation von Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG umfassen, soweit sie eine persönliche ärztliche Kenntnis der Patientin oder des Patienten nicht erfordern²⁸⁷.

Mit dem vorgenannten Erlass des MAGS vom 22. Februar 2018 wurde die überarbeitete und erweiterte Version der „Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018)“²⁸⁸ in Kraft gesetzt, die Algorithmen für die Durchführung von invasiven Maßnahmen und die Gabe von Medikamenten durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei Notfällen mit akuter Lebensbedrohung enthalten. Die Standardisierten Arbeitsanweisungen (SAA 2018) für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter wurden von vier Landesverbänden der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst (Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt) erarbeitet und in Nordrhein-Westfalen mit den Kommunalen Spitzenverbänden – dem Städtetag, dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindebund – abgestimmt²⁸⁹. Bei einer Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch die jeweilige Ärztliche Leitung Rettungsdienst stellen die vorliegenden SAA 2018 – dem Erlass des MAGS vom 22. Februar 2018 zufolge²⁹⁰ – aber keinen Eingriff in deren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dar, sie haben vielmehr lediglich empfehlenden Charakter und sollen die Ärztliche Leitung Rettungsdienst bei der Aufgabenwahrnehmung unterstützen. Freigabe, mögliche Abweichungen oder weitergehende Regelungen lägen in der Verantwortung der jeweiligen Ärztlichen Leitung Rettungsdienst. Übergeordnete Zielsetzung solle hierbei eine über die Grenzen einzelner Rettungsdienstbereiche hinaus einheitliche Versorgung sein.

Die jeweils zuständige Ärztliche Leitung Rettungsdienst ist verantwortlich dafür, dass die von ihr vorgegebenen Arbeitsanweisungen regelmäßig geschult, überprüft und damit in der Einsatzpraxis beherrscht werden (Anordnungsverantwortung). Die Durchführungsverantwortung jeder Notfall-

286 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), Erlass vom 22. Februar 2018, Aktenzeichen IV B 4 – G.0701, zu den „Handlungsempfehlungen des Landesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in NRW: Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst“, abrufbar im Internet unter: <https://rettungsdienst.rhein-kreis-neuss.de/wp-content/uploads/2018/02/Erlass-22-2-2018-SAA-2018.pdf>.

287 MAGS, Erlass vom 22. Februar 2018, Aktenzeichen IV B 4 – G.0701, S. 2.

288 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018), Stand: Oktober 2017, abrufbar im Internet unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/as-set/document/bpr_saa_2018.pdf.

289 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018), Stand: Oktober 2017, Vorwort.

290 Vgl. den Erlass des MAGS vom 22. Februar 2018, Aktenzeichen IV B 4 – G.0701, S. 4.

sanitäterin und jedes Notfallsanitäters bleibt hiervon unberührt²⁹¹. Die Maßnahmen und Gabe von Medikamenten, die in den vorliegenden BPR und SAA enthalten sind, kommen dann durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zur Anwendung, wenn die dort genannten Voraussetzungen (Indikationen) vorliegen. Es handelt sich deshalb bei den Medikamenten oder Maßnahmen nicht um eine „Freigabe“, sondern um eine Anwendung innerhalb der Vorgaben eines BPR bzw. einer SAA²⁹².

Die standardisierten Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung und kontinuierlichen Weiterentwicklung im Rahmen eines fortlaufenden Entwicklungsprozesses²⁹³. Für die im Jahresrhythmus vorgesehene Aktualisierung der Standardarbeitsanweisungen existiert ein zwischen dem MAGS, den Kommunalen Spitzenverbänden und dem Landesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in NRW abgestimmtes Verfahren²⁹⁴. Mit der am 11. März 2019 veröffentlichten Version 2019 der „Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2019)“²⁹⁵ liegt eine solche Aktualisierung inzwischen vor. Auch die BPR und SAA 2019 dienen in Ausführung des § 4 NotSanG Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern als Algorithmen für die Durchführung von invasiven Maßnahmen und die Gabe von Medikamenten bei Notfällen mit akuter Lebensbedrohung²⁹⁶.

-
- 291 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018), Stand: Oktober 2017, Vorwort.
- 292 Vgl. den Erlass des MAGS vom 22. Februar 2018, Aktenzeichen IV B 4 – G.0701, S. 4.
- 293 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018), Stand: Oktober 2017, Vorwort.
- 294 Vgl. den Erlass des MAGS vom 22. Februar 2018, Aktenzeichen IV B 4 – G.0701, S. 4.
- 295 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2019), Stand: Oktober 2018, abrufbar im Internet unter: http://agsan.de/files/SAA_BPR_2019.pdf.
- 296 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2019), Stand: Oktober 2018, Vorwort und Hinweise zum Gebrauch S. 7.

5.10. Sachsen

Im Freistaat Sachsen ist der Rettungsdienst im Sächsischen Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) vom 24. Juni 2004²⁹⁷ und in der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung (SächsLRettDPVO) vom 5. Dezember 2006²⁹⁸ geregelt.

5.10.1. Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Besetzung der Rettungsmittel

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 2014²⁹⁹ 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. 2 Nr. 1 und 6 SächsLRettDPVO geregelten Besetzung von Rettungsmitteln Rettungsassistenten anstelle von Notfallsanitätern eingesetzt werden können (vgl. § 23 Abs. 1 SächsLRettDPVO).

5.10.2. Festlegung von medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter als Aufgabe des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst

Die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst sind in § 11 Abs. 1 bis 3 SächsLRettDPVO geregelt. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Bestimmung ist der Ärztliche Leiter Rettungsdienst 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 der rettungsdienstlichen Versorgung zu treffen und deren Umsetzung zu überwachen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SächsRettDPVO). Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SächsRettDPVO in medizinischen Fragen und Belangen unter anderem gegenüber dem ärztlichen und dem nichtärztlichen Personal im bodengebundenen Rettungsdienst weisungsbefugt. Er hat die Aufgabe, einheitliche medizinische Behandlungsrichtlinien und Verhaltensrichtlinien für das ärztliche und nichtärztliche Personal – und damit auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – festzulegen (§ 11 Abs. 2 Satz 2 SächsRettDPVO). Nach der Bestimmung des § 11 Abs. 2 Satz 4 SächsRettDPVO hat er darüber

297 SächsGVBl. S. 245, zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 11 des Gesetzes zur Neuordnung des Verwaltungskostenrechts im Freistaat Sachsen (Sächsisches Verwaltungskostenrechtsneuordnungsgesetz) vom 5. April 2019 (SächsGVBl. S. 245, 252).

298 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).

299 SächsGVBl. 2015, S. 3.

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. Außerdem legt er die Richtlinien für die notfallmedizinischen Fortbildungsinhalte für nichtärztliches Personal im bodengebundenen Rettungsdienst fest (§ 11 Abs. 2 Satz 5 SächsRettdPVO).

Um einen „Flickenteppich“ unterschiedlicher SOPs zu vermeiden, fasste die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer auf ihrer 56. Tagung am 16./17. Juni 2017 den Beschluss, allgemeingültige SOPs für Notfallsanitäter im Freistaat Sachsen zu erarbeiten, und diese den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst als fachliche Empfehlung bei der Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäter an die Hand zu geben³⁰⁰. Die daraufhin von der Sächsischen Landesärztekammer entwickelten „Muster-Standard-Arbeitsanweisungen für Notfallsanitäter im Freistaat Sachsen“ stammen aus dem Jahr 2017. Mit Erlass vom 2. August 2017 hat das Sächsische Staatsministerium des Innern die Umsetzung dieser SOPs durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ausdrücklich empfohlen³⁰¹.

5.11. Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt ist der Rettungsdienst im Rettungsdienstgesetz des Landes-Sachsen-Anhalt (RettdG LSA) vom 18. Dezember 2012³⁰² geregelt, das im Anschluss an das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 26. Oktober 2017³⁰³ zuletzt durch Art. 2 des Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie des Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden Sachsen-Anhalt vom 6. Mai 2019³⁰⁴ mit Wirkung zum 14. Mai 2019³⁰⁵ geändert worden ist. Während der Gesetzgeber mit der im Wesentlichen am 9. November 2017 in Kraft getretenen Novellierung des RettdG LSA vom 26. Oktober 2017³⁰⁶ ausweislich der Gesetzesbegründung vor allem das Ziel verfolgte, den Rettungsdienst in

300 Sächsische Landesärztekammer: 27. Sächsischer Ärztetag/56. Tagung der Kammerversammlung am 16./17. Juni 2017, Beschlussvorlage Nr. 11 zu TOP 2 betreffend die Erstellung allgemeingültiger SOPs (Standard Operating Procedures) für Notfallsanitäter im Freistaat Sachsen; abrufbar im Internet unter: https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/03saet/2017/56kv/02beschluesse/BV_11_-_Erstellung_allgemeingueltiger_SOP_s_fuer_Notfallsanitaeter.pdf.

301 Sächsisches Staatsministerium des Innern, Muster-Standard-Arbeitsanweisungen für Notfallsanitäter im Freistaat Sachsen, Erlass vom 2. August 2017, Aktenzeichen: 38-2114/10/2.

302 GVBl. LSA S. 624.

303 GVBl. LSA S. 197.

304 GVBl. LSA S. 76, 80.

305 Vgl. Art. 5 des Gesetzes vom 6. Mai. 2019.

306 Vgl. § 2 Abs. 1 des Änderungsgesetzes vom 26. Oktober 2017.

Sachsen Anhalt an die bundesrechtlichen Vorgaben des NotSanG anzupassen³⁰⁷, diente die Änderung des RettDG LSA durch Art. 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 in erster Linie der Verbesserung der Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt³⁰⁸.

