



Rechtssicherheit (*nicht nur*) für Notfallsanitäter/-innen

Aktuelle Diskussion - Lösungsansatz

Korrespondenzadresse

Bundesverband der ÄLRD Deutschland e.V.

c/o Prof. Dr.Dr. Alex Lechleuthner

BF Köln, Boltensternstr. 10, 50735 Köln

alex.lechleuthner@th-koeln.de

Kurzfassung

Rettungsdienstfachpersonal führt seit jeher ausbildungsgerecht lebensrettende Maßnahmen an Notfallpatienten durch. Genauso lange wird die Frage gestellt, ob Einsatzkräfte sich durch Ausübung der Heilkunde ohne Erlaubnis strafbar machen, wenn sie ohne konkrete ärztliche Anweisung invasive medizinische Maßnahmen ergreifen oder Medikamente verabreichen. Umgekehrt werden immer wieder Befürchtungen geäußert, Rettungsfachpersonal könne ärztliche Tätigkeit ersetzen. Mit dem Notfallsanitättergesetz wurde erstmals eine dreijährige Berufsausbildung für Rettungsdienstfachpersonal etabliert, aber die Unsicherheit besteht nach wie vor.

Nun strebt eine über den Bundesrat eingebrachte Gesetzesvorlage an, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ausdrücklich die Ausübung der Heilkunde bei Lebensgefahr oder drohenden schweren Gesundheitsschäden zu gestatten. Nach Überzeugung der Verfasser wäre dies jedoch unzureichend, könnte bestehende Unsicherheiten nicht beheben und würde die existierende Problemlage rechtlich nicht entschärfen. Die aktuell vorgebrachten Überlegungen erfassen diese Problemlage nämlich nicht vollständig.

In dieser Stellungnahme wird deshalb ein konkreter Lösungsvorschlag unterbreitet, welcher zum einen die befürchtete Strafbarkeit ausschließt und zum anderen der Besorgnis gegenüber einer Substitution ärztlichen Handelns gerecht wird. Auch dieser Lösungsvorschlag erfordert einen Eingriff des Gesetzgebers. Das ihm zugrunde liegende Modell lässt sich aber auf parallele Situationen anderer medizinischer Fachkräfte übertragen, die sowohl im Rettungsdienst als auch in anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. in Notaufnahmen) Notfälle ohne unmittelbar anwesenden Arzt mit erlernten, lebensrettenden Maßnahmen behandeln müssen.

Inhaltsverzeichnis

1. Diskussionsanlass	4
1.1. Lebensrettung ist rechtlich erlaubt.....	4
1.2. Unsicherheiten des Rettungsdienstfachpersonals	5
1.3. Gesetzesvorlage des Bundesrates	6
2. Heilkunde und rettungsdienstliche Notfallmedizin	7
2.1. Was ist unter Heilkundeausübung zu verstehen?.....	7
2.2. Heilpraktikergesetz und Gesundheitsfachberufe	10
2.3. Ärztliche Heilkunde	12
2.4. Zwischenergebnis.....	14
3. Rettungsdienstliche Maßnahmen	15
3.1. Lebensrettung durch Notfallsanitäter	15
3.1.1 Qualifikation nach NotSanG	15
3.1.2 Ausbildungsinhalt.....	16
3.1.3 Würdigung der Bundesratsvorlage.....	19
3.2. Keine Rechtsgrundlage für eigenständiges Mitwirken	20
3.3. Delegation ärztlicher Maßnahmen.....	21
3.4. Umfassende Heilkundebefugnis nicht zielführend	22
3.5. Angeleitete Heilkundeausübung.....	26
3.5.1 Bewährte Modelle	26
3.5.2 Fehlende Rechtsgrundlage	27
3.5.3 Handlungsbedarf.....	28
3.5.4 Vorschlag.....	29
4. Zusammenfassung	30

1. Diskussionsanlass

Seit Beginn der beruflichen Professionalisierung von Rettungsdienstfachpersonal wird die Frage gestellt, ob rechtliche Grenzen medizinischen Maßnahmen im Weg stehen, wenn bzw. solange notärztliche Hilfe am Einsatzort nicht verfügbar ist. Aufgrund der rettungsdienstlichen Strukturen sind solche Szenarien praktisch unvermeidbar.

1.1. Lebensrettung ist rechtlich erlaubt

Rechtlich sind dabei zwei Fragen angesprochen. Zum einen sind alle medizinischen Heileingriffe nach gefestigter Rechtsprechung tatbestandlich als Körperverletzung einzustufen und daher nur mit rechtswirksamer Einwilligung der Patientinnen und Patienten zulässig. Dies betrifft ärztliches und nichtärztliches Handeln gleichermaßen, stellt aber in der Praxis nur in Ausnahmefällen ein Problem dar. Regelmäßig sind gerade Notfallpatientinnen und -patienten mit einer medizinischen Behandlung einverstanden. Für die weitere Betrachtung kann diese erste Frage daher außer Acht bleiben; die wenigen Fälle einer medizinisch notwendigen Behandlung gegen den Patientenwillen betreffen nicht die aktuell diskutierte Problematik.

Zum anderen geht es darum, ob rettungsdienstliches Fachpersonal (Notfallsanitäter, Rettungsassistenten, Rettungssanitäter) wegen der Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen und lebensrettenden Medikamentengaben rechtlich wegen unerlaubter Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen belangt werden kann. Hintergrund sind die Regelungen des Heilpraktikergesetzes (HeilPraktG), aufgrund derer die Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Bestallung erlaubnispflichtig (§ 1 Abs. 1 HeilPraktG) und die unerlaubte Ausübung der Heilkunde strafbar ist (§ 5 HeilPraktG).

