

Die Not mit der Kompetenz – Juristische Bestandsaufnahme einer unendlichen Geschichte

von Ralf Tries¹⁾

Die Gründe für immer wieder beklagte Verunsicherung über Kompetenzen im Rettungsdienst müssen fortlaufend analysiert, bewertet und möglichst ausgeräumt werden. Ungenügend waren insoweit die Bemühungen des Gesetzgebers, mit dem zum 1.1.2014 in Kraft getretenen Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (NotSanG) Rechtssicherheit zu schaffen. Der 7 Jahre später in das Gesetz aufgenommene, am 4.3.2021 in Kraft getretene § 2a NotSanG mit seiner Regelung zur „Eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter“ soll endlich Klarheit in das bisherige Kompetenzgerangel bringen [1]. Dem gingen erhebliche Kontroversen voraus. Bundesregierung und Bundesrat warfen sich gegenseitig vor, mit ihrem jeweiligen Entwurf keine Rechtssicherheit schaffen zu können²⁾. Der Gesundheitsausschuss empfahl schließlich einen Tag vor der Bundestagssitzung am 28.1.2021 – unter dem Druck der Verabschiedung des vorrangig andere Themen betreffenden Gesetzespakets – die kurz gehaltene Variante des Bundesrats zu beschließen. Bei den Reden im Bundestag dominierten dann allgemeine Begeisterungsbekundungen wie „echter Meilenstein für die Rechtssicherheit“, „spürbare Erleichterung für die Praxis“ (Abgeordnete Emmi Zeulner, CSU), „geschaffene Rechtssicherheit“ (Abgeordnete Bettina Müller, SPD), „endlich beseitigte[r] Grundfehler des Notfallsanitätergesetzes“ (Abgeordneter Dirk Heidenblut, SPD) oder „In der Kürze liegt die Würze“ (Abgeordneter Dirk Heidenblut, SPD). Der Abgeordnete Dr. Janosch Dahmen (Bündnis 90/Die Grünen) merkte allerdings als mit der Praxis des Rettungsdienstes bestens vertrauter Notfallmediziner kritisch an, noch nicht am Ziel zu sein. Es bedürfe noch einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Möglichkeit der Opiatgabe auch durch Notfallsanitäter), einer Änderung des Heilpraktikergesetzes (zur Handlungsabsicherung von Notfallsanitätern auch außerhalb akuter Lebensgefahr eines Patienten) sowie des Erlasses wirksamer medizinischer Handlungsanweisungen in den Ländern [2].

Es verwundert nicht, dass auf die initial (standes-)politische Euphorie über eine neue Kompetenzregelung Ernüchterung folgt und sich weiterer Klärungsbedarf, Verbesserungswünsche und andauernde Rechtsunsicherheit ergeben [3]. Aus juristischer Sicht haben an der Kompetenzlage im Rettungsdienst weder das NotSanG noch der ergänzte § 2a NotSanG Wesentliches geändert [4], im Gegenteil: Es drohen noch mehr Fallstricke.

Analyse

Patientenwille

Mit der Analyse wird im Jahre 1894 begonnen. Eine Zeit, in der der Rettungsdienst noch in Form des militärischen Verwundetentransports betrieben wurde. Das Reichsgericht hat am 31.5.1894 entschieden, dass die von einem erfahrenen Arzt erfolgreich vorgenommene, indiziert gewesene Amputation des Fußes eines 7-jährigen Kindes gegen den erklärten Willen des Vaters eine „Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit“ und damit eine „tatbestandsmäßige Körperverletzung“ sei [5]. Dabei wies das Reichsgericht ausdrücklich darauf hin, dass der verfolgte Heilungszweck oder gar der Erfolg des Eingriffs dem Arzt ebenso wenig eine rechtliche Befugnis dazu gewährt wie das sog. „Berufsrecht“. Es sei vielmehr in erster Linie „der Wille des Kranken“, der den Arzt legitimiere, Körperverletzungen zu begehen.

1) Direktor am Amtsgericht, Rettungsassistent.

2) Lesenswert ist die Drucksache des Deutschen Bundestages 19/24447, dort insbesondere S. 46 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung mit Begründung S. 84-87, die divergierende Stellungnahme des Bundesrats, S. 104-105, und dagegen wiederum die Stellungnahme der Bundesregierung, S. 111-112. Eine schriftliche Stellungnahme von Prof. Dr. Helge Sodan sollte den Entwurf der Bundesregierung noch aus juristischer Sicht stützen, siehe Ausschussdrucksache 19(14)255(20) zur öffentlichen Anhörung am 16.12.2020 – MTA-Gesetz 4.1.2020, https://www.bundestag.de/resource/blob/815238/ff278b8ecad1bcb3d790a930b94183a8/19_14_0255-20_ESV-Helge-Sodan_MTA-Gesetz-data.pdf.

Diese rechtliche Würdigung invasiver Maßnahmen gilt auch nach heutiger Gesetzeslage und Rechtsprechung im Krankenhaus, in der Arztpraxis, beim Heilpraktiker, beim Notarzt und bei den Rettungsmitarbeitern; kurzum gleichermaßen bei jedem, der einen anderen am Körper verletzt – egal, ob Arzt oder nicht. Jeder Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten, sei es durch z.B. Intubation, Legen eines venösen Zugangs, die Defibrillation, die Applikation von Medikamenten, ist also tatbestandsmäßig eine Körperverletzung. Diese wird sogar vorsätzlich begangen; beispielsweise wird mit der Braunüle nach Durchtrennung der Hautschichten auf eine hoffentlich dann auch getroffene Vene gezielt. Der ausschlaggebende Unterschied zum Messerstecher wird auf der Rechtfertigungsebene gemacht.

Die Einwilligung des Patienten ist der entscheidende Rechtfertigungsgrund für invasive Maßnahmen (§ 228 StGB, § 630d BGB). Ist der Patient nicht in der Lage einzuwilligen, bedarf es der Mutmaßung der Einwilligung. Der Rechtfertigungsgrund des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) betrifft dagegen Eingriffe in Rechtsgüter Dritter und ist deshalb an objektiven Erwägungen ausgerichtet. Im Zweipersonenverhältnis Patient/Helfer müssen dagegen sogar unvernünftige Entscheidungen eines Patienten respektiert werden.