5.11.1. Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das nichtärztliche Personal bei der Notfallrettung und der Besetzung der Notfallrettungsmittel

Durch das Änderungsgesetz vom 26. Oktober 2017 ist grundsätzlich in allen Vorschriften des RettDG LSA, bei denen es um den Einsatz des nichtärztlichen Personals geht, der Rettungsassistent durch den Notfallsanitäter nach dem NotSanG ersetzt worden³⁰⁹. Lediglich im Bereich der Wasser- und Bergrettung wurde in der Vorschrift des § 33 Abs. 1 Satz 3 RettDG LSA die Qualifikation zur Betreuung des Notfallpatienten auf die eines Rettungssanitäters herabgestuft, da durch die Verknüpfung mit dem allgemeinen Rettungsdienst regelmäßig ein Notfallsanitäter zur Verfügung steht³¹⁰. Demgegenüber sind nach der neu gefassten Bestimmung des § 18 Abs. 1 RettDG LSA im bodengebundenen Rettungsdienst für die Notfallrettung und für die qualifizierte Patientenbeförderung eingesetzte Rettungstransportwagen, Intensivtransportwagen und Krankentransportwagen im Einsatz nunmehr mit mindestens zwei Personen zu besetzen, von denen eine die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Notfallsanitäter nach dem NotSanG oder eine gleichwertige Qualifikation besitzen muss, während die zweite Person die Ausbildung zum Rettungssanitäter abgeschlossen haben muss. Soweit in der Notfallrettung der Notarzt in einem gesonderten Rettungsmittel, insbesondere in einem Notarzt-Einsatzfahrzeug, zum Notfallort gebracht wird (Rendezvous-System), soll dieses nach § 18 Abs. 2 RettDG LSA³¹¹ nunmehr mit einer Person, die die Ausbildung zum Notfallsanitäter abgeschlossen hat, besetzt werden. Auch im Luftrettungsdienst wurde das Berufsbild des Rettungsassistenten durch das des Notfallsanitäters ersetzt. Der neue Satz 1 des § 29 Abs. 2 RettDG LSA sieht insoweit vor, dass im Luftrettungsdienst eingesetzte Luftrettungsmittel grundsätzlich mit einem Notarzt und mit einer Person zu besetzen

307 Vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008 vom 15. Februar 2017, S. 3 und 13 f.

308 Vgl. hierzu näher die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/3383 vom 19. September 2018, S. 28 f.

309 Vgl. § 2 Abs. 7, § 11 Abs. 1 Satz 1, § 18 Abs. 1 und § 29 Abs. 2 Satz 1 RettDG LSA und die diesbezügliche Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008 vom 15. Februar 2017, S. 3.

310 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008, S. 3 und 22.

311 Die nunmehr geltende Fassung des § 18 Abs. 2 RettDG LSA geht – anders als die zuvor genannten Vorschriften – nicht auf das Änderungsgesetz vom 26. Oktober 2017, sondern auf Art. 2 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie des Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmaßnahmen Sachsen-Anhalt vom 6. Mai 2019 zurück.

sind, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Notfallsanitäter und eine Qualifikation als „Helicopter Emergency Medical Services-Crew-Member“ (HEMS-Crew-Member) besitzt.

Da ein Rettungsassistent seit Inkrafttreten der vorgenannten Änderungen des RettDG LSA am 9. November 2017 nicht mehr in gleicher Weise wie ein Notfallsanitäter eingesetzt werden kann, bedurfte es auch in Sachsen-Anhalt einer Übergangsregelung für diejenigen Rettungsassistenten, die sich aus persönlichen oder anderen Gründen gegen eine Nachqualifizierung zum Notfallsanitäter gemäß § 32 Abs. 2 NotSanG entscheiden. Ob und in welchem Umfang die bisherigen Rettungsassistenten im Geltungsbereich der geänderten Vorschriften weiterhin tätig werden können, ist in § 49 Abs. 2a RettDG LSA geregelt. Nach dieser Bestimmung können Personen, denen vor Außerkrafttreten des Rettungsassistentengesetzes vom 10. Juli 1989³¹² die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Rettungsassistent erteilt worden ist, anstelle eines Notfallsanitäters weiterhin die Aufgaben eines Rettungsassistenten für die Dauer von längstens zehn Jahren ab dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt – also dem 9. November 2017 – wahrnehmen. In der Gesetzesbegründung wird zu der Übergangsvorschrift des § 49 Abs. 2a RettDG LSA ausgeführt, unter Berücksichtigung des Umstandes, dass das NotSanG jedem Rettungsassistenten die Möglichkeit der Nachqualifizierung einräume und angesichts der Bedeutung des Grundrechts der Berufsausübungsfreiheit sowie der mit der Änderung des RettDG LSA eintretenden Folgewirkungen, erscheine ein Zeitraum von zehn Jahren sachgerecht und angemessen, um all denjenigen, die aus persönlichen Gründen eine Nachqualifizierung ablehnten, für eine Übergangszeit weiterhin eine Beschäftigung in ihrem bisherigen Beruf zu ermöglichen³¹³.

5.11.2. Delegation standardisierter heilkundlicher Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder auf Notfallsanitäter als Aufgabe des Ärztlichen Leiters

Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 RettDG LSA ist für jeden Rettungsdienstbereich ein Arzt als Ärztlicher Leiter zu bestellen, der über einen von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt ausgestellten Nachweis seiner Qualifikation verfügen muss. Der Ärztliche Leiter unterstützt und berät den Träger des Rettungsdienstes in Angelegenheiten des Rettungsdienstes (§ 10 Abs. 2 Satz 1 RettDG LSA). Die Vorschrift des § 10 Abs. 2 Satz 2 RettDG LSA legt darüber hinaus fest, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst insbesondere die Tätigkeit der Rettungsdienstleitstelle und die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals überwacht und bei der Erstellung des Rettungsdienstbereichsplans mitwirkt. Zur Erfüllung seiner Überwachungsaufgaben kann der Ärztliche Leiter Einsicht in die Dokumentation von Einsätzen nehmen (§ 10 Abs. 3 RettDG LSA).

5.11.2.1. Das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 26. Oktober 2017

Das RettDG LSA enthielt auch in seiner geänderten Fassung von 26. Oktober 2017 keine Regelung, mit der in Umsetzung des NotSanG ausdrücklich auf die Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG Bezug genommen wurde. Im Rahmen dieser Gesetzesnovellierung blieb

312 BGBl. I S. 1384, zuletzt geändert durch Art. 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686, 2722).

313 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008, S. 14 und 22.

insbesondere die Vorschrift des § 10 RettDG LSA noch unverändert. Die Landesregierung hatte im allgemeinen Teil ihrer Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des RettDG LSA vom 15. Februar 2017 im Hinblick auf die Ablösung des Berufsbildes des Rettungsassistenten durch das Berufsbild des Notfallsanitäters ausgeführt, der Notfallsanitäter verfüge nach Abschluss seiner Ausbildung über weit umfangreichere Kenntnisse und Fertigkeiten als sie dem Rettungsassistenten vermittelt worden seien, da § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG einen Katalog an Befähigungen enthalte, die der Notfallsanitäter eigenverantwortlich auszuführen imstande sei und § 4 Abs. 2 Nr. 2 NotSanG einen Katalog an Aufgaben nenne, die der Notfallsanitäter im Rahmen der Mitwirkung zusammen mit dem ärztlichen Personal durchzuführen in der Lage sei. Diese erweiterten Befähigungen der Notfallsanitäter verfolgten das Ziel, das medizinische Personal zu entlasten und so die Effizienz im Rettungswesen zu steigern³¹⁴. Damit komme das NotSanG den Interessen des für den Rettungsdienst zuständigen Landesgesetzgebers entgegen. Ein moderner, leistungsstarker Rettungsdienst liege im Gemeinwohlinteresse des Landes. Die flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes sei auch ein wesentliches Anliegen des RettDG LSA³¹⁵. Es sei daher konsequent, dieser Entwicklung dadurch Rechnung zu tragen, dass im Rettungsdienst künftig statt des Rettungsassistenten nur noch der Notfallsanitäter zum Einsatz komme. Die Aufnahme des Berufsbildes des Notfallsanitäters in das RettDG LSA sei schon deshalb erforderlich, weil der Bundesgesetzgeber lediglich die Kompetenzen (also die Ausbildungsinhalte), nicht aber die Befugnisse des im Rettungsdienst tätigen Personals regeln dürfe. Da der Ärztliche Leiter nach § 10 Abs. 2 Satz 2 RettDG LSA die Qualifikation des Rettungspersonals überwache, obliege es ihm, „im Einzelfall“ die zum Einsatz kommenden Notfallsanitäter gemäß ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten mit den entsprechenden „Befugnissen“ auszustatten. Erst dadurch würden die sich aus dem NotSanG ergebenden Möglichkeiten „vollends ausgeschöpft“³¹⁶.

5.11.2.2. Der gemeinsame Runderlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration sowie des Ministeriums für Inneres und Sport vom 29. Januar 2019

Ob die vorgenannten Ausführungen insgesamt dahingehend zu verstehen sind, dass die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst der damaligen Auffassung der Landesregierung zufolge nach § 10 Abs. 2 Satz 2 RettDG LSA auch die Aufgabe haben, auf der Grundlage von Standardarbeitsanweisungen heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zur eigenständigen Durchführung zu delegieren, erscheint zweifelhaft. Aufgrund eines gemeinsamen Runderlasses des Ministeriums für Arbeit, Soziales

314 Vgl. den Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008, S. 13.

315 So die Ausführungen im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008, S. 14.

316 Vgl. auch insoweit die Ausführungen im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/1008, S. 14.

und Integration des Landes Sachsen-Anhalt und des Ministeriums für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt vom 29. Januar 2019³¹⁷, mit dem den Landkreisen und kreisfreien Städten als Trägern des Rettungsdienstes³¹⁸ einheitliche Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst überreicht wurden, wie sie in Sachsen-Anhalt durch die jeweils zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst gegenüber den dafür bestimmten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern „angeordnet werden sollen“³¹⁹, kann diese Frage hier jedoch offen bleiben. Der vorgenannte Runderlass bezieht sich auf die – oben bereits erwähnten³²⁰ – „Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018)“, die vom Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Sachsen-Anhalt zusammen mit den Landesverbänden der Ärztlichen Leitungen Mecklenburg-Vorpommerns, Nordrhein-Westfalens und Sachsens erarbeitet³²¹ und dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt im Dezember 2017 vorgelegt wurden³²².