Diese Regelungen dienen heute dem Schutz vor unqualifizierten Heilbehandlungen und können deshalb verfassungsrechtlich unbedenklich weitergelten, obgleich sie vor Geltung des Grundgesetzes erlassen wurden.¹ Sie können nicht durch die Patienteneinwilligung überwunden werden, weil die öffentliche Gefahrenabwehr als das geschützte Rechtsgut nicht zur Disposition von Patientinnen und Patienten steht. Allerdings steht die Erlaubnispflicht nach dem Heilpraktikergesetz rechtlich keinen Maßnahmen zur Lebensrettung im Wege, weil sowohl der Vorbehalt als auch die Strafan drohung durch den rechtfertigenden Notstand in einer Güterabwägung hintangestellt werden (§ 34 StGB). Auf den Punkt gebracht: Selbstverständlich verbietet die Rechtsordnung nicht, Leben zu retten, und zwar unabhängig von einer fachlichen Qualifikation. Das wird, wenn auch zum Teil mit anderen Begründungen, im Ergebnis von keinem juristischen Diskussionsteilnehmer bestritten. Auch eine gelegentlich in der öffentlichen Diskussion formulierte Pflichtenkollision besteht in Wahrheit nicht.² Eine

¹ BVerfGE 78, 179; ausführlich zur historischen Entwicklung Haage, Heilpraktikergesetz, 2. Auflage 2013, Einleitung Rn. 3 ff.

² Ungenau daher auch Bundesrats-Drucksache 428/19, S. 8.

rechtliche Pflicht zur Hilfeleistung besteht von vorneherein nur insoweit, als die Rechtsordnung genau diese Hilfeleistung nicht durch andere Vorschriften verbietet.³

1.2. Unsicherheiten des Rettungsdienstfachpersonals

Im Gegensatz zu diesem rechtlichen Befund besteht eine weit verbreitete und fortbestehende Verunsicherung innerhalb des Rettungsdienstfachpersonals, aber auch unter vielen Notärztinnen und Notärzten, ob es nicht doch eine wie auch immer geartete unerlaubte Ausübung von Heilkunde sei, wenn rettungsdienstliches Fachpersonal lebensrettende Maßnahmen alleine durchführt. Sowohl von Berufsverbänden und Gewerkschaften als auch von Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst (ÄLRD) und Notärzten wurden deshalb seit jeher Forderungen erhoben, die Rechtssicherheit für die Durchführung von invasiven Maßnahmen und Medikamentengaben für Rettungsfachpersonal transparent und akzeptanzfähig zu verbessern.

Bereits im Jahr 1982 postulierte *Lippert*⁴ für Rettungssanitäter⁵ als erster eine „Notkompetenz“, die es ermöglichen sollte, dass Rettungssanitäter lebensrettende Maßnahmen rechtssicher durchführen können. Als 1989 das Berufsbild des Rettungsassistenten mit zweijähriger Regelausbildung eingeführt wurde,⁶ sind diese Fragen erneut diskutiert worden, insbesondere, da die Ausbildung der Rettungsassistenten umfangreicher als die der Rettungssanitäter war.

Im Jahr 1992 wurde der Begriff der „Notkompetenz“ von der Bundesärztekammer erneut aufgegriffen und mit Hilfe eines „Verfahrens“ (Ausbildung eines Katalogs an Maßnahmen und Medikamenten, regelmäßige Überprüfung durch die ÄLRD, Dokumentation) vorgesehen, dass Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten invasive Maßnahmen und Medikamentengaben in Notfallsituationen zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden durchführen konnten. In einigen Bundesländern wurden darauf aufbauend Regelungen mit Verwaltungsvorschriften getroffen, die als sogenannte „erweiterte Maßnahmen“ (EVM) seitdem - zumindest in einigen Ländern (z.B. Hessen) - zum Standard im Rettungsdienst gehören. Gleichwohl wurde beklagt, dass die Anwendung solcher Maßnahmen im Bundesgebiet Unterschiede aufwies und zwar von Land zu Land (Föderalismus), aber auch zwischen den Rettungsdienstbereichen innerhalb eines Landes.

Über die Ursachen dieser Verunsicherung können die Verfasser nur spekulieren. Aus vielen Gesprächen ist bekannt, dass jedenfalls das Gefühl eine Rolle spielt, für lebensrettende Maßnahmen auf eine Rechtfertigungsnorm zurückzugreifen. Rein rechtlich ist dies zwar nicht minderwertig, weil nicht nur die Straflosigkeit als Ergebnis gleich ist,

³ Ausführlich *Neupert*, Medikamentengabe durch Rettungsassistenten?, MedR 2009, 649 (651 f.) mit weiteren Nachweisen.

⁴ *Lippert*, Die Garantenstellung des Rettungssanitäters, Notfallmedizin 1982, 1571 ff.

⁵ Eine unter den Bundesländern abgestimmte erste professionelle rettungsdienstliche Ausbildung im Umfang von 520 Stunden, eingeführt 1977.

⁶ Durch das Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) vom 10. Juli 1989, BGBl. I S. 1384.

sondern auch keine unterschiedliche juristische Gewichtung zwischen einem grundsätzlich erlaubten und einem gerechtfertigten Handeln besteht.

1.3. Gesetzesvorlage des Bundesrates

Dies ist Anlass für eine Gesetzesvorlage des Bundesrates vom 11.10.2019.⁷ Diese strebt an, § 1 Abs. 1 des Notfallsanitätergesetzes wie folgt zu ergänzen:

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 sind im Rahmen der ihnen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c vermittelten Kompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

Ziele der Vorlage sind einerseits der Schutz der Notfallsanitäter vor haftungs- und strafrechtlichen Risiken, andererseits soll die Konstruktion über den rechtfertigenden Notstand entbehrlich werden.⁸

⁷ Bundesrats-Drucksache 428/19.