Wenn der Patient z.B. über die Lage aufgeklärt kraft seines Selbstbestimmungsrechts weder vom Notarzt noch vom Notfallsanitäter, sondern vom Rettungsassistenten einen venösen Zugang gelegt bekommen möchte, dann ist dieser Wille zu akzeptieren. Würde der Notarzt dennoch zustechen, wäre die Körperverletzung nicht gerechtfertigt. Bei einer Strafverfolgung wegen vorsätzlicher Körperverletzung könnte der Arzt sich nur noch auf der Schuldebene verteidigen.

Die – mutmaßliche – Einwilligung ist auch bei der Ausbildung von Bedeutung. Sollen Auszubildende „Hand anlegen“, ist zu beachten, dass der Patient auch über deren Fachkenntnis aufgeklärt wird und einverstanden ist. Allenfalls für solche Maßnahmen, bei denen für den verantwortlichen Ausbilder die Möglichkeit besteht, jederzeit, direkt und sicher einen Anfängerschaden durch sein Eingreifen zu verhindern, kann ein Hinweis entbehrlich sein.

Rettungsdienst und/oder Heilkunde

Auch wenn sich der Rettungsdienst in den letzten 30 Jahren vom Wurmfortsatz der klinischen Patientenversorgung zum eigenständigen, lebenswichtigen Organ im Gesundheitswesen mit am Einsatzort beginnenden qualifizierten Rettungsmaßnahmen entwickelt hat, schwebt über invasiven Eingriffen nebst der Applikation von Medikamenten das Damoklesschwert des aus dem Heilpraktikergesetz hergeleiteten Heilkundevorbehalts.

So publizierte die Bundesärztekammer im Jahr 1992 als Reaktion auf das im Jahr 1989 geschaffene Berufsbild Rettungsassistent die „Stellungnahme zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst“ [6]. Die Ausführungen erweckten den Eindruck, als gäbe es nur für Rettungsassistenten, nicht aber für Rettungsanitäter, unter strengen Voraussetzungen einen Rechtfertigungsgrund der „Notkompetenz“ bei der Durchführung bestimmter invasiver, angeblich dem Arzt vorbehaltener Maßnahmen. Obwohl die „Notkompetenz“ als normierter Rechtfertigungsgrund unbekannt ist, geistert der Begriff bis heute durch Aus- und Fortbildungen, schüchtert ein, irritiert und hemmt die Erweiterung von Kompetenzen.

Widersprüche in der Argumentation offenbarten sich schon damals deutlich und schnell bei der (Früh-)Defibrillation mit einem automatisierten externen Defibrillator (AED), da deren Durchführung einem Laien eher möglich erschien als Rettungsdienstpersonal. Greift ein Ersthelfer zu einem AED und rettet damit Leben, kommt keiner auf die Idee, darin einen rechtfertigungsbedürftigen Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz zu sehen.

Wie beim Ersthelfer geht es auch beim Rettungsdienstpersonal nicht um die im Heilpraktikergesetz geregelte berufsmäßige Ausübung der Heilkunde, sondern um einzelne lebensrettende Maßnahmen bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags zur Notfallrettung (vereinfacht formuliert: Retten ist etwas anderes als Heilen). Heilpraktiker und Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter sind Berufsgruppen,

die ihre gesetzlichen Grundlagen gleichrangig in Bundesgesetzen finden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Das Heilpraktikergesetz verbietet nicht jegliche Heilmaßnahmen durch Nichtärzte, sondern bezweckt in Folge der noch im letzten Jahrhundert frei durch die Lande gezogenen Berufsheiler – wenn auch anfangs mit dem nationalsozialistischen Hintergedanken, Heilpraktiker abzuschaffen – eine staatliche Erlaubnis (für Heilpraktiker allerdings ohne staatlich geregelte Ausbildung, weshalb für Heilpraktiker noch nicht einmal die Schweigepflicht des § 203 StGB gilt und sie auch kein Zeugnisverweigerungsrecht gemäß § 53 Strafprozessordnung haben) [7]. Strafbar wegen Verstoßes gegen das Heilpraktikergesetz (§ 5 HeilprG) macht sich der Notfallsanitäter, der neben seiner Arbeit auf dem Rettungswagen zu Hause auch noch eine „Notfallsanitäterpraxis“ betreibt, nicht aber derjenige, der im Verlauf eines Rettungsdienstesatzes eine vom Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) noch nicht „freigegebene“ invasive Versorgungsmaßnahme ergreift.¹⁾

Dennoch unterstellen Gesetzgeber und herrschende Meinung Notfallsanitäter dem Heilkundevorbehalt. Mit der Formulierung des § 2a NotSanG ist das bestätigt worden [8]. Die aus Anlass der COVID-19-Pandemie geschaffene Regelung des § 5a Abs. 1 Nr. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) führt ebenfalls aus, dass bei Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Heilkundeausübung durch Notfallsanitäter in Ausnahmesituationen zulässig sein soll.

Enge Grenzen einer Heilkundeerlaubnis

Im Rahmen des somit dem Rettungsdienstpersonal auferlegten Heilkundevorbehalts fällt die Notfallsanitätern über § 2a und § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG zugebilligte Heilkundeerlaubnis äußerst restriktiv aus; Rettungsassistenten und Rettungssanitäter bleiben ganz außen vor. Die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND) hat in ihrer Stellungnahme im April 2021 zu § 2a NotSanG formuliert [9]: „Die Intention dieser Änderung hat der Gesetzgeber in ausführlichen Begründungstexten erläutert. Denen zufolge ist die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Maßnahmen keine originäre Aufgabe der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und somit auch kein originäres Ziel von Kompetenzvermittlung in der Ausbildung.“