Dem gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019 zufolge ist nur durch einheitliche Handlungsstrukturen gewährleistet, dass auch bei bereichsübergreifenden Notfalleinsätzen die gleichen Maßstäbe gelten und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Dies gebe Verlässlichkeit sowohl für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in der Berufsausübung als auch für die Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf die medizinische Versorgung im Notfall³²³. Beide Ressorts gingen – so wird in dem Runderlass weiter ausgeführt – nunmehr davon aus, dass die Standardarbeitsanweisungen (SAA) 2018 von allen im Land Sachsen-Anhalt tätigen Ärztlichen Leitern Rettungsdienst gegenüber den für sie „bestimmten“ Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern „als verbindlich angeordnet werden“³²⁴. Die Umsetzung der SAA 2018 durch die Ärztlichen

317 Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt/Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt, Gemeinsamer Runderlass vom 29. Januar 2019 zum Vollzug des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt und des Notfallsanitätergesetzes, hier: Anwendung einheitlicher Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt, Aktenzeichen: MS 24.0.2-41082 und MI 24.3-41901-SOP-01/18.

318 Nach § 4 Abs. 1 RettDG LSA obliegen die Aufgaben nach dem RettDG LSA den Landkreisen und kreisfreien Städten als Trägern des Rettungsdienstes als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.

319 So die Formulierung im gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 1.

320 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 5.9.3.

321 Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst (BPR und SAA 2018), Stand: Oktober 2017; abrufbar im Internet unter: http://www.agsan.de/files/BPR_SAA_Vollstaendig_2018.pdf.

322 Vgl. hierzu auch die Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung der Abgeordneten Dagmar Zoschke (DIE LINKE.) zur Situation von Notfallsanitätern/Notfallsanitäterinnen in Sachsen-Anhalt – KA 7/1618 –, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/2820 vom 4. Mai 2018, S. 8 zu Frage 7.

323 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 2.

324 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 2.

Leiter Rettungsdienst gehöre zu ihren sich aus § 10 Abs. 2 Satz 2 Alternative 2 RettDG LSA ergebenden Aufgaben. Die fehlerhafte Anwendung angeordneter SAA durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter berühre die „Allgemeinverbindlichkeitsanordnung“ nicht. Haftungsrechtliche Fragen würden sich allerdings für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Bezug auf die ordentliche und gewissenhafte Überwachung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter stellen. Sie ergäben sich aber nicht aus den SAA, sondern aus der Überwachungsfunktion des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst. Sofern durch fehlerhaft umgesetzte SAA ein gesetzlicher Schadensersatzanspruch entstanden sein sollte, griffen die allgemeinen Vorschriften über die Amtshaftung nach Art. 34 GG in Verbindung mit § 839 BGB³²⁵.

In dem gemeinsamen Runderlass wird ausdrücklich darauf hingewiesen, die verbindliche Anordnung der SAA mache eine Einzelübertragung von Handlungsvorgaben nach § 4 Abs. 2 NotSanG – also Notstandsmaßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c und delegierte Befugnisse nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG – auf die jeweilige Notfallsanitäterin und den jeweiligen Notfallsanitäter entbehrlich. Gleichwohl sei jeder Ärztliche Leiter Rettungsdienst berechtigt, die sich aus den Handlungsvorgaben ergebenden Befugnisse und Kompetenzen auf der Grundlage von § 10 Abs. 2 Satz 2 RettDG LSA zurückzunehmen³²⁶. Dem Runderlass zufolge soll damit ein Höchstmaß an Einheitlichkeit in der medizinischen Versorgung sichergestellt werden. Sofern bereichsspezifische Besonderheiten in den unterschiedlichen Rettungsdienstbereichen aus Sicht des zuständigen Ärztlichen Leiters Rettungsdienst ein Abweichen von diesen Empfehlungen notwendig erschienen ließen, seien diese Umstände und die zugrunde liegenden Erwägungen im Berichtswege dem Landesverwaltungsamt in Halle mitzuteilen³²⁷.

Abschließend wird in dem gemeinsamen Runderlass darauf hingewiesen, die theoretische und praktische Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern an Rettungsschulen im Land Sachsen-Anhalt seien auf der Basis der einheitlichen BPR und SAA 2018 zum Erwerb bestimmter Kompetenzen durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchzuführen. Die Schulen seien diesbezüglich bereits entsprechend angewiesen worden. Darüber hinaus wird um Weiterleitung des Erlasses, insbesondere an die Ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst Sachsen-Anhalt gebeten³²⁸.

5.11.2.3. Die durch das Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 6. Mai 2019 eingefügte Vorschrift des § 10 Abs. 2 Satz 3 RettDG LSA

Durch Art. 2 Nr. 3 Buchstabe a des Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie des Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden Sachsen-Anhalt vom

325 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 2.

326 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 3.

327 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 3.

328 Vgl. hierzu den gemeinsamen Runderlass vom 29. Januar 2019, S. 3.

6. Mai 2019³²⁹ wurde mit Wirkung vom 14. Mai 2019³³⁰ nach § 10 Abs. 2 Satz 2 RettDG LSA ein neuer Satz 3 eingefügt, wonach der Ärztliche Leiter befugt ist, auch heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zu delegieren. Diese Neuregelung geht auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration zurück³³¹, mit der der Ausschuss einem entsprechenden Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen Rechnung trug³³².

In dem Gesetzentwurf der Landesregierung vom 19. September 2018 war eine solche Regelung demgegenüber noch nicht vorgesehen. Im Rahmen der vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt in der Zeit vom 8. August bis zum 5. September 2018 durchgeführten schriftlichen Anhörung von Einrichtungen und Verbänden zu dem Gesetzentwurf hatten die Kommunalen Spitzenverbände zwar gefordert, in § 10 Abs. 2 RettDG LSA eine Ermächtigungsgrundlage für die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zu schaffen, um Standardarbeitsanweisungen in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen rechtssicher einführen zu können³³³. In ihrer Stellungnahme zu dieser Forderung legte die Landesregierung aber dar, derzeit erarbeite sie eine Erlassregelung, die den Ärztlichen Leitern die erforderliche Handlungssicherheit biete³³⁴. Eine weitergehende Einführung durch gesetzliche Regelung werde nicht für notwendig und trotz der beispielsweise in Thüringen erfolgten gesetzlichen Regelung sogar für „rechtlich fragwürdig“ gehalten. Eine „gesetzliche Zulassung“ dieser Tätigkeiten würde – so heißt es in der Stellungnahme der Landesregierung – in den durch das HeilprG ausschließlich Ärzten überlassenen Tätigkeitsbereich eingreifen. Hierfür habe der Bund die Gesetzgebungskompetenz. Die

329 GVBl. LSA S. 76, 80.

330 Vgl. Art. 5 des Gesetzes.

331 Vgl. die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt – Drs. 7/3383 –, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/4127 vom 25. März 2019, S. 23.

332 Vgl. hierzu den Stenografischen Bericht der 69. Sitzung des Landtags von Sachsen-Anhalt zu Tagesordnungspunkt 9: Zweite Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt, Gesetzentwurf der Landesregierung – Drs. 7/3383 – und Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration – Drs. 7/4127 –, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Stenografischer Bericht 7/69 vom 4. April 2019, S. 55.

333 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/3383, S. 9 zu § 10 Abs. 2.

334 Mit dem gemeinsamen Runderlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt sowie des Ministeriums für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt vom 29. Januar 2019 liegt diese Erlassregelung inzwischen vor, vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 5.11.2.2.

Einführung durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst greife hingegen nicht in die ärztlichen Befugnisse ein, sondern überlasse diesen die entsprechende Entscheidung, und bedürfe daher keine gesetzlichen Ermächtigung³³⁵.

Der Gesetzgeber ist der vorgenannten Argumentation der Landesregierung nicht gefolgt und hat mit der neuen Bestimmung des § 10 Abs. 2 Satz 3 RettDG LSA nunmehr eine gesetzliche Regelung geschaffen, die den im Land Sachsen-Anhalt tätigen Ärztlichen Leitern Rettungsdienst ausdrücklich die Befugnis einräumt, auch „heilkundliche Maßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c des Notfallsanitättergesetzes“ an Notfallsanitätterinnen und Notfallsanitätter zu delegieren, also solche, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Im Rahmen der Zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Landesregierung in der Fassung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration im Landtag von Sachsen-Anhalt am 4. April 2019³³⁶ trug der Abgeordnete Tobias Krull (CDU) vor, mit der neuen Vorschrift des § 10 Abs. 2 Satz 3 RettDG LSA werde die Rolle des Notfalltätters gestärkt, indem es dem Ärztlichen Leiter ermöglicht werde, entsprechende Kompetenzen zu übertragen, zu denen die Notfallsanitätterinnen und Notfallsanitätter aufgrund ihrer umfassenden Ausbildung auch befähigt seien. Außerdem biete die Neuregelung Sicherheit für alle Beteiligten, auch im Schadensfall³³⁷.

5.12. Schleswig-Holstein

5.12.1. Das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport vom 24. Juli 2015

In Umsetzung des NotSanG wurde in Schleswig Holstein zunächst das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport vom 24. Juli 2015³³⁸ beschlossen, das am 28. August 2015 in Kraft trat. Um die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes insbesondere in der Notfallrettung nachhaltig zu sichern, sei – so heißt es in dem dieser Novellierung zu Grunde liegenden Gesetzentwurf der Landesregierung – die Einführung

335 So die Stellungnahme im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Drs. 7/3383, S. 9.

336 Vgl. hierzu den Stenografischen Bericht der 69. Sitzung des Landtags von Sachsen-Anhalt zu dem Tagesordnungspunkt 9: Zweite Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie eines Gesetzes über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden des Landes Sachsen-Anhalt, Gesetzentwurf der Landesregierung – Drs. 7/3383 – und Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration – Drs. 7/4127 –, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Stenografischer Bericht 7/69 vom 4. April 2019, S. 53-60.

337 Vgl. hierzu den Stenografischen Bericht 7/69, S. 57.

338 GVOBl. Schl.-H. S. 304.

des Berufsbildes „Notfallsanitäter“ im Rettungsdienst unabdingbar³³⁹. Die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes vom 29. November 1991³⁴⁰ beschränkte sich – abgesehen von einer expliziten Regelung zu den Kosten der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern³⁴¹ – auf eine Anpassung der Vorschriften über die fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Notfallrettung und beim Krankentransport in § 3 Abs. 1 bis 3 des Rettungsdienstgesetzes alter Fassung³⁴² und eine Ergänzung der Übergangsregelung des § 23 Rettungsdienstgesetz, mit der sichergestellt werden soll, dass bis zum 31. Dezember 2023 anstelle von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten auf Rettungswagen eingesetzt werden können³⁴³.