⁸ Bundesrats-Drucksache 428/19; S. 2.

2. Heilkunde und rettungsdienstliche Notfallmedizin

Der durch den Bundesrat eingebrachten Gesetzesvorlage liegt unausgesprochen die Annahme zugrunde, Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter lasse sich nur oder zumindest ganz einfach durch die Einräumung einer Befugnis zur Ausübung der Heilkunde schaffen. Nach der hier vertretenen Auffassung ist diese Annahme unzutreffend, denn bei näherer Betrachtung ist eine Heilkundebefugnis nicht hinreichend, um die relevanten Einsatzszenarien abzudecken. Wegen der jahrzehntelangen Konzentration der berufspolitischen Diskussion auf Fragen des Heilpraktikergesetzes birgt die Gesetzesvorlage des Bundesrates aber die Gefahr, Rettungsdienstfachpersonal und Entscheidungsträger der für den Rettungsdienst verantwortlichen Körperschaften in falscher Rechtssicherheit zu wiegen. Dies ergibt sich aus den folgenden Überlegungen, die die Frage näher beleuchten, was tatsächlich unter Heilkunde und ihrer Ausübung zu verstehen ist.

2.1. Was ist unter Heilkundeausübung zu verstehen?

Der deutschen Rechtsordnung liegt kein einheitliches Verständnis der Befugnis zur Heilbehandlung zugrunde. Vielmehr kennt sie eine Reihe verschiedener Ausbildungen und Befugnisse, die sich teils überlappen. Diese sind nicht nur im Heilpraktikergesetz geregelt, sondern auch in den Gesetzen über die diversen Gesundheitsfachberufe. Ausgangspunkt ist die Legaldefinition⁹ in § 1 Abs, 2 HeilPraktG:

Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist 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. (Hervorhebung durch Verfasser)

Dieser gesetzlichen Definition von Heilkunde lässt sich der Gedanke entnehmen, dass es sich bei der Ausübung von Heilkunde um einen Behandlungsprozess mit mehreren Teilschritten handelt. Dieser beginnt mit Feststellungen (zu Erkrankung, Verletzungen, Leiden) und setzt sich fort mit Heilung und Linderung.

Aufgrund dieser spärlichen Beschreibung ist es nicht verwunderlich, dass die juristischen Versuche zur Annäherung an diesen Heilkundebegriff stark von Einzelfallbetrachtungen vor dem Regelungszweck des Gesetzes geprägt sind, Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung abzuwenden. So richtig diese Motivation einerseits ist, so sehr erschwert sie eine angemessene rechtliche Erfassung des Zusammenwirkens unterschiedlicher medizinischer Fachberufe, denn es fehlt ein systematischer und positiv formulierter begrifflicher Rahmen.

Geklärt ist allerdings heute, dass Angehörige von Heilhilfsberufen keine Erlaubnis nach dem HeilPraktG benötigen, wenn sie ihren erlernten Beruf ausüben. Es wäre

⁹ Darunter versteht man im juristischen Sprachgebrauch Definitionen, die durch den Gesetzgeber vorgegeben werden und damit ihrerseits genauso rechtsverbindlich sind wie alle anderen gesetzlichen Regelungen. Im Unterschied dazu kommt Definitionen, welche durch rechtswissenschaftliche Interpretation erarbeitet worden sind, beispielsweise in Gerichtsurteilen und Kommentierungen, ggf. fachliche Überzeugungskraft zu, aber kein normativer Geltungsanspruch.

sinnloser Formalismus, geprüften Fachkräften wie Krankenpflegern, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten oder medizinisch-technischen Assistenten für ihre originäre Tätigkeit eine zusätzliche Erlaubnis abzuverlangen. Ausgebildete Fachkräfte erbringen durch den erfolgreichen Abschluss ihrer Berufsausbildung die erforderlichen Nachweise für die Ausübung genau dieses Berufs. In Bezug auf sie wird die Gefahrenabwehr daher erst dann relevant, wenn sie über die Tätigkeiten hinaus eigenverantwortlich tätig werden wollen, deren Kenntnis sie durch ihren Berufsabschluss nachgewiesen haben.¹⁰

Dies gilt insbesondere deshalb, weil die Heilpraktikererlaubnis als Gefahrenabwehrmittel keinen positiven Kenntnisanspruch im Sinne einer Berufsausbildung voraussetzt.¹¹ Vielmehr formuliert die maßgebliche Vorschrift, § 2 HeilPraktGDV,¹² Versagungsgründe. Sie legt also fest, wann die Erlaubnis einem Bewerber oder einer Bewerberin nicht erteilt werden darf. Neben verschiedenen persönlichen Gründen wie mangelnder gesundheitlicher Eignung heißt es zu den medizinischen Kenntnissen in § 2 Abs. 1 Satz 1 li. i), dass die Erlaubnis nicht erteilt wird,

wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt, die auf der Grundlage von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern durchgeführt wurde, ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten bedeuten würde.

Die Überprüfung zielt also nicht auf den Nachweis einer fachlichen Qualifikation, sondern auf den Ausschluss von Gefahren durch die eigenverantwortliche Heiltätigkeit.¹³ Dies hält auch die Präambel der vom Bundesgesundheitsministerium formulierten Überprüfungsleitlinien¹⁴ fest, zu deren Ziel es dort heißt:

Sie [die Leitlinien] orientieren sich am Ziel der Gefahrenabwehr und sollen die Feststellung ermöglichen, ob die Heilpraktikeranwärterinnen und -anwärter die Grenzen ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten zuverlässig einschätzen, sich der

¹⁰ BVerwGE 66, 367; VGH Mannheim BeckRS 2017, 107063 Rn. 51; Pelchen/Häberle, in: Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze, Werkstand: 224. EL März 2019, § 1 HeilPraktG Rn. 2. Siehe auch BVerfG NJW 2000, 2736 (Tonometrie und Perimetrie durch Optiker).