§ 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG regelt die Befugnis von Notfallsanitätern zu „heilkundlichen Maßnahmen“, die vom ÄLRD bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Mit der Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 042/16 zur Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG vom 12.9.2016 haben die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags zum einen offenbart, welche Unsicherheiten selbst unter Experten über Auslegung und Konsequenzen der Regelung bestehen und wie theorielastig häufig argumentiert wird. Im Ergebnis wird angestrebt, invasive Maßnahmen von Notfallsanitätern auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG über die Delegation ärztlicher Leistungen zu rechtfertigen, obwohl – einer Delegation eigentlich widersprechend – ein Arzt den Patienten noch gar nicht gesehen hat. Ausdrücklich weisen die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags in ihrer späteren Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 028/21 zur Verabreichung von Opiaten durch Notfallsanitäter vom 22.6.2021 auf die fortbestehenden Unsicherheiten hin und führen zu § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG aus: „Ob diese Regelung eine Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für die eigenständige Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen im Sinne einer Substitution ärztlicher Leistungen anstrebt oder ob derartige Tätigkeiten aus Sicht des Gesetzgebers als vom ÄLRD delegierte Aufgaben aufzufassen sind, ist bislang noch nicht abschließend geklärt.“ In einer weiteren Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 069/21 zur Anwendung von Standard Operating Procedures (SOP) durch Notfallsanitäter im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG bei Verfügbarkeit eines Telenotarzdienstes vom 6.7.2021 offenbart sich weiterer Klärungsbedarf zu den gesetzlichen Regelungen der §§ 2a und 4 NotSanG. Angenommen wird, dass die Delegation im Wege der SOP als ärztliche Behandlung zu sehen und die Hinzuziehung des Telenot-

1) Eine auf der Strafvorschrift des § 5 HeilprG beruhende Anklageerhebung wegen hinreichenden Verdachts einer Kompetenzüberschreitung im Rahmen des Rettungsdienstes ist dem Autor nicht bekannt.

arztes insoweit nicht mehr erforderlich sein dürfte, wenn auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG SOP angewendet werden könnten.

Abgrenzend davon beschreibt § 2a NotSanG die Voraussetzungen, unter denen Notfallsanitäter eigenverantwortlich heilkundliche Maßnahmen (einschließlich invasiver Maßnahmen) durchführen dürfen, wie folgt:

- ▶ in der Ausbildung erlernte und beherrschte Maßnahmen und
- ▶ Erforderlichkeit der jeweiligen Maßnahmen, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von dem Patienten abzuwenden, und
- ▶ nur bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung

Für heilkundliche Maßnahmen, die weder die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) noch die des § 2a NotSanG erfüllen, soll der Verstoß gegen das HeilPrG und damit auch eine befürchtete Strafbarkeit gemäß § 5 HeilPrG wie auch in der Zeit vor Inkrafttreten des § 2a NotSanG über den Rechtfertigungsgrund des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) möglich sein. Dessen Voraussetzungen sind:

- ▶ Notstandslage, d.h. gegenwärtige Gefahr für Leib, Leben, Freiheit oder ein anderes Rechtsgut (hier insbesondere Gesundheit)
- ▶ Notstandshandlung, d.h. erforderliches und verhältnismäßiges (geeignet, mildestes Mittel, angemessen) Eingreifen; nach herrschender Meinung ist auf das sachkundige Urteil eines objektiven Beobachters abzustellen.
- ▶ Notstandswille, d.h. Gefahrabwendungswillen

In der Gesetzesbegründung zu § 4 NotSanG wird ausgeführt, dass die Ausbildungszielbeschreibung des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG als Auslegungshilfe für „Fälle des rechtfertigenden Notstandes“ gedacht und bei der bestmöglichen Hilfe für den Patienten von den Möglichkeiten des rechtfertigenden Notstands nur in „angemessenem Umfang Gebrauch zu machen“ ist. Demnach sollen gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG eigenverantwortlich veranlasste invasive Maßnahmen an Patienten nur unter folgenden Voraussetzungen erlaubt sein:

- ▶ angemessene medizinische Maßnahme der Erstversorgung und
- ▶ in der Ausbildung erlernt und beherrscht und
- ▶ im Notfalleinsatz und
- ▶ bei Lebensgefahr oder zu erwartende wesentliche Folgeschäden und
- ▶ zur Vorbeugung einer Zustandsverschlechterung vor (not-)ärztlicher Versorgung

Auch wenn § 5a IfSG glücklicherweise bislang in der Praxis keiner Anwendung bedurfte, ist jedoch dessen Formulierung beachtlich. Notfallsanitätern wird im Vergleich zu § 2a NotSanG ein deutlich breiterer Raum bei der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten eingeräumt.

Bewertung

Der Gesetzgeber hat mit seinen Regelungen zur Heilkundebefugnis von Notfallsanitätern mehr Baustellen eröffnet als geschlossen. Die Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1992 zur „Notkompetenz“ scheint immer noch nachzuwirken. Die Vorgaben orientieren sich äußerst restriktiv an objektiven Ausnahmekriterien. Präklinischen Notfalleinsätzen eigene Besonderheiten bzw. Unwägbarkeiten scheinen vernachlässigt; der jeweilige Patientenwille scheint allenfalls eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Obwohl sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG auf die „Zulassung“ zum Beruf des Notfallsanitäters beschränkt, mischt sich der Bundesgesetzgeber in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise über § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG, jedenfalls soweit dieser auf die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstands Einfluss nehmen soll, und über § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG in Aspekte der Berufsausübung ein.

§ 2a NotSanG führt das fort und trägt nicht zu der gewünschten rechtlichen Absicherung bei. Denn der Bundesgesetzgeber begrenzt insoweit die Befugnis zu heilkundlichen Maßnahmen strikt auf deren Beherrschen und auf die Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden für den Patienten. Damit drängt er den weiter gefassten § 34 StGB, insbesondere aber auch den vorrangigen Rechtfertigungsgrund der – mutmaßlichen – Einwilligung erneut ins Abseits. Das wiederum verleitet zumindest im Schadensfall Patienten dazu, das Vorliegen einer – mutmaßlichen – Einwilligung wegen Missachtung der strengen, mutmaßlich zu ihrem Schutz geschaffenen gesetzlichen Vorgaben zu bestreiten. Strafrechtlich kann das folgerichtig die Aufnahme von Ermittlungen wegen Körperverletzung begründen. § 2a NotSanG nimmt mit seinen strengen Voraussetzungen zudem Einfluss auf die Beweislastverteilung in einem Zivilverfahren. Die zur Arzthaftung bestehenden Beweislastregeln gelten entsprechend für professionelle Helfer, auch in einem Amtshaftungsprozess. Ein Fehler des Behandelnden wird gemäß § 630h Abs. 1 BGB vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Schadenseintritt ursächlich war (§ 630h Abs. 4 BGB). Die Missachtung des § 2a NotSanG kann demnach als schwerwiegender Fehler zur Beweislastumkehr führen [10].