Nach einem Bericht der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung vom 23. September 2014³⁴⁴ war ursprünglich vorgesehen, im Rahmen der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in Umsetzung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG darüber hinaus eine Regelung zu schaffen, mit der der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst die Aufgabe übertragen werden sollte, landesweit einheitliche Vorgaben zur eigenständigen Durchführung standardisierter heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu treffen³⁴⁵. Eine derartige Regelung ist dann jedoch nicht in den von der Landesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes 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 der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst habe der Diskussionsprozess zu solchen landesweit einheitlichen Vorgaben durch die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst bereits begonnen, sei aber noch nicht abgeschlossen. Eine Darstellung der zukünftig von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ausführbaren heilkundlichen Maßnahmen sei deshalb derzeit noch nicht möglich³⁴⁶.

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

340 GVOBl. Schl.-H. S. 579.

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

342 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, Drs. 18/2780, S. 2, 8 f.

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

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

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

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

5.12.2. Die Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes vom 22. Oktober 2013

Die Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, landesweit einheitliche Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal und damit auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu erarbeiten, war bis Ende 2018 jedoch in der Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes (DVO-RDG) vom 22. Oktober 2013³⁴⁷ geregelt, die nach ihrem § 17 am 1. Januar 2014 in Kraft getreten war und mit Ablauf des 31. Dezember 2018 außer Kraft getreten ist³⁴⁸.

Nach der Regelung in § 12 Abs. 1 Satz 1 DVO-RDG hatten der Träger des Rettungsdienstes oder mehrere Träger des Rettungsdienstes gemeinsam eine Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) zu bestellen. Die von der oder dem ÄLRD zu erfüllenden Qualifikationsanforderungen legte gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 DVO-RDG das für das Rettungswesen zuständige Ministerium im Einvernehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein fest. Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 DVO-RDG hatte 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; dies galt insbesondere im Bereich des Qualitätsmanagements. Zu diesen Aufgaben gehörte gemäß § 12 Abs. 2 Satz 2 DVO-RDG auch die Erarbeitung von Empfehlungen für ärztliches Handeln und Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal. Die Aufgaben sollten nach einheitlichen Vorgaben erfüllt werden, die in Zusammenarbeit aller in Schleswig-Holstein tätigen ÄLRD erarbeitet worden waren (§ 12 Abs. 2 Satz 3 DVO-RDG).

Auch wenn die vorgenannten 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 nahmen, so war doch davon auszugehen, dass die Aufgabe der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal auch die Aufgabe umfasste, 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 sprachen 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 Holstein³⁴⁹. In Beantwortung der Frage,

347 GVOBl. Schl.-H. S. 418.

348 Seit dem 1. Januar 2019 gilt nunmehr die Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG-DVO) vom 4. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 830), die vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren auf der Grundlage des § 32 des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes vom 28. März 2017 (GVOBl. Schl.-H. S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. September 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 456), erlassen wurde.

349 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, Drs. 18/1742 vom 9. April 2014.

welche Maßnahmen Notfallsanitäter im Unterschied zu den bisherigen Kompetenzen des Rettungsassistenten zukünftig selbst ergreifen dürften, verwies 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 insoweit vor, dass die oder der ÄLRD landesweit einheitliche Behandlungsleitlinien zu erarbeiten hätten³⁵⁰.

Dementsprechend haben die in Schleswig-Holstein tätigen ÄLRD unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit den Vertretern der kommunalen Rettungsdienstschulen bzw. den Praxisanleitern und Lehrrettungsassistenten – noch auf der Grundlage der inzwischen außer Kraft getretenen DVO-RDG vom 22. Oktober 2013 – die „Empfehlungen für ärztliches Handeln und Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal gemäß § 12 Abs. 2 DVO-RDG“ erstellt³⁵¹, die zuletzt mit Stand vom 20. November 2018 aktualisiert wurden³⁵². Grundlage für die von den ÄLRD entwickelten Empfehlungen sind der „Pyramidenprozess“ des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (BVÄLRD) und die gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Behandlungsleitlinien und -empfehlungen der in Schleswig-Holstein tätigen ÄLRD gelten zum einen als Grundlage für die Lehr- und Prüfungsinhalte für die Ausbildung von Notfallsanitätern und Notfallsanitäterinnen, soweit sie den Pyramidenprozess wiedergeben. Darüber hinaus dienen sie als Grundlage für die Erarbeitung von Standardverfahren für die Patientenversorgung durch rettungsdienstliches Assistenzpersonal und als Grundlage für die Erarbeitung von Empfehlungen für die Notärztinnen und Notärzte der jeweiligen Träger des Rettungsdienstes. Träger des Rettungsdienstes, in deren Rettungsdiensten bereits Standardverfahren etabliert sind, die den Pyramidenprozess abbilden, sind hiervon unberührt, bis der Pyramidenprozess in diesen Behandlungsleitlinien und Empfehlungen vollständig umgesetzt ist. Lokale Protokolle können über diese Empfehlungen und Behandlungsleitlinien hinausgehen³⁵³. In den vorgenannten „Empfehlungen für ärztliches Handeln und Behandlungsleitlinien für das rettungsdienstliche Assistenzpersonal gemäß § 12 Abs. 2 DVO-RDG“ wird außerdem darauf hingewiesen, der Träger der Rettungsdienste habe sicherzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelmäßig im sicheren Anwenden der dort beschriebenen

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

351 Vgl. hierzu die vom Schleswig-Holsteinischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren unter dem Titel „Der öffentliche Rettungsdienst“ zur Verfügung gestellten Informationen vom 21. Januar 2019; abrufbar im Internet unter: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Themen/R/rettungsdienst.html>.

352 Städteverband Schleswig-Holstein/Schleswig-Holsteinischer Landkreistag, Algorithmen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein gemäß § 12 Abs. 2 DVO-RDG (Version 5.0.0.), Stand: 20. November 2018, herausgegeben von den Trägern des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein; abrufbar im Internet unter: https://schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/R/rettungsdienst/Downloads/rettungsdienst_EmpfehlungenBehandlungsleitlinienVersion4.pdf?blob=publicationFile&v=10.

353 Städteverband Schleswig-Holstein/Schleswig-Holsteinischer Landkreistag, Algorithmen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein gemäß § 12 Abs. 2 DVO-RDG (Version 5.0.0.), Stand: 20. November 2018, S. 5.

Maßnahmen theoretisch und praktisch überprüft werden und über das erforderliche zusätzliche Wissen für die sichere Anwendung verfügen. Darüber hinaus sei durch die Träger der Rettungsdienste sicherzustellen, dass die Qualität des Anwendungsprozesses und der dadurch erzielten Ergebnisse ausgewertet und gegebenenfalls verbessert werde³⁵⁴.

5.12.3. Das Rettungsdienstgesetz vom 28. März 2017

Mit dem am 25. Mai 2017 in Kraft getretenen Rettungsdienstgesetz (RDG) vom 28. März 2017³⁵⁵, dessen Überschrift durch Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 10. September 2018³⁵⁶ neu gefasst wurde und das nunmehr die Bezeichnung „Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG)“ trägt, hat der Landesgesetzgeber das seit 1991 in seinen grundlegenden Regelungen im Wesentlichen unverändert gebliebene Rettungsdienstgesetz für Schleswig-Holstein umfassend überarbeitet. Das zuvor maßgebliche Rettungsdienstgesetz vom 29. November 1991³⁵⁷, das – wie oben dargelegt – zuletzt durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport vom 24. Juli 2015³⁵⁸ geändert worden war³⁵⁹, ist dadurch außer Kraft getreten³⁶⁰. Mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die notfallmedizinische Entwicklung nachzuvollziehen und die Veränderungen des Bedarfs an rettungsdienstlichen Leistungen abzubilden. Die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein soll zukunftsorientiert und nachhaltig gesichert werden. Gleichzeitig soll die Regelung ein zeitgemäßes Gesicht erhalten³⁶¹. Um den Rettungsdienst in Schleswig-Holstein zukunftsfähig auszugestalten, sieht das RDG vom 28. März

354 Städteverband Schleswig-Holstein/Schleswig-Holsteinischer Landkreistag, Algorithmen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein gemäß § 12 Abs. 2 DVO-RDG (Version 5.0.0.), Stand: 20. November 2018, S. 5.

355 GVOBl. Schl.-H. S. 256. Eine erste Änderung erfuhr das RDG vom 28. März 2017 durch Art. 30 des Gesetzes zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 456), mit dem die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 9 RDG entsprechend angepasst wurden. Eine weitere Änderung des RDG erfolgte sodann durch das am 28. September 2018 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 10. September 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 456), mit dem das RDG in einigen Punkten konkretisiert wurde, denen im vorliegenden Zusammenhang keine Bedeutung zukommt. Zum Regelungsinhalt dieses Änderungsgesetzes vgl. im Einzelnen die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 19/496 vom 7. Februar 2018, S. 2 ff. Durch Art. 8 des Haushaltsbegleitgesetzes 2019 vom 12. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 896), der nach Art. 9 Satz 1 dieses Gesetzes am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, erfuhren die Regelungen in den §§ 5 Abs. 4 und 12 Abs. 2 Satz 2 des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) geringfügige redaktionelle Änderungen, denen im vorliegenden Zusammenhang aber ebenfalls keine Bedeutung zukommt.

356 GVOBl. Schl.-H. S. 456.

357 GVOBl. Schl.-H. S. 579, berichtigt 1992 S. 32.

358 GVOBl. Schl.-H. S. 304.

359 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 5.12.1.

360 Vgl. § 37 Satz 2 des Rettungsdienstgesetzes vom 28. März 2017.

361 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586 vom 6. September 2016, S. 3 und 37.

2017 im Rahmen einer umfassenden Novellierung des bisher geltenden Rechts eine Reihe von Neuregelungen vor³⁶², von denen im vorliegenden Zusammenhang allerdings nur die nachfolgenden Bestimmungen von Bedeutung sind.

5.12.3.1. Personelle Besetzung der Rettungsmittel in Umsetzung des NotSanG

Die Besetzung der Rettungsmittel ist nunmehr in § 15 SHRDG geregelt. Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 dieser Vorschrift entsprechen dabei im Wesentlichen denen, die bereits durch das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Krankentransport“ vom 24. Juli 2015³⁶³ zur Umsetzung des NotSanG in das bis zum 24. Mai 2017 geltende RDG als § 3 Abs. 1 bis 3 eingefügt worden waren³⁶⁴.

Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 SHRDG sind Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Alternativ kann anstelle der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters auch eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent dauerhaft Besatzungsmitglied sein (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SHRDG). In der Gesetzesbegründung wird zu dieser Regelung ausgeführt, auch nach Einführung des Berufsbildes „Notfallsanitäter“ dürften Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten weiterhin ihren Beruf ausüben. Es sei sachgerecht, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die über eine langjährige Berufserfahrung verfügten und sich aus besonderen Gründen nicht weiterqualifizieren wollten, unbefristet neben der Notärztin und dem Notarzt im Notarzteinsatzfahrzeug zuzulassen³⁶⁵.

Mit den Neuregelungen in § 15 Abs. 2 SHRDG wurden die bisherigen Besetzungsvorgaben für den Rettungswagen und Mehrzweckfahrzeuge an das neue Berufsbild „Notfallsanitäter“ angepasst. Rettungswagen und Mehrzweckfahrzeuge sind nach § 15 Abs. 2 Satz 1 SHRDG nunmehr mit zwei Personen zu besetzen, von denen eine Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter und die andere mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung (§ 2 Abs. 7 SHRDG³⁶⁶) ist. Neu und alternativ ist die Vorgabe in § 15 Abs. 2 Satz 2 SHRDG, der zufolge anstelle der Rettungssanitäterin oder des Rettungssanitäters auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter eingesetzt werden kann. Voraussetzung ist aber, dass die ersten 18 Monate der Ausbildung in Vollzeitform bereits absolviert sind.

362 Vgl. hierzu den Überblick im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 5 und 39 f.

363 GVOBl. Schl.-H. S. 304.

364 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 53.

365 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 53.

366 Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist nach der Begriffsbestimmung in § 2 Abs. 7 SHRDG, wer nach Abschluss der Ausbildung mindestens 100 Einsätze in der Notfallrettung absolviert hat.

Da Intensivtransporte nicht nur eine dementsprechend angepasste Ausstattung des Fahrzeugs erfordern, sondern auch besondere Qualifikationen des ärztlichen und nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals voraussetzen, sieht § 15 Abs. 4 SHRDG besondere Regelungen für die Besetzung der Intensivtransportwagen vor. Nach Satz 1 dieser Vorschrift sind Intensivtransportwagen mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besetzen, die oder der zusätzlich zu der Qualifikation nach § 13 Abs. 2 SHRDG³⁶⁷ über eine wissenschaftlich anerkannte Qualifikation für Intensivtransporte nach § 14 Abs. 2 SHRDG verfügt. Darüber hinaus sind Intensivtransportwagen entsprechend § 15 Abs. 2 SHRDG zu besetzen, wobei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter zusätzlich für Intensivtransporte qualifiziert sein muss (§ 15 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 1 SHRDG).

Die personelle Besetzung der Rettungstransporthubschrauber ist in § 15 Abs. 6 SHRDG geregelt. Nach Satz 1 Halbsatz 1 dieser Bestimmung sind Rettungstransporthubschrauber mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter als medizinischer Besatzung zu besetzen. Auch bei der Besetzung dieses Rettungsmittels ist damit ein Wechsel von der Rettungsassistentin und dem Rettungsassistenten zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter erfolgt. Für Intensivtransporte in der Luftrettung gelten dieselben personellen Qualifikationsanforderungen wie im bodengebundenen Rettungsdienst (§ 15 Abs. 6 Satz 1 Halbsatz 2 SHRDG).

Die Übergangsbestimmungen in § 34 SHRDG enthalten unter anderem die bereits mit Gesetz vom 24. Juli 2015³⁶⁸ eingefügte Umsetzung des neuen Berufsbildes „Notfallsanitäter“. Wie bereits nach der Übergangsregelung des § 23 RDG alter Fassung³⁶⁹ sind Rettungsmittel gemäß § 34 Abs. 1 SHRDG deshalb spätestens ab dem 1. Januar 2024 in der in § 15 SHRDG vorgesehenen Weise mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu besetzen. Bis dahin erfüllen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten die Qualifikationsanforderungen.

Mit der Verordnungsermächtigung des § 32 Nr. 6 SHRDG wurde das für das Rettungswesen zuständige Ministerium unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Konkretisierung der Besetzung der Rettungsmittel (§ 15 SHRDG) zu regeln. Mit der am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG-DVO) vom 4. Dezember 2018³⁷⁰ hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren – wie oben bereits erwähnt – von dieser Verordnungsermächtigung inzwischen Gebrauch gemacht. Die Vorschrift des § 4 Abs. 2 SHRDG-DVO legt insoweit fest, dass jede Person, welche nach § 15 Abs. 2 und 3 SHRDG zur Besetzung von Rettungsmitteln eingesetzt wird, im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis oder Fahrberechtigung für das jeweilige Rettungsmittel sein muss.

367 Nach § 13 Abs. 2 SHRDG müssen Notärztinnen und Notärzte über die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder die Fachkunde „Rettungsdienst“ oder eine von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen.

368 GVOBl. Schl.-H. S. 304.

369 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 5.12.1.

370 GVOBl. Schl.-H. S. 830.

5.12.3.2. Übernahme der Funktion „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ in das SHRDG

Die bis Ende 2018 in § 12 Abs. 1 Satz 1 DVO-RDG angesiedelte Verpflichtung der Rettungsdienstträger zur Bestellung einer Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst oder eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst³⁷¹ wurde mit der Bestimmung des § 11 Abs. 1 Satz 1 SHRDG aus systematischen Gründen in das SHRDG übernommen³⁷². Dementsprechend sieht diese Vorschrift vor, dass der Rettungsdienstträger oder mehrere Rettungsdienstträger gemeinsam unter Beachtung der in § 4 Abs. 1 SHRDG festgelegten Bedarfsgerechtigkeit eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) zu bestellen haben. Im Hinblick auf die besonderen Qualifikationsanforderungen der ÄLRD wurde darüber hinaus der mit § 12 Abs. 1 Satz 2 DVO-RDG bereits zum 1. Januar 2014 eingeschlagene Weg³⁷³ fortgesetzt und mit § 11 Abs. 2 SHRDG eine der bisherigen Regelung entsprechende Vorschrift geschaffen. Aufgrund der Festlegung der Qualifikationsanforderungen durch das Land könne – so heißt es in der Gesetzesbegründung – in sachgerechter Weise auf Weiterentwicklungen reagiert werden³⁷⁴. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die kommunalen Aufgabenträger wirken – wie schon bisher – an diesem Prozess mit.

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

Der Aufgaben- und Verantwortungsbereich der ÄLRD umfasst medizinische Fragestellungen und Angelegenheiten des Qualitätsmanagements³⁷⁵. Mit der neuen Vorschrift des § 11 Abs. 1 Satz 3 SHRDG werden nunmehr auch die Aufgaben nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des NotSanG ausdrücklich dem Aufgabenkreis der ÄLRD oder anderer entsprechend verantwortlicher Ärztinnen und Ärzte zugeordnet. Die Entscheidung, welche Experten letztendlich wofür eingesetzt werden, obliegt nach der Gesetzesbegründung dem letztlich verantwortlichen kommunalen Aufgabenträger³⁷⁶. Die Funktion ÄLRD ist – ihrer Bedeutung entsprechend – gesetzlich ausgestaltet: Die Aufgabenstellung wird in § 11 Abs. 1 Satz 3 SHRDG als „leitend“ und „verantwortlich“ charakterisiert, ohne dass in die kommunale Personal- und Organisationshoheit eingegriffen wird. Dementsprechend obliegt es dem kommunalen Aufgabenträger, diese Funktion entsprechend der gesetzlichen Aufgabenstellung in die behördliche Struktur und Entscheidungshierarchie nach sachge-

371 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 5.12.2.

372 So die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 50.

373 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 5.12.2.

374 So die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 50.

375 So die Begründung zu § 11 RDG im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 50.

376 So die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 50.

rechten Kriterien einzuordnen. Nach der Gesetzesbegründung muss diese Funktion auch im Verhältnis zu der umfangreichen Aufgabenstellung zeitlich angemessen besetzt werden, wobei sich eine trägerübergreifende Zusammenarbeit anbiete³⁷⁷. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das für das Rettungswesen zuständige Ministerium in § 32 Nr. 5 SHRDG ermächtigt wird, durch Rechtsverordnung die Aufgaben der ÄLRD nach § 11 Abs. 1 SHRDG zu regeln. Eine entsprechende Durchführungsverordnung ist – soweit ersichtlich – bislang allerdings noch nicht erlassen worden. Von der Möglichkeit der ÄLRD, auf der gesetzlichen Grundlage des § 11 Abs. 1 Satz 3 SHRDG eine breitere Zuweisung medizinischer Aufgaben an die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vornehmen zu können, sind nach Einschätzung des Gesetzgebers den Notarztendienst entlastende Aspekte zu erwarten. Dies sei – so heißt es in der Gesetzesbegründung – eine der wesentlichen Aufgaben der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst, die so weit wie möglich und landeseinheitlich umgesetzt werden solle³⁷⁸.

5.12.3.4. Nutzung der Telemedizin zur Unterstützung des nichtärztlichen medizinischen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort

Die neue Bestimmung des § 13 Abs. 3 SHRDG sieht die Möglichkeit vor, telemedizinische Anwendungen zur Unterstützung des nichtärztlichen medizinischen Rettungsdienstpersonals im Einsatz zu nutzen. In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt, einen erfolgversprechenden Ansatz biete das in Nordrhein-Westfalen in der Region Aachen eingeführte System „Tem-Ras“ (telemedizinisches Rettungsassistenzsystem), mit dem eine Bild-, Ton- und Datenverbindung zwischen dem Einsatzort und einem „Telenotarzt“ hergestellt werden könne. Hierdurch könnten sich über die Möglichkeiten, die das NotSanG biete hinaus, weitere den Notarztdienst entlastende Effekte erschließen lassen³⁷⁹.