¹¹ BVerfGE 78, 155; OVG Bremen MedR 2008, 431; Kern / Rehborn, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 11 Rn. 10.

¹² Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18. Februar 1939 (RGBl. I S. 259), BGBl. III/FNA 2122-2-1, zuletzt geändert durch Art. 17f Drittes PflegestärkungsG vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191 iVm Bek. v. 9.1.2018, BGBl. I S. 126).

¹³ Das ist unbestritten, siehe nur Schelling, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, Heilpraktikergesetz-DVO § 2 Rn. 8 f.

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärterinnen und -anwärtern nach § 2 des Heilpraktikergesetzes in Verbindung mit § 2 Absatz 1 Buchstabe i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 7. Dezember 2017 (BAnz. AT B5 91).

Gefahren bei Überschreitung dieser Grenzen bewusst und bereit sind, ihr Handeln angemessen daran auszurichten.

Medizinisches Fachpersonal mag also mit bestimmten Tätigkeiten unter die Legaldefinition der Heilkunde fallen, benötigt dafür aber keine gesonderte Erlaubnis nach dem HeilPraktG, solange diese Tätigkeiten bereits Gegenstand der Berufsausbildung waren. Ableiten lässt sich aus dieser Rechtsprechung allerdings, dass Heilkunde nicht erst dort beginnt, wo ein Medizinstudium erforderlich ist. Die Rechtsprechung hat allerdings mehrfach entschieden, dass eine vollständig eigenverantwortliche Tätigkeit von Gesundheitsfachberufen trotz abgeschlossener Berufsausbildung eine Heilkundeerlaubnis erfordere, weil die medizinische Behandlung ohne vorangehende ärztliche Verordnung nicht von den Berufsausbildungsgesetzen abgedeckt sei.¹⁵ Diagnosestellung und grundlegende Therapieentscheidung gehören aus dieser Sicht zur erlaubnispflichtigen Heilkunde bzw. setzen die ärztliche Approbation voraus.

Auf der anderen Seite gilt unbestritten eine ungeschriebene Bagatellgrenze. Schon vor Jahrzehnten ist in der juristischen Literatur darauf hingewiesen worden, dass Hilfsberufe wie Laboranten, Diätköche und Röntgenassistenten zwar an dem heilkundlichen Behandlungsprozess beteiligt sind, aber nach dem Sinn des Heilpraktikergesetzes keine gesonderte Erlaubnis benötigen.¹⁶ Leitgedanke ist hier, dass die betreffenden Tätigkeiten zwar zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten beitragen, aber im Gesamtbild untergeordnet erscheinen. Auch beurteilt die Rechtsprechung einzelne heilkundliche Verrichtungen handwerklicher oder technischer Art wie zum Beispiel das Messen des Blutdrucks, des Blutzuckers oder auch der Knochendichte für sich genommen nicht als Ausübung der Heilkunde.¹⁷ Der Erlaubnisvorbehalt und damit auch die Strafbarkeit nach § 5 HeilPraktG erstrecken sich vielmehr auf Verrichtungen, die medizinisches Fachwissen erfordern und gesundheitliche Schäden verursachen können.¹⁸ Dabei reichen geringfügige Gefahren nicht aus, wohl aber mittelbare Gefährdungen, beispielsweise durch das Verzögern einer Vorstellung zur ärztlichen Behandlung.¹⁹

Die zuletzt genannten Überlegungen zur Bagatellgrenze ermöglichen die Feststellung, dass die Durchführung einzelner medizinischer Maßnahmen, z.B. die Injektion eines

¹⁵ BVerwGE 35, 308 (Masseur vollzieht chiropraktische Handgriffe); 134, 345 Rn. 12 (Physiotherapeuten); OVG Bautzen BeckRS 2017, 111909 Rn. 13 ff. (Podologen); VGH Mannheim BeckRS 2017, 107063 Rn. 45 (Ergotherapeuten); OVG Münster BeckRS 2012, 52419 und OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 109 (110 Rn. 18) (Osteopathie durch weitergebildete Physiotherapeutin); VGH Kassel NJW 2000, 2760 (2761) (Arzthelferin mit „Spritzenschein“ führt Lokalanästhesie in Piercingstudio durch). Siehe zu weiteren Beispielen unter Bezugnahme auf das Kriterium der Diagnosestellung Pelchen/Häberle, in: Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze, Werkstand: 224. EL März 2019, § 1 HeilPraktG Rn. 10 ff.

¹⁶ Bockelmann, Das Ende des Heilpraktikergesetzes, NJW 1966, 1145 (1146 f.).

¹⁷ OLG Düsseldorf GRUR-RR 2003, 14.

¹⁸ BVerfGE 106, 62 (106); ausführlich BGH NJW 2011, 3591 mit vielen weiteren Nachweisen; siehe beispielsweise auch OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 109 (110 Rn. 15); VG Düsseldorf BeckRS 2009, 31150.

¹⁹ BVerwGE 35, 308 (311).