Bei alledem ist der Hinweis geboten, dass die in § 2a NotSanG betonte Eigenverantwortlichkeit des Notfallsanitäters nicht zu einer haftungsrechtlichen Freistellung Aufsichtspflichtiger, insbesondere der ÄLRD führt. Im Rahmen ihrer Organisations- und Überwachungsverantwortung haben sie selbstverständlich auf Kompetenzmissbrauch, sowohl Überschreitungen von Kompetenzen als auch vorverfäres Unterlassen zumutbarer und als solche von Patienten gewollter Maßnahmen, zu achten.¹⁾

Beherrschen – mehr als nur gelernt

Das von § 2a NotSanG vorausgesetzte „Beherrschen“ setzt sichere Handlungskompetenz zur Einsatzzeit voraus, wozu das Verstehen des Eingriffs nebst typischer Komplikationen (kognitiv) und das Vorhandensein der handwerklichen Routine nebst Bewältigungsstrategien für Komplikationsfälle gehören [11]. Für die Einschätzung, ob man Routinier ist, finden sich für Ärzte häufig Richtzahlen, die aufgrund wissenschaftlicher Erfahrung die Mindestanzahl der bereits geübten und anschließend praktizierten Eingriffe in einem bestimmten Zeitraum unter bestimmten Umständen beschreiben [12]. Die Anforderungen werden für Notfallsanitäter dabei nicht niedriger ausfallen können, sodass entsprechende Vorgaben zu berücksichtigen sind. Die Messlatte liegt beim „Beherrschen“ somit in jeglicher Hinsicht sehr hoch. Sie überspringen zu können, ist keinesfalls selbstverständlich, schon gar nicht im Alltag der präklinischen Notfalleinsätze und den häufig dort erschwerten Einsatzbedingungen.

Auch in der Begründung zum Entwurf der Bundesregierung wird „Beherrschen“ beschrieben [13]. Beherrscht werde eine Maßnahme nach den allgemeinen Maßstäben beruflicher Bildung, wenn sie auf der Basis sicheren theoretischen Wissens praktisch sicher angewendet werden könne. Dass Notfallsanitäter die anzuwendenden Maßnahmen beherrschen würden, hätten sie in aller Regel mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung nachgewiesen. Insofern gelte auf die Neuregelung des § 2a NotSanG kein anderer Maßstab wie der bei Ausbildungszielbestimmung des § 4 NotSanG. Vielmehr solle damit deutlich gemacht werden, dass die handelnden Notfallsanitäter auch im Moment der Übernahme der

1) Niedersächsischer Landtag, Drucksache 18/10734: Gesetzentwurf zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes, dort Entwurf eines § 10c, wonach Notfallsanitäter im Rahmen des § 2a NotSanG heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich ausüben dürfen. Sie haben gegenüber Ärztlichen Leitern regelmäßig nachzuweisen, dass sie die in der Ausbildung erlernten, auch invasiven Maßnahmen weiterhin beherrschen.

Tätigkeit selbst davon überzeugt seien, die Maßnahme ausreichend zu beherrschen. Anders als bei der Delegation heilkundlicher Aufgaben zähle im Fall der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung zu einem sicheren theoretischen Wissen zudem immer auch, mögliche Kontraindikationen der geplanten Maßnahme zu bedenken. Der einzelne Berufsangehörige entscheide daher aufgrund seiner individuellen Qualifikation, ob und welche Maßnahmen er eigenverantwortlich durchführe.

Dass in aller Regel mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung das Beherrschen der von Notfallsanitätern anzuwendenden Maßnahmen nachgewiesen wäre, muss zum Schutz der Ausbilder und der Auszubildenden in dieser allgemein gehaltenen Formulierung infrage gestellt werden. Zum einen würde es sich nur um eine Momentaufnahme halten und die Zeit der späteren Berufsausübung unberücksichtigt lassen. Zum anderen bleibt offen, was für konkrete Maßnahmen bei der Ausbildung nebst späteren Fortbildung mit der Erwartung des Beherrschens gelehrt und geprüft werden. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung legt das nicht eindeutig fest.

Wesentliche Folgeschäden – mehr als nur Folgeschäden

Höchstrichterlich wird immer wieder bemängelt, dass Politiker damit argumentieren, dass Gesetze auf eine bestimmte Art zu verstehen seien, nur weil etwas in einer Begründung geschrieben wurde. Tatsächlich ist die – i.d.R. nicht von Abgeordneten formulierte – Begründung eines Gesetzes oder gar nur eines Entwurfs ein sehr schwaches Auslegungsmerkmal [14]. Dabei ist es schon ein Fehler, wie sich im Gesetzgebungsverfahren zu § 2a NotSanG mit heftigen Kontroversen u.a. zwischen Bundesregierung und Bundesrat deutlich gezeigt hat, den gesamten Gesetzgebungsvorgang auf eine einheitliche Willensbildung zu reduzieren.

So wäre es auch rechtssicherer gewesen, die im Rettungsdienst bedeutenden „Schmerzzustände“ (mit Konkretisierung des Schweregrads) neben Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden in den Wortlaut des § 2a NotSanG ausdrücklich mit aufzunehmen, so wie es die Fraktion der Linken noch vergeblich beantragt hat. Stattdessen begnügte man sich aber damit, die Analgesie als mögliche Maßnahme im Sinne des § 2a NotSanG über Entwurfs- und Gesetzesbegründungen zu erklären [15].