5.12.3.5. Fortbildung des Rettungsdienstpersonals

Das ärztliche und das nichtärztliche medizinische Personal des Rettungsdienstes ist nach § 16 Abs. 1 Satz 1 SHRDG regelmäßig fortzubilden. Über diese schon nach bisherigem Recht bestehende Verpflichtung der Träger und/oder der Durchführer des Rettungsdienstes, das medizinische Rettungsdienstpersonal fortzubilden, hinaus legt die Bestimmung des § 16 Abs. 1 Satz 2 SHRDG nunmehr konkretisierend fest, dass das medizinische Personal auch zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet ist.

Aufgrund der sehr heterogenen Struktur der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in den Rettungsdienst hat der Gesetzgeber im Hinblick auf deren Fortbildung in § 16 Abs. 2 SHRDG anstelle einer konkreten zeitlichen Vorgabe eine abstrakte Regelung für den zeitlichen Umfang der

377 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 50.

378 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 4 und 37.

379 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 52.

Fortbildung gewählt, die sich in der rettungsdienstlichen Organisation leichter umsetzen lässt³⁸⁰. Danach sind Notärztinnen und Notärzte – in Übereinstimmung mit der bisherigen Regelung in § 13 Satz 3 DVO-RDG – „in ausreichendem Maße“ in Themen der präklinischen Notfallmedizin fortzubilden. Die in § 16 Abs. 1 SHRDG geregelte Verpflichtung, für eine fachgerechte Fortbildung zu sorgen, umfasst daher auch die Pflicht, dies in sachgerecht angemessenem Zeitumfang zu tun³⁸¹.

Der Fortbildungsumfang für nichtärztliches medizinisches Rettungsdienstpersonal – und damit auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – wurde in § 16 Abs. 3 Satz 1 SHRDG gegenüber der bisherigen Regelung in der DVO-RDG geringfügig erweitert. Während nach § 13 Satz 1 DVO-RDG in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetztes rettungsdienstliches Assistenzpersonal im jährlichen Durchschnitt 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden war, sieht die Vorschrift des § 16 Abs. 3 Satz 1 SHRDG nunmehr vor, dass nichtärztliches medizinisches Personal im jährlichen Durchschnitt in der Regel 40 Stunden, mindestens aber 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden ist. Der jährliche Durchschnitt wird dabei aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet (§ 16 Abs. 3 Satz 3 SHRDG). Mit der Regelung in § 16 Abs. 4 SHRDG werden die erforderlichen Besonderheiten der Luftrettung abgedeckt. Näheres zur Aus- und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes kann das für das Rettungswesen zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung regeln (§ 32 Nr. 7 SHRDG). Mit den Regelungen in § 5 der SHRDG-DVO vom 4. Dezember 2018 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Senioren von dieser Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht.

5.13. Thüringen

Im Freistaat Thüringen ist der Rettungsdienst – wie bereits erwähnt – im Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG) vom 16. Juli 2008³⁸² geregelt, das zuletzt durch Art. 2 des Gesetzes zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes vom 29. Juni 2018³⁸³ mit Wirkung zum 27. Juli 2018³⁸⁴ geändert wurde.

380 So die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 54.

381 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Rettungsdienstgesetz, in: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drs. 18/4586, S. 54.

382 GVBl. S. 233.

383 GVBl. S. 317, 320.

384 Vgl. Art. 4 Abs. 1 des Änderungsgesetzes vom 29. Juni 2018.

5.13.1. Anpassung der Vorschriften über die Besetzung der Zentralen Leitstellen und der Rettungsfahrzeuge an das neue Berufsbild des Notfallsanitäter durch das Änderungsgesetz vom 10. Juni 2014

Um dem durch das NotSanG geschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin Rechnung zu tragen, wurden im Freistaat Thüringen durch Art. 1 Nr. 3, 4 und 10 des Thüringer Gesetzes zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes vom 10. Juni 2014³⁸⁵ mit Wirkung zum 1. Januar 2015³⁸⁶ zunächst die Regelungen in den §§ 14, 16 und 34 ThürRettG über die Besetzung der Zentralen Leitstellen und der in der Notfallrettung eingesetzten Rettungsfahrzeuge an die neuen bundesrechtlichen Berufszulassungsregelungen angepasst³⁸⁷.

Die Vorschrift des § 14 Abs. 4 Satz 1 ThürRettG in der Fassung dieses Änderungsgesetzes sieht nunmehr vor, dass die Zentrale Leitstelle rund um die Uhr mit mindestens zwei Leitstellendisponenten zu besetzen ist, wovon eine Person die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ nach den §§ 30 oder 32 Abs. 1 des NotSanG in der jeweils gültigen Fassung oder „Notfallsanitäter“ im Sinne des § 1 NotSanG besitzen muss. Wie bereits nach bisheriger Rechtslage sind Rettungsfahrzeuge im Einsatz zwar auch weiterhin mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen (§ 16 Abs. 2 Satz 1 ThürRettG). Die neugefasste Bestimmung des § 16 Abs. 2 Satz 2 ThürRettG legt nunmehr aber fest, dass die in der Notfallrettung eingesetzten Rettungsfahrzeuge dabei mit mindestens einer Rettungsassistentin bzw. einem Rettungsassistenten oder einer Notfallsanitäterin bzw. einem Notfallsanitäter im Sinne des § 14 Abs. 4 Satz 1 ThürRettG besetzt sein müssen. Die Übergangsvorschrift des § 34 Abs. 3 Satz 1 ThürRettG, die auf Art. 1 Nr. 10 des Änderungsgesetzes vom 10. Juni 2014 zurückgeht, sieht vor, dass der Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten nach § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 16 Abs. 2 Satz 2 ThürRettG bis einschließlich 31. Dezember 2022 zulässig ist. Die Befristung des Einsatzes von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten in den Zentralen Leitstellen sowie in den in der Notfallrettung eingesetzten Rettungsfahrzeugen dient der Qualitätssteigerung³⁸⁸. In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt, nach Ablauf eines angemessenen Übergangszeitraums von acht Jahren nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes am 1. Januar 2015 seien sie insoweit durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu ersetzen. Den bereits tätigen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sei es in der Zwischenzeit zumutbar, sich auf der Grundlage des § 32

385 GVBl. S. 159.

386 Vgl. Art. 4 des Änderungsgesetzes vom 10. Juni 2014.

387 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Thüringer Gesetz zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 5/6556 vom 30. August 2013, S. 1f. und 13.

388 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Thüringer Gesetz zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 5/6556, S. 16 f. zu Art. 1 Nr. 9 (§ 34 ThürRettG).

Abs. 2 NotSanG zu Notfallsanitäterinnen bzw. Notfallsanitätern nachqualifizieren zu lassen³⁸⁹. Zum Zwecke der Evaluierung der Regelung in § 34 Abs. 3 Satz 1 ThürRettG hat das für das Rettungswesen zuständige Ministerium dem zuständigen Ausschuss des Thüringer Landtags gemäß § 34 Abs. 3 Satz 2 ThürRettG³⁹⁰ bis zum 31. März 2021 über den Stand der Ausbildung von Notfallsanitätern in Thüringen und der Nachqualifizierung von Rettungsassistenten zu Notfallsanitätern zu berichten.

5.13.2. Schaffung der rechtlichen Grundlagen zur Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG durch das Änderungsgesetz vom 29. Juni 2018

Die rechtlichen Grundlagen zur Umsetzung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG und weitere landesrechtliche Regelungen im Zusammenhang mit der Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Notfalleinsatz sind durch Art. 2 des Gesetzes zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes vom 29. Juni 2018 geschaffen worden, der – wie bereits erwähnt – am 27. Juli 2018 in Kraft getreten ist. Nach Auffassung des Gesetzgebers waren die diesbezüglichen Änderungen des ThürRettG erforderlich, um das NotSanG in kompetenzrechtlicher Hinsicht umzusetzen³⁹¹. Von zentraler Bedeutung sind insoweit die Neuregelungen in § 16a Abs. 2 ThürRettG³⁹², die der Gewährleistung eines rechtlich klar geregelten Handelns der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei der Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Notfalleinsatz dienen und mit denen auch etwaige Rechtsstreitigkeiten zu deren Handlungskompetenzen und damit verbundene Folgekosten vermieden werden sollen³⁹³.

389 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Thüringer Gesetz zur Änderung von Vorschriften im Bereich des Rettungswesens und des Brand- und Katastrophenschutzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 5/6556, S. 17 zu Art. 1 Nr. 9 (§ 34 ThürRettG).

390 Eingefügt wurde die Vorschrift des § 34 Abs. 3 Satz 2 ThürRettG nicht schon durch das vorgenannte Änderungsgesetz vom 10. Juni 2014, sondern erst durch Art. 2 Nr. 15 des Gesetzes zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes vom 29. Juni 2018.

391 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 20.

392 Eingefügt durch Art. 2 Nr. 7 des Änderungsgesetzes vom 29. Juni 2018.

393 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 4 und 8.

5.13.2.1. Eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG nach individueller Delegation durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst als Aufgabe der Notfallsanitäter

Mit der neuen Vorschrift des § 16a Abs. 2 Satz 1 ThürRettG hat der Gesetzgeber „klargestellt“, dass es insbesondere auch zu den Aufgaben der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gehört, gemäß der in der Ausbildung nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG erworbenen Befähigung im Rahmen der Mitwirkung eigenständig heilkundliche Maßnahmen nach den standardmäßigen Vorgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) durchzuführen. Auf der Grundlage solcher standardisierter Arbeitsanweisungen dürfen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach „individueller Delegation“ durch den ÄLRD bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen deshalb eigenständig heilkundliche Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG durchführen, ohne dass ein unmittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt besteht. In der Gesetzesbegründung³⁹⁴ wird darauf hingewiesen, zur rechtssicheren Umsetzung seien die standardmäßigen Vorgaben in der Praxis so zu formulieren, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf Basis der von ihnen am Notfallort zu erstellenden Arbeitsdiagnose³⁹⁵ die jeweiligen heilkundlichen Maßnahmen – einschließlich der konkret vorgesehenen Medikamentengabe – ohne Bewertungsspielraum eigenständig durchführen könnten. In rechtssystematischer Hinsicht würden – so heißt es in der Gesetzesbegründung³⁹⁶ – diese Maßnahmen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung vorgenommen, sodass die ÄLRD für die Vorgabe und Überprüfung der Maßnahmen einschließlich der Medikamentengabe sowie für die Auswahl, Anleitung und Überwachung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter verantwortlich seien. Aufgrund der dreijährigen Ausbildung und der erworbenen Befähigung seien die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für die eigenständige Durchführung solcher heilkundlichen Maßnahmen generell geeignet. Zudem würden die ÄLRD in der Praxis ihrer Leitungs- und Überwachungsverantwortung durch entsprechende Einweisungen und wiederholte Instruktionen sowie durch regelmäßige Kontrollen, insbesondere im Rahmen von Besprechungen oder Fortbildungsveranstaltungen, gerecht.