Medikamentes, aus der durchführenden Person nicht zwingend einen oder eine Heilkundige(n) macht. Grund hierfür kann aus Sicht der Verfasser weniger die handwerkliche Anforderung sein, denn diese setzt letztlich kaum Fachwissen voraus – auch wenn sie schwierig ist, könnte sie theoretisch letztlich beinahe ohne jedes fachliche Wissen durch drillmäßiges Training erlernt werden. Die Überlegungen zur erlaubnisfreien Heilkunde von medizinischem Fachpersonal legen zudem nahe, dass es nicht nur auf Fachwissen ankommen kann, denn auch dieses könnte punktuell erworben werden, ohne dass eine Person mit Inselwissen eine Krankheit feststellte und heilen oder lindern könnte, denn das erfordert mehr als nur einzelne Informationen. Die beinahe unbegrenzte Verfügbarkeit medizinischen Wissens im Informationszeitalter zeigt für jedermann eindrucksvoll auf, dass zum Feststellen, Heilen oder Lindern von Krankheiten ein vernetztes Wissen im Zusammenwirken mit Handlungskompetenzen gehört. Zu wissen, dass manche Zeichen auf eine bestimmte Krankheit hindeuten, ist weniger als diese Krankheit festzustellen; das Wissen um eine Wirkung von Medikamenten ist weniger als Heilung oder Linderung. Dies legt nahe, Heilkunde im Sinne eines Behandlungsprozesses zu verstehen, der übergreifende Kompetenz voraussetzt.

Auch unter Gefahrenabwehr Gesichtspunkten erscheint keine andere Sichtweise erforderlich. Nicht wenige typische Adressaten des HeilPraktG, von denen Gefahr für die Bevölkerung ausgeht, werden für sich in Anspruch nehmen, einen solchen übergreifenden Behandlungsprozess zu leisten. Wer das nicht tut, hält niemandem vom Arztbesuch ab und dürfte, sofern erforderlich, im Regelfall mit den Vorschriften über die Körperverletzung angemessen rechtlich erfasst werden.

Aus der Zusammenschau der vorhandenen Rechtsvorschriften und der Rechtsprechung lässt sich im Ergebnis keine eindeutige Definition schlussfolgern, die einer medizinisch-fachlichen Logik folgt. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn Angehörige von Gesundheitsfachberufen, die Öffentlichkeit, die Rechtsprechung und auch der Gesetzgeber den Begriff „Heilkunde“ sehr unterschiedlich verwenden.

2.2. Heilpraktikergesetz und Gesundheitsfachberufe

Die Inhalte der von Berufsausbildungen abgedeckten medizinischen Tätigkeiten variieren. So sind beispielsweise Physiotherapeuten kraft Berufsausbildung dazu qualifiziert,

durch Anwenden geeigneter Verfahren der physikalischen Therapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Heilung und Linderung, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zu gesundheitsförderndem Verhalten und zum Kurerfolg zu geben,

wie es in § 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes²⁰ heißt. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte erlernen Kenntnisse und Fertigkeiten, um die

²⁰ Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Art. 21 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen

zu ermöglichen (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Krankenpflegegesetz²¹), was das Gesetz in weiteren Teilausbildungszielen konkretisiert. Die Ausbildung medizinisch-technischer Assistentinnen und Assistenten qualifiziert je nach gewähltem Beruf zu labor- bzw. funktionsdiagnostischen oder radiologischen Untersuchungsgängen (§ 3 MTA-Gesetz²²).

Ärztinnen und Ärzte lernen nicht etwa alle diese Inhalte und noch mehr, sondern werden zur

Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“

qualifiziert (§ 2 Abs. 5 BÄO²³). Was dabei unter Heilkunde zu verstehen ist, ergibt sich aus der Approbationsordnung für Ärzte²⁴, in deren § 1 Abs. 1 Satz 2 es heißt:

Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.

Diese Regelungen zeigen, dass der Gesetzgeber die Heilkunde nicht monolithisch behandelt, sondern ein ausdifferenziertes Bild verschiedener Qualifikationen verfolgt. Vielmehr kennt er unterschiedliche Ausprägungen der Befähigung und der rechtlichen Befugnis zu Heilbehandlungen. Dem liegt unausgesprochen das Bild einer umfänglichen Heilkunde zugrunde, innerhalb derer sich einzelne Berufe mit einem durch ihre jeweilige Ausbildung bestimmten Kompetenzprofil abgrenzen lassen. Gemeinsam ist diesen, dass jeder für sich Behandlungsprozesse vollzieht; Unterschiede liegen in den Ausbildungsinhalten und dem sich daraus ergebenden Aufwand, um das Ausbildungsziel zu erreichen. Man kann also, um bei den Beispielen zu bleiben, von einer physiotherapeutischen, krankenpflegerischen, notfallsanitätlichen oder ärztlichen Heilkunde sprechen. In der medizinischen Praxis ergibt sich daraus eine Zusammenarbeit der Angehörigen verschiedener Heil- und Heilhilfsberufe.

²¹ Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 12 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

²² Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Art. 34 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

²³ Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Art. 4 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

²⁴ Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Art. 5 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

2.3. Ärztliche Heilkunde

Die Ausdifferenzierung der Heilkunde setzt sich in der Regulierung medizinischer Tätigkeiten insoweit fort, als bestimmte Vorgänge und Verfahren durch spezialgesetzliche Regelungen einem ausdrücklichen Arztvorbehalt unterliegen. Diese Tätigkeiten dürfen also weder von Angehörigen anderer medizinischer Fachberufe noch aufgrund einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz vorgenommen werden. Das gilt nicht nur für Angehörige von Gesundheitsfachberufen, sondern auch für Heilpraktiker, für die ansonsten Methodenfreiheit gilt. Auch wenn die Heilpraktikererlaubnis also grundsätzlich alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestattet, welche die jeweilige Person beherrscht, sind ihnen genau wie ausgebildeten Heilhilfspersonen folgende Tätigkeiten verschlossen:²⁵