Die Begrifflichkeit „Wesentliche Folgeschäden“ lässt vielfache Interpretationsmöglichkeiten zu und trägt als unbestimmter Rechtsbegriff ebenfalls nicht zu der propagierten Rechtssicherheit bei. Letztlich muss wieder abgewartet werden, zu welcher Auslegung Fachbehörden und Gerichte kommen. In besonderer Weise greift damit auch wieder die bereits beschriebene Organisations- und Überwachungsverantwortung des Arbeitgebers und der ÄLRD ein. Sie müssen nicht nur SOP im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG verantworten, sondern auch sonstige mögliche invasive Maßnahmen bzw. Medikamentengaben kennen, den Grad der Befähigung ihres Personals im Umgang damit bewerten sowie die Konsequenzen daraus einschätzen und vermitteln. Je nach Schule, Land, Rettungsdienstregion oder Fortbildungsangebot bestehen Unterschiede, bei allen verständlichen Bemühungen um möglichst bundesweit geltender Musteralgorithmen [16]. Eigenverantwortlich im Sinne des § 2a NotSanG bedeutet nicht eigenmächtig.¹⁾

Kompetenzfindung und -sicherung

Trotz der aufgezeigten gesetzgeberischen Schwächen, den strengen Grenzziehungen zur Heilkundeerlaubnis und Divergenzen im Vorgehen auf Länderebene ist die Not mit der Kompetenz (insoweit ist der Begriff „Notkompetenz“ berechtigt) unbegründet, wenn die im Folgenden erläuterten – schon immer geltenden – elementaren juristischen und medizinischen Grundsätze beachtet und in der Praxis konsequent umgesetzt werden. Damit werden Notfallsanitäter, im Übrigen auch Rettungsassistenten und Rettungsassistenten, tatsächlich und rechtlich im Einsatz abgesichert und nicht mit

1) Diskussionswürdig ist das bislang noch nicht im Hauptsacheverfahren entschiedene Eilverfahren: Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 21.4.2021 – 12 CS 21.702 – juris; TRIES, R.: Eigenverantwortlich, nicht eigenmächtig: Notfallsanitäter und die Kompetenzen. In: Rettungsdienst 44 (2021), S. 488-493, 506.

dem Zugeständnis von etwas Heilkundebefugnis letztlich unter dem Deckmantel der Anerkennung ihrer Fähigkeiten ihrem Schicksal alleine überlassen.

(Mutmaßliche) Einwilligung

Wesentliche Voraussetzung für die Patientenversorgung ist die (mutmaßliche) Einwilligung des Patienten. Die in § 630e Abs. 1-3 BGB aufgeführten Aufklärungspflichten sind auch im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst zu beachten, wengleich sie bei Notfalleinsätzen aufgrund des Eilbedarfs und häufig mangelnder Einwilligungsfähigkeit von Patienten allenfalls eingeschränkt ausführbar sind. Rettungsdienstmitarbeiter können i.d.R. bei Vorliegen folgender Voraussetzungen von einer Einwilligung ausgehen:

- ▶ der Eingriff sollte sich in der praktischen Erprobung bewährt haben und möglichst anerkannter Standard sein,
- ▶ er muss in der konkreten Situation erforderlich (medizinisch indiziert) und möglich (fachliche Eignung des Helfers, technisch, örtlich, zeitlich umsetzbar und sinnvoll) sein und möglichst durch den Bestqualifizierten durchgeführt werden.

Diese Kriterien kommen denen nahe, die im NotSanG als Ausbildungsziel beschrieben werden. Sie lassen aber für die Einsatzpraxis einen weiteren Bewertungsspielraum zu und tragen den Besonderheiten der präklinischen Notfallsituation Rechnung. Entgegen § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG sind weder das mit erheblichen Wertungsunsicherheiten verbundene Vorliegen einer Lebensgefahr bzw. eines zu erwartenden wesentlichen Folgeschadens nebst Untätigkeitsverpflichtung bei rechtzeitiger ärztlicher Intervention noch ein Beherrschen der invasiven Maßnahme zwingend.

Ziel muss es demnach sein, Rettungsdienstmitarbeiter über die Maßnahmen zu unterrichten, die als Standardmaßnahmen von ihnen – auch ohne Arzt – erwartet werden. Vorsicht ist geboten, voreilig von einer Standardmaßnahme zu sprechen, da damit bereits die Erwartung einer sicheren Durchführung einhergeht. Wer eine berufsbezogene Standardmaßnahme unterlässt, ist zivil-, straf- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen ausgesetzt (Garantenstellung im Sinne des § 13 StGB). Daraus folgt aber kein striktes Durchführungsverbot für Maßnahmen, die nicht Standard sind. Beispielsweise kann bei akuter Erstickungsgefahr eine Koniotomie alternativlos sein und daher auch von einem nicht ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter zur Lebensrettung in der Annahme der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten durchgeführt werden.

Standard

Um zu wissen, wo die Grenze zwischen Mindestkompetenz und den Standard überschreitenden Kenntnissen liegt, muss der anerkannte Standard im Rettungsdienst beschrieben werden. Zu Recht hält sich der Gesetzgeber insoweit mit Angaben zurück und beschränkt sich auf allgemeine Beschreibungen von Ausbildungszielen. Der Gesetzgeber verfügt nämlich weder über die medizinischen Erkenntnisse und Erfahrungen noch ist er in der Lage, angemessen und unverzüglich auf die ständigen Veränderungen im medizinischen Bereich zu reagieren.