5.13.2.2. Festlegung und regelmäßige Überprüfung landesweit einheitlicher standardmäßiger Vorgaben der ÄLRD als Grundlage der an die Notfallsanitäter zu delegierenden ärztlichen Behandlungsmaßnahmen

Nach der neuen Bestimmung des § 16a Abs. 2 Satz 2 ThürRettG haben die ÄLRD für die an die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegierenden ärztlichen Behandlungsmaßnahmen

394 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 34 f. zu Art. 2 Nr. 6 (§ 16a ThürRettG neu).

395 Vgl. Nr. 1 Buchstabe c der Anlage 1 sowie § 17 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280).

396 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 35 zu Art. 2 Nr. 6 (§ 16a ThürRettG neu).

einschließlich der Medikamentengabe einheitliche standardmäßige Vorgaben sowie Verfahrensregelungen zur regelmäßigen Überprüfung sicherzustellen. Ergänzend hierzu sieht die neue Vorschrift des § 16a Abs. 2 Satz 3 ThürRettG vor, dass sich die ÄLRD bei der Erarbeitung und Aktualisierung der standardmäßigen Vorgaben an den von der Landesärztekammer Thüringen auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Fachstandards veröffentlichten Empfehlungen zu orientieren haben. Mit diesen Regelungen bezweckt der Gesetzgeber eine landesweit einheitliche Durchführung der von den ÄLRD im Wege der vorweggenommenen Delegation auf die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter übertragenen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Medikamentengabe. Hierzu sei – so wird in der Gesetzesbegründung zu diesen neuen Bestimmungen ausgeführt³⁹⁷ – eine zwischen den ÄLRD abgestimmte Vorgabe erforderlich. Da sich die standardmäßigen Vorgaben nach aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften richteten, sei es sachgerecht, dass die Landesärztekammer Thüringen insoweit eine Koordinierungsfunktion übernehme und in Zusammenarbeit mit den Fachgremien medizinisch-fachliche Empfehlungen veröffentliche, an denen sich die ÄLRD bei der Erarbeitung und Aktualisierung der standardmäßigen Vorgaben zu orientieren hätten. Über die abgestimmten Verfahrensregelungen werde zudem gewährleistet, dass die ÄLRD nach einheitlichen Maßstäben die an die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegierten ärztlichen Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Medikamentengabe regelmäßig vor Ort überprüften. Für die Praxis sei insbesondere wichtig, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch eine notärztlich bestätigte Ableistung einer Mindestanzahl von delegierten Maßnahmen ihre weitere Eignung nachwiesen.

Mit den von der Landesärztekammer Thüringen, der Landesgruppe Thüringen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, der Arbeitsgemeinschaft der in Thüringen tätigen Notärzte e. V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen auf der Basis der Musteralgorithmen des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. (DBRD) zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des NotSanG erarbeiteten „Verfahrensanweisungen für den Thüringer Rettungsdienst“ in der aktuellen Version 2018/2019³⁹⁸ stehen den ÄLRD für die an die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegierenden ärztlichen Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Medikamentengabe mittlerweile einheitliche standardmäßige Vorgaben zur Verfügung, die den vorgenannten Neuregelungen in § 16a Abs. 2 Satz 2 und 3 ThürRettG Rechnung tragen. Grundlage für die Ausarbeitung dieser Prozeduren im Thüringer Rettungsdienst waren die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen zu den jeweiligen Patientenzuständen und die eingetretene vitale Gefährdung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Um eine umfassende Qualitätssicherung in

397 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 35 zu Art. 2 Nr. 6 (§ 16a ThürRettG neu).

398 Landesärztekammer Thüringen/Landesgruppe Thüringen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst/Arbeitsgemeinschaft der in Thüringen tätigen Notärzte e. V./Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, „Verfahrensanweisungen für den Thüringer Rettungsdienst“ auf der Basis der Musteralgorithmen des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. (DBRD) zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), Version 2018/2019; abrufbar im Internet unter: <http://www.agtn.de/images/notfallsani/Verfahrensanweisungen.pdf>.

der Notfallrettung sicherzustellen, wurden in der neuen Version der Thüringer Verfahrensanweisungen diese um die notwendigen Anweisungen für die eigenverantwortlich zu ergreifenden Maßnahmen als immanenter Bestandteil der Notfallrettung erweitert³⁹⁹.

5.13.2.3. Möglichkeit der Rücknahme der Delegation durch den ÄLRD im Einzelfall bei nicht mehr gegebener fachlicher oder persönlicher Eignung des Notfallsanitäters

Die neue Vorschrift des § 16a Abs. 2 Satz 4 ThürRettG ermöglicht dem ÄLRD, die Delegation nach § 16a Abs. 2 Satz 1 ThürRettG ganz oder teilweise zurückzunehmen, wenn er im Einzelfall nach einer Überprüfung feststellt, dass eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter zur eigenständigen Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen fachlich oder persönlich nicht mehr geeignet ist. Somit kann einzelfallabhängig die weitere Übertragung bestimmter ärztlicher Behandlungsmaßnahmen und/oder Medikamentengaben ausgeschlossen werden⁴⁰⁰.

5.13.2.4. Festlegung standardmäßiger ärztlicher Behandlungsmaßnahmen für Notfallsanitäter und deren Überprüfung vor Ort als neue Aufgabe der ÄLRD

Eine weitere Änderung des ThürRettG steht im Zusammenhang mit den vorgenannten Neuregelungen in § 16a Abs. 2 ThürRettG und den erweiterten Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des NotSanG⁴⁰¹. Nach § 13 Satz 2 ThürRettG in der bis zum 26. Juli 2018 geltenden Fassung oblag den von den kommunalen Aufgabenträgern des bodengebundenen Rettungsdienstes bestellten ÄLRD im Wesentlichen lediglich die Qualitätskontrolle im nichtärztlichen Bereich. Insbesondere hatten sie bislang nur die Organisation und den Ablauf der Notfallrettung nach § 3 Abs. 3 ThürRettG⁴⁰² sowie die notfallmedizinische Weiterbildung (besser formuliert: Fortbildung) des nichtärztlichen Rettungspersonals zu überwachen. Um der Zielsetzung des NotSanG gerecht zu werden, mittels einer verstärkten Nutzung der Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsa-

399 Vgl. hierzu im Einzelnen die Ausführungen in der Präambel zum generellen Gebrauch der Verfahrensanweisungen für den Thüringer Rettungsdienst, S. IX.

400 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 35 zu Art. 2 Nr. 6 (§ 16a ThürRettG neu).

401 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 32 zu Art. 2 Nr. 5 (§ 13 Satz 2 ThürRettG neu).

402 Nach § 3 Abs. 3 ThürRettG ist Notfallrettung die Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden bei Notfallpatienten am Notfallort, gegebenenfalls die Herstellung der Transportfähigkeit der Notfallpatienten und ihre Beförderung unter fachgerechter Betreuung in dafür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung; hierzu gehört auch die Beförderung erstversorgter Notfallpatienten zu weiterführenden Diagnose- oder Behandlungseinrichtungen.

nitäter die rettungsdienstliche Versorgung von Notfallpatienten im sogenannten arztfreien Intervall weiter zu verbessern⁴⁰³, wurde die Vorschrift des § 13 Satz 2 ThürRettG durch Art. 2 Nr. 6 des Änderungsgesetzes vom 29. Juni 2018 neugefasst und klargestellt, dass die ÄLRD künftig auch die einsatzbezogene Verantwortung haben, den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ihres Zuständigkeitsbereichs standardmäßig ärztliche Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Medikamentengabe vorzugeben und diese vor Ort zu überprüfen. In diesem Zusammenhang wurde den ÄLRD darüber hinaus ein Weisungsrecht gegenüber dem nichtärztlichen Rettungspersonal ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs eingeräumt, um im Rahmen von notfallmedizinischen Fortbildungen insbesondere fachliche Defizite der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu beheben, die im Zuge der Durchführung heilkundlicher Maßnahmen auftreten können⁴⁰⁴.

5.13.2.5. Präzisierung der Verordnungsermächtigung

Durch Art. 2 Nr. 14 Buchstabe b) des Änderungsgesetzes vom 29. Juni 2018 wurde außerdem die Verordnungsermächtigung des § 32 Abs. 2 ThürRettG präzisiert⁴⁰⁵. Mit der – im Rahmen der Novellierung unverändert gebliebenen – Vorschrift des § 32 Abs. 2 Satz 1 ThürRettG wird das für Gesundheit zuständige Ministerium ermächtigt, im Einvernehmen mit dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung Regelungen über die Aus-, Weiter- und Fortbildung des nichtärztlichen Rettungspersonals einschließlich des Leitstellenpersonals – und damit auch der Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen – zu treffen, soweit bundesrechtlich nichts anderes bestimmt ist. Um deutlicher als bisher den Inhalt, den Zweck und das Ausmaß der erteilten Ermächtigung zu bestimmen, sieht die dem Absatz 2 des § 32 ThürRettG angefügte Neuregelung in Satz 2 nunmehr vor, dass in der Rechtsverordnung nach Satz 1 zum Zwecke der Qualitätssicherung und -steigerung insbesondere die Verpflichtung zur funktionspezifischen Weiter- und Fortbildung des nichtärztlichen Rettungspersonals einschließlich des Leitstellenpersonals sowie Ziel, Inhalt und Umfang der jeweiligen Weiter- und Fortbildungen geregelt werden können.

403 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 32 zu Art. 2 Nr. 5 (§ 13 Satz 2 ThürRettG neu).

404 Vgl. auch hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 33 zu Art. 2 Nr. 5 (§ 13 Satz 2 ThürRettG neu).

405 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Landesregierung, Gesetz zur Änderung des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes und des Thüringer Rettungsdienstgesetzes, in: Thüringer Landtag, Drs. 6/4794, S. 36 zu Art. 2 Nr. 10 Buchstabe b (§ 32 Abs. 2 ThürRettG neu).