- die Ausübung der Zahnheilkunde (§ 1 Abs. 1 iVm Abs. 3 ZHG),
- die Ausübung der Geburtshilfe (§ 4 HebG),
- die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und meldepflichtigen oder übertragbaren Krankheiten (§ 24 iVm §§ 6, 7 und 34 IfSG), wobei auch der Nachweis einer solchen Erkrankung zur Behandlung zählt,
- die künstliche Befruchtung (§ 9 ESchG),
- die Verordnung von Betäubungsmitteln (§ 13 BtMG),
- die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 48 Abs. 1 AMG),
- die Vornahme von Kastrationen (§ 2 Abs. 2 Kastrationsgesetz),
- die Organentnahme (§§ 3, 8, 8 c TPG),
- die Durchführung der Leichenschau (z.B. § 9 Bestattungsgesetz NRW),
- den Schwangerschaftsabbruch (§ 218 a StGB),
- die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen (§ 24 RöV).

Dem liegt die gesetzgeberische Einschätzung zugrunde, dass nur Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer umfangreichen Ausbildung die sichere und adäquate Anwendung dieser medizinischen Vorgänge gewährleisten können.²⁶ Die Kompetenzen, die in der ärztlichen Grundausbildung, bestehend aus wissenschaftlichem Hochschulstudium und praktischer ärztlicher Ausbildung erworben und nachgewiesen werden, bilden die Grundlage dafür, die ärztliche Heilkunde auszuüben. Weiter ausgeformt werden diese durch die Erlangung von fachärztlichen Kenntnissen und Fertigkeiten, die in einer klinischen Weiterbildung unter Aufsicht des Weiterbildungsbefugten dazu befähigen, die fachärztliche Behandlung so durchzuführen, dass sie *„dem zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard entspricht (...), soweit*

²⁵ Aufzählung von *Haage*, Heilpraktikergesetz, 2. Auflage 2013, § 1 Rn. 18.

²⁶ Siehe zu den Qualifikationsanforderungen nur § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BÄO: Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5 500 Stunden und einer Dauer von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen.

nicht etwas anderes vereinbart ist (§ 630a Abs. 2 BGB). Für den Erhalt dieser fachlichen Kompetenzen ist eine regelmäßige berufliche Tätigkeit erforderlich, in welcher die erlernten Fertigkeiten und Kenntnisse herausgefordert werden. Diese Frage wird gerade im Bereich der Medizin mit der Diskussion der „Mindestfallzahlen“ immer wieder diskutiert. Dahinter steht die Erkenntnis, dass Tätigkeiten, die man routiniert, weil häufig, ausführt, weniger anfällig für Störungen und Komplikationen und damit für Behandlungsfehler sind.

Die oben genannten gesetzlichen Vorbehalte umschreiben damit die ärztliche Ausprägung der Heilkunde als Umgang mit medizinischen Sachverhalten, welche aufgrund ihrer Komplexität, Schwierigkeit und / oder Gefahrengeignetheit die Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern, die durch ein mehrjähriges Studium von – neben den Grundlagenfächern – 21 medizinischen Fächern, 14 Querschnittsbereichen der Medizin und fünf Blockpraktika allein zur Vorbereitung auf den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erworben werden (siehe § 27 Abs. 1, 4 der Approbationsordnung für Ärzte - ÄApprO). Zur ärztlichen Qualifikation gehören unter anderem der Umgang mit fächerübergreifenden Fragestellungen und Fragestellungen aus Querschnittsbereichen (§ 30 Abs. 2 Satz 2 ÄApprO) sowie die Fähigkeit zu kritischen differentialdiagnostischen Erwägungen (§ 30 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 ÄApprO), pathogenetische Zusammenhänge (§ 30 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 ÄApprO), Indikationsstellung zur Therapie (§ 30 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 ÄApprO) sowie neben grundlegenden pharmakologischen Kenntnissen das Beherrschen der Pharmakotherapie (§ 30 Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 ÄApprO) und Koordinierung von Behandlungsabläufen (§ 30 Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 ÄApprO).

Auf diesem Überblicks- und strukturellem Wissen beruhen die ärztliche Diagnose im Sinne einer umfassenden Bewertung von Krankheitsanzeichen und Befunden eines Patienten und die ärztliche Therapieentscheidung im Sinne einer abwägenden Gesamtbetrachtung. Sie sind Ausdruck der Fähigkeit zur „(...) *eigenverantwortlichen und selbständigen (...) umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung*“ (§ 1 Abs. 1 Satz 1, 2 ÄApprO). Dieses Ausbildungsziel charakterisiert den ärztlichen Beruf anders als die Heilhilfsberufe – an deren hoher fachlicher Qualifikation damit kein Zweifel geäußert werden soll – als denjenigen, der den gesamten Behandlungsprozess zu überblicken und zu steuern vermag. Unter anderem mit Blick darauf ist die ärztliche Approbation anders als andere medizinische Berufszulassungen gegenständlich unbegrenzt und inhaltlich nicht aufteilbar.²⁷

Neben weitreichenden, ethisch anspruchsvollen Eingriffen wie künstlicher Befruchtung, Kastration, Organentnahme oder Schwangerschaftsabbruch ist deshalb vor allem der praktisch sehr relevante Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten und Betäubungsmitteln Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. So trägt der Gesetzgeber dem Gefahrenpotential solcher Substanzen zum Schutz von Patientinnen und Patienten Rechnung.²⁸ In Bezug auf Betäubungsmittel besteht dieser gesetzliche Schutz

²⁷ BVerwGE 108, 100; *Rehborn*, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 8 Rn. 6 mit weiteren Nachweisen.