Erfahrung in Theorie und Praxis lässt sich in keinem Beruf vollständig vereinheitlichen. Das Einsatzgebiet, die Einsatzhäufigkeit, das Dienstalster oder die Bereitschaft, sich über den Besuch der Pflichtveranstaltungen hinaus fortzubilden, sind Beispiele wesentlicher Umstände, aus denen die individuelle Leistungsfähigkeit im Rettungsdienst folgt. Dennoch bedarf es überschaubarer und kontrollierbarer Anforderungen, denen jeder in seinem Berufszweig genügen muss. Abzustellen ist dabei auf das Leitbild eines besonnenen und umsichtigen Angehörigen des betreffenden Berufs. Eine optimale Patientenversorgung wird nicht geschuldet. Auch ein Arzt verpflichtet sich zu keinem Behandlungserfolg im Sinne eines immer geretteten Patienten, sondern zu einer Behandlung gemäß dem jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der Erfahrung im Bereich der jeweiligen Versorgung, die zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Der insoweit objektivierte Sorgfaltsmaßstab bildet die wesentliche Grundlage für eine (mutmaßliche)

Einwilligung eines Patienten, da von diesem i.d.R. eine zumindest standardgemäße Versorgung auch erwartet wird. Der rettungsdienstliche Standard ist damit die entscheidende Basis („Messlatte“) für das, was die für Organisation und Überwachung Verantwortlichen – insbesondere ÄLRD – sicherzustellen zu haben.

Genau hier – bei den Fragen, wie hoch die Messlatte für den Rettungsdienst eigentlich liegen soll und liegen darf und ob sie ggf. sogar überschritten werden darf – besteht nach wie vor eine erhebliche Unsicherheit. Diese ist damals wie heute auf den immer wieder formalistisch angeführten Heilkundevorbehalt zurückzuführen, nicht aber auf notfallmedizinische Erfordernisse und Möglichkeiten. Letztere zu erkennen, zu beschreiben und umzusetzen, gelingt mithilfe der ÄLRD. ÄLRD sind der Schlüssel zur Kompetenzfindung und -sicherung.

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Die Organisations- und Überwachungsverantwortung der ÄLRD ähnelt der von Chefärzten in Krankenhäusern [17]. Wichtige Orientierungshilfen für ÄLRD bei ihren Kompetenzvorgaben sind die grundlegenden Regelungen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (NotSan-APrV), die konkreten Ausbildungs- und Fortbildungsangebote sowie Leitlinien bis hin zu Empfehlungen und Stellungnahmen von Kollegen in anderen Zuständigkeitsbereichen. Die Publikation gemeinsamer, überregionaler Algorithmen zur Aus- und Fortbildung sowie als Handlungsgrundlage von Rettungsdienstpersonal ist nicht nur effektiv und effizient, sondern sichert alle Beteiligten ab [18].

Am Beispiel der anhaltenden Diskussionen über eine eigenverantwortliche Gabe von Analgetika bis hin zu Opiaten durch nicht ärztliches Personal kann verdeutlicht werden, was insoweit von einem ÄLRD erwartet wird: Setzt sich ein ÄLRD mit der Thematik überhaupt nicht auseinander, droht eine patientenschädigende Medikamentenapplikation oder das Erleiden unnötiger Schmerzen mangels Analgesie [19].

Wichtig ist deshalb eine dokumentierte Auseinandersetzung des ÄLRD mit der Kompetenz- und Rechtslage sowie der daraus folgenden Konsequenzen. Das Vorgehen in anderen, insbesondere benachbarten Zuständigkeitsbereichen, sollte in die Prüfung einbezogen, nicht aber zwingend übernommen werden. Dafür sind die regionalen Besonderheiten (insbesondere Arzt- und Krankenhausedichte, Aus- und Fortbildungsstand) möglicherweise noch zu unterschiedlich. Eine medizinisch-pharmakologische Kontroverse wie z.B. über ein geeignetes Analgetikum ist erlaubt. Algorithmen haben sich als geeignete Verbreitungsform der erwarteten Vorgehensweise durchgesetzt. Sie kommen einer Dienststanweisung gleich, wobei sich die Verbindlichkeit möglichst aus dem jeweiligen Algorithmus ergeben sollte. Insbesondere der ständige Wandel in der Medizin sowie im Aus- und Fortbildungsstand des Rettungsdienstpersonals erfordert eine fortlaufende Überprüfung herausgegebener Algorithmen und des Personals in Theorie und Praxis.

Der Stellenwert, den Leitlinien bei der Bestimmung des Standards einnehmen, hängt insbesondere davon ab, inwieweit sie wissenschaftlich fundiert und aktuell sind, einen Expertenkonsens darstellen und von einer dazu autorisierten Gruppe oder Institution herausgegeben wurden. Das in Leitlinien Beschriebene hilft, den gesetzlichen Terminus der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ zu konkretisieren. Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Ein Abweichen muss jedoch erklärbar und gut dokumentiert sein. Da Rettungsfachpersonal keine Therapiefreiheit genießt, ist für dieses die Verbindlichkeit von Leitlinien, beispielsweise der wichtigen ERC-Reanimationsleitlinien, deutlich höher.

Insbesondere Arbeitsgemeinschaften von Ärzten, Fachgesellschaften oder Berufsverbänden positionieren ihre Meinungen zu wichtigen Themen in Empfehlungen und Stellungnahmen. Solchen Meinungskundgaben kommt die Funktion einer Beratung zu, deren wissenschaftlicher Wert erheblich variieren kann. Lob und Anerkennung verdient der vom Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e.V. Deutschland initiierte Pyramidenprozess. Mit Experten aus verschiedensten Bereichen wurde ein Katalog von invasiven Maßnahmen entwickelt, die geeignet sind, von Notfallsanitätern während der

Ausbildung erlernt zu werden. Der Bundesverband wird in den nächsten Jahren weiter besonders gefordert sein, seinen Mitgliedern bei deren gesetzlich auch mit dem NotSanG nochmals hervorgehobenen Organisations- und Überwachungsverantwortung beizustehen.

Bei im Rettungsdienst verbreiteten Algorithmen oder SOP muss beachtet werden, wer diese für wen erstellt hat. Die Bezeichnung „SOP“ für ein Ablaufschema sollten ÄLRD zurückhaltend nur dann verwenden, wenn sie tatsächlich eine „Standardvorgehensweise“ beschreiben und eine Abweichung davon i.d.R. sorgfaltswidrig und haftungsbegründend ist. Bei „heilkundlichen Maßnahmen“ im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c) NotSanG ist an die besonderen, oben beschriebenen Rechtsfolgen zu denken.