5.13.3. Die Thüringer Verordnung zur Durchführung der Weiter- und Fortbildungen des nichtärztlichen Rettungspersonals vom 11. Juni 2018

Mit der im Wesentlichen am 28. Juli 2018 in Kraft getretenen Thüringer Verordnung zur Durchführung der Weiter- und Fortbildungen des nichtärztlichen Rettungspersonals vom 11. Juni 2018⁴⁰⁶ hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Einvernehmen mit dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium von der neugefassten Verordnungsermächtigung des § 32 Abs. 2 ThürRettG Gebrauch gemacht⁴⁰⁷. Neben den Weiterbildungen zum Praxisanleiter Lehrrettungswache, Organisatorischen Leiter und Leitstellendisponenten regelt diese Verordnung gemäß § 1 Abs. 2 auch die Fortbildung des nichtärztlichen Rettungspersonals einschließlich des Leitstellenpersonals, insbesondere die Voraussetzungen für eine qualitätsgerechte Durchführung der Fortbildung in den Rettungsdienstbereichen, und legt in der – erst am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen – Bestimmung des § 2 Abs. 2 fest, dass das nichtärztliche Rettungspersonal einschließlich des Leitstellenpersonals verpflichtet ist, sich jährlich funktionspezifisch fortzubilden. Im Einzelnen ist die Fortbildung des nichtärztlichen Rettungspersonals einschließlich des Leitstellenpersonals im Sechsten Abschnitt der Verordnung (§§ 23 bis 27) geregelt. Danach gilt Folgendes:

Nach dem in § 23 Satz 1 festgelegten Ziel der Fortbildung soll die kontinuierliche Fortbildung des nichtärztlichen Rettungspersonals einschließlich des Leitstellenpersonals die stetige Aktualisierung der funktionsbezogenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Kompetenzen gewährleisten. Sie ist somit ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung (§ 23 Satz 2).

Der Umfang der Fortbildung ist in § 24 geregelt. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Vorschrift beträgt der Umfang der jährlichen Fortbildung für das nichtärztliche Rettungspersonal einschließlich des Leitstellenpersonals mindestens 30 Stunden. Besteht darüber hinaus nachweislich weiterer Fortbildungsbedarf, insbesondere in Vorbereitung auf Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c und Nr. 2 Buchstabe c NotSanG in Verbindung mit § 16a ThürRettG, so hat der Aufgabenträger des Rettungsdienstes gemeinsam mit dem ÄLRD und den Durchführenden diesen Bedarf mit den Kostenträgern zu erörtern und mit den Kostenträgern weitere Maßnahmen zur vereinbaren (§ 24 Abs. 1 Satz 2). Bei Bedarf kann die jährliche Fortbildungszeit von mindestens 30 Stunden nach § 24 Abs. 1 Satz 1 von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zur Vorbereitung auf die staatliche Ergänzungsprüfung nach § 32 Abs. 2 NotSanG genutzt werden (§ 24 Abs. 2). Nach der Vorschrift des § 24 Abs. 3 sollen die Disponenten in den Zentralen Leitstellen über den in § 24 Abs. 1 für Leitstellendisponenten geregelten funktionspezifischen Fortbildungsumfang hinaus jährlich mindestens 40 Stunden in den Bereichen Notfallrettung und Brandschutz des zuständigen Leitstellenbereiches hospitieren. Notfallsanitäterinnen /Notfallsanitäter und Rettungsassistentinnen/Rettungsassistenten, die auch als Praxisanleiter Lehrrettungswache tätig sind, sollen sich gemäß § 24 Abs. 4 zudem jährlich 16 Stunden in diesem Funktionsbereichen fortbilden. Darüber hinaus legt § 24 Abs. 5 fest, dass Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitäter und Rettungsassistentinnen/Rettungsassistenten, die auch als Organisatorische Leiter bestellt sind, sich zudem

406 GVBl. S. 328.

407 Die Verordnung stützt sich darüber hinaus auf die Ermächtigungsgrundlage in § 7 des Thüringer Gesetzes über die Weiterbildung in den Fachberufen des Gesundheits- und Sozialwesens vom 11. Februar 2003 (GVBl. S. 104), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes 2. Juli 2016 (GVBl. S. 229).

jährlich 16 Stunden in diesen Funktionsbereichen fortbilden sollen. Fortbildungen und Hospitationen nach den vorgenannten Absätzen 1 bis 4 sind in der regelmäßigen Arbeitszeit zu absolvieren (§ 24 Abs. 7).

Für die Fortbildung qualifiziert sind staatlich anerkannte Weiterbildungsstätten, staatlich anerkannte Schulen und genehmigte Lehrrettungswachen nach § 6 Abs. 1 NotSanG sowie Krankenhäuser, die am Rettungsdienst mitwirken (§ 25 Satz 1). Weiterhin können Fortbildungsveranstaltungen nach Maßgabe und in Verantwortung des ÄLRD im eigenen Rettungsdienstbereich durchgeführt werden (§ 25 Satz 3). Zur Sicherstellung einer qualitätsgerechten Fortbildung im Rettungsdienstbereich hat der Aufgabenträger des Rettungsdienstes gemeinsam mit dem ÄLRD und den Durchführenden gemäß § 26 Abs. 1 für die Erstellung des jährlichen Fortbildungsplans zu sorgen. Die ÄLRD sind verpflichtet, in ihrem Rettungsdienstbereich die Einhaltung und Umsetzung des Fortbildungsplans zu überwachen (§ 26 Abs. 2). Die Gewährleistung von Freistellungen für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach § 24 Abs. 7 und die Kostenträgerschaft richten sich nach den dienst- und arbeitsrechtlichen Regelungen oder sind in Einzelvereinbarungen festzulegen (§ 26 Abs. 3). Die Teilnahme an der Fortbildung ist dem Arbeitgeber und dem ÄLRD nachzuweisen (§ 27 Satz 1).

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.

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, Hrsg.), Delegation und Substitution – Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt..., Berlin und Heidelberg 2010.

Bens, Daniel/Lipp, Roland, Notfallsanitätärgesetz – Herausforderungen und Chance, 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.

Bundesärztekammer (Hrsg.), Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, Stand: 26. Mai 2013, abrufbar im Internet unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empf_BAeK_Rettungsdienst_26052013.pdf.

Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e. V., Schriftliche 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); abrufbar im Internet unter: <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=3223&id=1223>.

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: Notfallmedizinische Informationen, Zeitschrift, 2009, S. 1-10.

Flentje, M./Block, M./Sieg, L./Seebode, R./Eismann, H., Erweiterte Maßnahmen und interprofessionelle Konflikte nach Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter – Subjektive Umfrage im Rettungsdienstbereich Niedersachsen, in: Notfall + Rettungsmedizin, Zeitschrift, 2018, Heft 5, S. 374-382.

Friauf, Karl Heinrich/Höfling, Wolfram (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 4. Ergänzungslieferung 2018, Dezember 2018, 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.

Haage, Heinz, NotfallsanitäterG, Nomos Kommentar, 1. Auflage 2015, Auszug aus: Nomos – Das Deutsche Bundesrecht – Erläuterungen, Stand: 1. Juli 2015.

Haage, Heinz, Gesundheitsfachberufe, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellflug, Loseblattwerk, Ordnungsziffer 2200 (Bearbeitungsstand: November 2016), Bearbeitungsstand des Gesamtwerks: 77. Ergänzungslieferung April 2019, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

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, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellflug Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 77. Ergänzungslieferung April 2019, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

Hespeler, Ulrike, Heilkunde, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellflug, Loseblattwerk, Ordnungsziffer 2410 (Bearbeitungsstand: Oktober 2018), Bearbeitungsstand des Gesamtwerks: 77. Ergänzungslieferung April 2019, 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 D./Pieroth, Bodo, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 15. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

Kahl, Wolfgang/Waldhoff, Christian/Walter, Christian (Hrsg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: 195. Ergänzungslieferung, Dezember 2018, Verlag C. F. Müller, Heidelberg.

Katzenmeier, Christian/Slavu, Stefania, Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst: E-Health 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 gesundheitlicher 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, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellpflug, Loseblattwerk, Ordnungsziffer 3860 (Bearbeitungsstand: April 2019), Bearbeitungsstand des Gesamtwerks: 77. Ergänzungslieferung April 2019, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

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.

Mann, V./Mann, S. T. W./Müller, M./Edeler, B./Sander, M./Brenck, F., Standardisierte Handlungsanweisungen für (invasive) heilkundliche Maßnahmen durch Notfallsanitäter – Aktueller Stand der Umsetzung, in: Notfall + Rettungsmedizin, Zeitschrift, 6. Dezember 2018; abrufbar im Internet unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10049-018-0556-y.pdf>.

Müssig, Jörg, Stellung des ärztlichen Leiters im Rettungsdienst: Einführung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG), in: Der Notarzt: Notfallmedizinische Informationen, Zeitschrift, 2015, S. 15-18.

Narr, Helmut, Zur persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes aus der 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 vom 23. 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(4); abrufbar im Internet unter: <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=3223&id=1223>.

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

Reuther, Christian, Delegation ärztlicher Leistungen, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellpflug, Loseblattwerk, Ordnungsziffer 1360 (Bearbeitungsstand: Februar 2019), Bearbeitungsstand des Gesamtwerks: 77. Ergänzungslieferung April 2019, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

Roth, Karsten, Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, 1. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2018.

Sachs, Michael (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 8. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2018.

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.

Sodan, Helge (Hrsg.), Grundgesetz, Beck'scher Kompakt-Kommentar, 4. Auflage, C. H. Beck, München 2018.

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, 3. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2018.

Steinhilper, Gernot, Persönliche Leistungserbringung, in: Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, herausgegeben von Hans-Jürgen Rieger, Franz-Josef Dahm, Christian Katzenmeier, Gernot Steinhilper und Martin H. Stellpflug, Loseblattwerk, Ordnungsziffer 4060 (Bearbeitungsstand: März 2014), Bearbeitungsstand des Gesamtwerks: 77. Ergänzungslieferung April 2019, C. F. Müller Verlag, Heidelberg.

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, Grundgesetz, Kommentar, herausgegeben von Peter M. Huber und Andreas Voßkuhle, Band 2: Artikel 20-82, 7. Auflage, Verlag C.H.Beck, München 2018.

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