²⁸ *Hofmann*, in: Kügel/Müller/Hofmann, Arzneimittelgesetz, 2. Auflage 2016, § 48 Rn. 9.

durch § 13 Abs. 1 Satz 1 BtMG sogar darin, dass vor jeder Betäubungsmittelanwendung eine persönliche ärztliche Untersuchung und Indikationsstellung einschließlich der Prüfung von Behandlungsalternativen geboten ist.²⁹

2.4. Zwischenergebnis

Die Bezeichnung als Heilkunde wird dem differenzierten gesetzlichen System unterschiedlicher Befähigungen nicht gerecht, welche tatbestandlich dem HeilPraktG unterfallen. Der Heilkundebegriff des HeilPraktG ist unter Gefahrenabwehrgesichtspunkten gebildet worden, eignet sich aber nicht dazu, professionelle Behandlungsprozesse juristisch und medizinisch angemessen zu erfassen. Eine vordringlich am Heilkundebegriff orientierte Diskussion wird daher der Problemstellung schon deshalb nicht gerecht, weil sie undifferenziert verlaufen muss: Weder reicht die Deklaration einer Tätigkeit als (unbestimmte) heilkundliche Tätigkeit oder Heilkundeausübung aus, um damit heilkundliche Tätigkeiten fachgerecht möglich zu machen oder zu legalisieren, für die eine ärztliche Ausbildung und eine Approbation erforderlich sind. Noch kann ein solcher Ansatz den juristischen Status Quo erfassen, demzufolge die Ausübung der Heilkunde nach erfolgter Ausbildung zu einem medizinischen Fachberuf innerhalb des Berufsausbildungszieles ohne weiteres erlaubt ist.

²⁹ Siehe nur *BGH NStZ-RR* 2014, 147 mit weiteren Nachweisen aus der umfangreichen Rechtsprechung; *Patzak*, in: *Körner/Patzak/Volkmer, Betäubungsmittelgesetz*, 9. Auflage 2019, § 13 Rn. 4 unter ausdrücklichem Hinweis auf Notfallsanitäter.

3. Rettungsdienstliche Maßnahmen

3.1. Lebensrettung durch Notfallsanitäter

Aus dem bis hierhin Gesagten resultiert, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter von vorneherein keinen tatbestandlichen Verstoß gegen den Erlaubnisvorbehalt des Heilpraktikergesetzes begehen, wenn sie ihre originäre berufliche Tätigkeit ausüben. Die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern qualifiziert aus der soeben dargelegten Sicht zur notfallsanitätlichen Heilkunde. Zu dieser gehört nach dem klaren Wortlaut des NotSanG das in der aktuellen berufspolitischen Diskussion stark hervorgehobene

Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, 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 (§ 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG).

Festzuhalten ist deshalb: Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bedürfen zur Lebensrettung insoweit keiner Rechtfertigung unter Berufung auf den rechtfertigenden Notstand, als sie sich im Rahmen der ihnen durch die Berufsausübung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten halten. Dies entspricht dem gesicherten juristischen Status Quo. Im Einzelnen:

3.1.1 Qualifikation nach NotSanG

Das am 01.01.2014 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz schuf einen Gesundheitsfachberuf mit einer Ausbildungsdauer von drei Jahren, der das bis dahin geltende Rettungsassistentengesetz mit einer nur zweijährigen Ausbildungsdauer ablöste. Als Ziele dieser Neuregelung wurden dabei genannt, dass damit die moderne Aufgabenstellung des Berufs verdeutlicht und dem breiten Tätigkeitsspektrum Rechnung getragen werden sollten. Im Übrigen sollte damit eine Angleichung der Strukturen der anderen Gesundheitsfachberufe möglich gemacht werden (siehe Gesetzentwurf von 2012).

Die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter und damit der Inhalt der notfallsanitätlichen Heilkunde, soll 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. Dabei sind die unterschiedlichen situativen Einsatzbedingungen zu berücksichtigen. Die Ausbildung soll die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter außerdem in die Lage versetzen, die Lebenssituation und die jeweilige Lebensphase der Erkrank-

ten und Verletzten und sonstigen Beteiligten sowie deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung in ihr Handeln mit einzubeziehen (§ 4 Abs. 1 NotSanG³⁰). Diese durch die Berufsausbildung bereits erworbene Heilkundebefähigung und -befugnis schließt verschiedene konkretere Ausbildungsziele ein, die teils in eigenverantwortlicher (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. a – j NotSanG) und teils in mitwirkender Qualifikation (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 lit. a – c NotSanG) bestehen.

Eine medizinisch-fachliche Konkretisierung dazu hat der „Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland e.V.“ in Verbindung mit medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Feuerwehren, Hilfsorganisationen, Schulen, Krankenhäusern, Arbeitgebern und Behörden im Jahr 2013 im Rahmen des sogenannten „Pyramidenprozesses I“ geleistet.³¹ Primär wurde bei der Ausarbeitung dieser Kataloge dabei darauf geachtet, welche Maßnahmen und Medikamente zur Lebensrettung und zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden aus medizinisch-fachlicher Sicht geeignet sind. Die Frage der juristischen Erlaubnis war von untergeordneter Bedeutung für den Pyramidenprozess.