Das Landesarbeitsgericht Bremen hat in einer Entscheidung vom 16.7.2014 die Bedeutung eindeutig zu formulierender und in ihren rechtlichen Konsequenzen dem Personal zu vermittelnder Vorgaben des ÄLRD hervorgehoben. Da es daran zum damaligen Zeitpunkt mangelte, hatte die Kündigung zweier Rettungsassistenten, die einer Patientin im Juli 2012 – komplikationslos und erfolgreich – 2,5 mg Diazepam intravenös bei einer Panikattacke und angeblichem Laryngospasmus appliziert haben, keinen Bestand [20]. Diese Gerichtsentscheidung ist auch heute noch als Mahnung sowohl an die organisatorisch Verantwortlichen als auch an die Rettungsdienstmitarbeiter zu verstehen. Dienstanweisungen sind ernst zu nehmen und zu hinterfragen, ggf. sind Einwendungen frühzeitig zu erheben. Für die bei Notfallmaßnahmen üblicherweise zu mutmaßende Einwilligung des Patienten ist eine einschlägige Dienstanweisung eine wichtige Entscheidungshilfe, wenn sie verständlich und in ihren medizinischen und juristischen Konsequenzen nachvollziehbar gefasst ist.

Wer mit Erfolg an einem Kurssystem (z.B. ALS®, PBLs/EPLS®, AMLS®, PHTLS®, ITLS®) teilgenommen hat, verändert damit nicht den geltenden Standard. Dort erlernte invasive Maßnahmen, entsprechend auch Medikamentengaben, sind auf die Vereinbarkeit mit dem in Deutschland geltenden Standard zu überprüfen. Damit ist gemeint, dass sich Rettungsdienstmitarbeiter nicht einer internationalen Lehrmeinung anschließen dürfen, welche die geltenden Vorgaben in Deutschland missachtet. Bauen die Kurse auf dem hier geltenden Standard auf, bieten sie also nicht etwas anderes, sondern mehr, ist das grundsätzlich in Ordnung. Es muss dann aber auch gewährleistet sein, dass der Kursabsolvent weiterhin über die erforderliche praktische Erfahrung in dem Erlernten verfügt. Problematisch kann dies für solche erlernten Maßnahmen werden, die zumeist ein Notarzt durchführt. Selbst wenn der Notarzt dies wollte, kann er die Durchführung invasiver Maßnahmen nicht einfach delegieren. Hierfür bedarf es vielmehr der – mutmaßlichen – Einwilligung des i.d.R. die ärztliche Behandlung vorziehenden Patienten. Aus diesem Patientenwillen und zu beachtenden Dienstanweisungen zur Notarztindikation folgt in einschlägigen Notfällen die Verpflichtung zur Notarztalarmierung, auch wenn Notfallsanitäter, Rettungsassistenten oder Rettungssanitäter sich selbst die Versorgung zutrauen. Daran hat auch § 2a NotSanG nichts geändert.

Wer sich befähigt fühlt, Maßnahmen, die über die Erlaubnis vom ÄLRD hinausgehen, im Einsatz anwenden zu können und vielleicht sogar zu müssen, soll dies vor dem Ernstfall melden, sachlich diskutieren und das Ergebnis dokumentieren. Das Unterlassen einer untersagten Maßnahme kann dann jedenfalls juristisch nicht zum Vorwurf gemacht werden. Die Begründetheit einer Anordnung des ÄLRD unterliegt ggf. einer gesonderten sachverständigen und rechtlichen Würdigung auf dem dafür vorgesehenen Dienstweg.

ÄLRD können nicht jeden einzelnen Mitarbeiter selbst auf seine Fähigkeiten überprüfen. Sie müssen wirksame und nachvollziehbare Kontrollinstrumente schaffen. Hierzu gehören insbesondere die regelmäßige Einholung von Rückmeldungen über die Not-, Klinik- und ggf. auch Hausärzte, zumindest stichprobenartige Auswertung von Einsatzprotokollen, das Führen von repräsentativen Mitarbeitergesprächen, Besuche der Rettungswachen und Durchsetzung einer effektiven Pflichtfortbildung mit geeigneten Dozenten und Lernmitteln. Umstritten sind Nutzen und arbeitsrechtliche Konsequenzen von mündlichen (Jahres-)Prüfungen. Sie können keinesfalls die vorgenannten Kontrollmechanismen ersetzen und haben auch nur dann Sinn, wenn sie ausgewogen, aussagekräftig und auf relevante Themen bezogen sind. Häufig werden Tests als zu einfach, zu schwer oder praxisfremd

bewertet. Mit Hospitationen in Notaufnahmen, ggf. auch Rotationen auf Rettungswachen und Rettungsfahrzeugen, kann Defiziten in praktischen Fertigkeiten begegnet werden. Solange begründbare Zweifel an der Eignung für den Einsatz auf einem bestimmten Rettungsmittel in einer bestimmten Funktion bestehen, muss dies auch zum Schutz aller Beteiligten Konsequenzen für den weiteren Einsatz, natürlich auch das Angebot einer Nachbesserung haben. Als erfolgreiche, zudem patientenschonende Strategie der Kompetenzsicherung sind Simulationstrainings sehr zu empfehlen.

Fazit

Die Ausführungen verdeutlichen die Notwendigkeit, Begrifflichkeiten, einschlägige Rechtfertigungsgründe und juristische Konsequenzen praxisgerecht klarzustellen. Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals mit Leben zu füllen ist die vorrangige Aufgabe der ÄLRD. Diese müssen dafür entsprechend geschult, qualifiziert und ausreichend zeitlich verfügbar sein. Die gesetzlichen Grundlagen sind in den Rettungsdienstgesetzen der Länder weitestgehend gelegt. Mit einem gut funktionierenden Netzwerk unter den ÄLRD wird es auch gelingen, deren Arbeit effektiv sowie effizient zu gestalten und damit letztlich auch die Kompetenzlage im Rettungsdienst bundesweit möglichst anzugleichen und weiter auszubauen. Bleibt zu hoffen, dass die politisch allseits bekundete Wertschätzung, über die einleitend berichtet wurde, mit dazu beiträgt.

Literatur

- [1] Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze vom 24.2.2021, BGBl. I Nr. 9, S. 274 vom 3.3.2021
- [2] Plenarprotokoll 19/206 (bundestag.de), S. 25984ff.
- [3] z.B. REIFFERSCHIED, F.: BAND-Statement im April 2021 zur Änderung des NotSanG; MÜSSIG, J.: Notfallsanitäter und Heilkunde, DFV-Position vom 12.2.2021; GRIGORIAN, K.: Der § 2a NotSanG – und nun? Johanniter Bundesgeschäftsstelle im Februar 2021; KÖNIG, M.: Stellungnahme zu § 2a NotSanG, DBRD-Position vom 3.3.2021
- [4] z.B. TRIES, R.: Was darf das Rettungsdienstpersonal? Eine juristische Zeitreise durch die Kompetenzgeschichte. In: Rettungsdienst 42 (2019), S. 890-893; TRIES, R.: § 2a NotSanG: Ein Placebo des Gesetzgebers?. In: Rettungsdienst 44 (2021), S. 212-215; STEENBERG, J.G.: § 2a NotSanG und rechtfertigender Notstand in der präklinischen Notfallmedizin. In: Retten (2021), S. 240-244; ZERCHE-ROCH, I.: Rechtssicherheit im Rettungsdienst: Verhilft die Novellierung des Notfallsanitätergesetzes dazu?. In: BOS-Leitstelle Aktuell 11 (2021), S. 203-207; DÖRRENBÄCHER, S., SINGLER, P.: Die Heilkundebefugnis für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal. In: MedR 39 (2021), S. 505-511; SPENGLER, B.: Heilkundeerlaubnis für Notfallsanitäter?. In: Rettungsmagazin 2 (2021), S. 69-70
- [5] RGSt. 25, 375ff.
- [6] HENNES, H.J.: Die Notkompetenz der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, Reba Verlag, 1994
- [7] STOCK, C.: Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht, 21.4.2021, Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht (bundesgesundheitsministerium.de)
- [8] BROSE, J.: Aufgaben und Befugnisse nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals. In: VersR 28 (2014), S. 1172ff.; DÖRRENBÄCHER, S., SINGLER, P.: Die Heilkundebefugnis für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal. In: MedR 39 (2021), S. 505-511 mwN.; gegen die Anwendung des Heilkundevorbehalts: Arbeitsgericht Koblenz, Urteil vom 7.11.2008 – 2 Ca 1567/08 –, juris; TRIES, R.: Strafrechtliche Probleme im Rettungsdienst. Edewecht, Stumpf & Kossendey-Verlag, 4. Auflage, 2015, S. 16-18

- [9] REIFFERSCHIED, F.: BAND-Statement zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes (April 2021)
- [10] KG BERLIN: Urteil 19.5.2016 – 20 U 122/15 -. In: VersR 9 (2017), S. 551-554
- [11] Mitteilung des BV ÄLRD, Stand 25.9.2019, Orientierungsrahmen für ein sicherstellbares Kompetenzniveau von invasiven Maßnahmen im Rettungsdienst, Anlage-Orientierungsrahmen für ein sicherstellbares Kompetenzniveau von invasiven Maßnahmen im Rettungsdienst (3).pdf; HERINGHAUSEN, G.: Wissen, Qualifikation und Kompetenz im Rettungsdienst: Eine theoretische Betrachtung. In: Rettungsdienst (44) 2021, S. 322-325
- [12] z.B. S 1 – Leitlinie Prähospitales Atemwegsmanagement, Simulation und Airwaymanagement (awmf.org)
- [13] DEUTSCHER BUNDESTAG: Drucksache 19/24447, S. 85
- [14] z.B. BGH: Beschluss vom 19.4.2012 – I ZB 80/11, Rn. 30 mwN -, juris
- [15] DEUTSCHER BUNDESTAG: Drucksachen 17/12524, S. 25; 19/26249, S. 87
- [16] DBRD: regelmäßig überarbeitete Muster-Algorithmen zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des NotSanG
- [17] ANISET, L.: u.a. Medizinische Leitungsfunktionen im deutschen Rettungsdienst. In: Notfall + Rettungsmedizin (2011), S. 1-11; KUDLICH H., SCHULTE-SASSE, U.: „Täter hinter den Tätern“ in deutschen Krankenhäusern? Strafbarkeit von „patientenfernen“ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisationsbedingten Patientenschäden. In: NSTZ (2011), S. 241-247 oder http://medizinrecht-schulte-sasse.de/uploads/media/2011_05_17_Taeter-hinter-Taetern-in-dt-Krankenhaeuser.pdf; TRIES, R.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst: Verantwortung eines Chefarztes. In: Rettungsdienst 27 (2004), S. 688-691; TRIES, R., MARUNG, H.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst: Player oder Spielball. In: Rettungsdienst 35 (2012), S. 220-225
- [18] z.B. NUN-Algorithmen in Niedersachsen, LARD UV IV-20 A1_2 NUN-Algorithmen-Version 2021-edit-2020-11-20 (1).pdf; Handlungsempfehlungen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein, handlungsempfehlungen_fuer_den_rettungsdienst__7.0.0_stand_29.09.2020.pdf; Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst der ÄLRD Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, SAA_BPR_Endversion_2022_2021_12_09_MZ (mags.nrw)
- [19] Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Die Verabreichung von Opiaten durch Notfallsanitäter, Strafbarkeit nach dem Betäubungsmittelgesetz, WD 9 – 3000 – 028/21; REIFFERSCHIED, F.: BAND-Statement zur notwendigen Überarbeitung des Betäubungsmittelgesetz, im Oktober 2021; PATZAK, J. u.a. 10. Auflage 2022, BtMG § 13 Rn. 3-7; DITTRICH, T., LIPPERT, H.-D.: Die Versorgung des Notfallpatienten mit Betäubungsmitteln durch den Notfallsanitäter. In: MedR 40 (2022), S. 15-21
- [20] HEUCHEMER, M.: Medikamentengabe durch Notfallsanitäter und Rettungsassistenten: Mehr Rechtssicherheit durch Bremer Urteil (3 Sa 97/13). In: Rettungsdienst 37 (2014), S. 984-988