3.1.2 Ausbildungsinhalt

Allerdings setzt das in § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG formulierte Teilausbildungsziel partiell eine Problematik fort, welche schon Rettungsassistenten betraf. Ähnlich wie § 3 RettAssG³² von „lebensrettenden“ Maßnahmen sprach, ist im NotSanG von „medizinischen Maßnahmen der Erstversorgung (...), auch invasiven Maßnahmen“ die Rede. Dieser Wortlaut lässt offen, welche Art Maßnahmen damit gemeint sein sollen. Insbesondere geht daraus nicht hervor, ob auch Maßnahmen gemeint sein sollen, welche dem Erlaubnisvorbehalt des Heilpraktikergesetzes unterfallen. Dies ist Anknüpfungspunkt für die auch heute noch geführte Diskussion darüber, ob Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im lebensbedrohlichen Notfall auf der originären Grundlage ihres erlernten Berufs oder letztlich auf dem Rücken des rechtfertigenden Notstandes agieren.

Anders als die Ausbildungsgrundlagen für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten konkretisiert Anlage 1 Nr. 7 lit. g - i der Notfallsanitäter-Ausbildungs- und Prüfungsordnung (NotSan-APrV³³) aber den Ausbildungsinhalt:

³⁰ Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Art. 40 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

³¹ *Lechleuthner*, Der Pyramidenprozess – die fachliche Abstimmung der invasiven Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes, Notarzt 2014, S. 112 ff.

³² Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), zuletzt geändert durch Art. 5 Satz 2 G über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änd. weiterer Vorschriften vom 22. 5. 2013 (BGBl. I S. 1348).

³³ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280), zuletzt geändert durch Art. 41 FachkräfteeinwanderungsG vom 15.8.2019 (BGBl. I S. 1307).

g) Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung, zur Stabilisierung des Kreislaufs, im Rahmen der Reanimation und im Rahmen der chirurgischen Versorgung, die zur Lebenserhaltung oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden im Einsatzkontext erforderlich sind, bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen,

h) bei Maßnahmen der erweiterten notärztlichen Therapie, die über die Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung, zur Stabilisierung des Kreislaufs, im Rahmen der Reanimation und im Rahmen der chirurgischen Versorgung hinausgehen, bei notfallmedizinisch relevanten Krankheitsbildern zu assistieren,

i) Maßnahmen der erweiterten notärztlichen Therapie, die zur Lebenserhaltung oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden im Einsatzkontext bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung erforderlich sind, eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte, insbesondere die Verhältnismäßigkeit bei der Auswahl der Maßnahmen, zu berücksichtigen.

Diese Teilausbildungsziele differenzieren zwischen *Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung, zur Stabilisierung des Kreislaufs im Rahmen der Reanimation und im Rahmen der chirurgischen Versorgung* einerseits sowie *Maßnahmen der erweiterten notärztlichen Therapie, die über die Maßnahmen (...) hinausgehen*, andererseits. Erstere sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter *bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung eigenständig durchzuführen* lernen (lit. g). Bei *Maßnahmen der erweiterten notärztlichen Therapie* richtet sich das Lernziel darauf, zu *assistieren* (lit. h), in bestimmten Einsatzszenarien aber auch darauf, diese *eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte, insbesondere die Verhältnismäßigkeit bei der Auswahl der Maßnahmen, zu berücksichtigen* (lit. i).

Eine weitere inhaltliche Konkretisierung ergibt sich aus den vorangehenden Anstrichen, denen sich Hinweise darauf entnehmen lassen, welche Art von Maßnahmen jeweils gemeint ist. In Anlage 1 Nr. 7 lit. b – e NotSan-APrV heißt es auszugsweise:

b) (...) Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung wie insbesondere endotracheale Intubation, supraglottische Atemwegshilfen, erweiterte Beatmungsformen, medikamentöse Therapien oder Narkoseeinleitungen (...) mitzuwirken,

c) (...) Maßnahmen zur Stabilisierung des Kreislaufs wie insbesondere medikamentöse Therapien oder Infusionstherapien (...) mitzuwirken,

d) (...) Maßnahmen im Rahmen der Reanimation wie insbesondere medikamentöse Therapien (...) mitzuwirken,

e) (...) Maßnahmen im Rahmen der chirurgischen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten wie insbesondere Thoraxdrainage, Tracheotomie, Koniotomie oder Reposition (...) mitzuwirken,

was zeigt, dass die Verordnung unter den in lit. g genannten Maßnahmen die typischen notfallmedizinischen Interventionen versteht, invasive und medikamentöse Maßnahmen eingeschlossen. Was man sich angesichts dessen unter der *erweiterten notärztlichen Therapie* vorstellen soll, die ausweislich lit. h mehr als die genannten Punkte umfasst, bleibt unbestimmt. Dies gilt erst recht im Kontext von lit. i, wo es um eine *erweiterte notärztliche Therapie (...)* zur Lebenserhaltung oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden gehen soll, was regelmäßig bereits durch die Anstriche b – e abgedeckt sein dürfte. Diese Unklarheiten widerlegen aber nicht die vorangehenden Regelungen, aus denen sich ergibt, dass die Notfallsanitäterausbildung, anders als noch die Ausbildung zum Rettungsassistenten bzw. zur Rettungsassistentin, zur eigenständigen Durchführung der typischen notfallmedizinischen Interventionen auch in Abwesenheit ärztlicher Hilfe zum Zweck der Lebensrettung oder der Abwehr schwerer gesundheitlicher Gefahr qualifiziert.

Anders als bei Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sind damit zwar die medizinischen Verrichtungen recht klar benannt, welche zur Notfallsanitäterausbildung gehören. Gesetz- und Verordnungsgeber haben dafür allerdings das Spannungsfeld zwischen Mitwirken bzw. Assistenz und eigenständigem Handeln geschaffen. Das Kernproblem liegt darin, dass sowohl § 3 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG als auch die darauf abgestellten Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung eine fachliche Qualifikation mit dem Vorliegen von Voraussetzungen für deren Ausübung verknüpfen. Darin liegt ein scheinbarer Widerspruch, der in vielen Diskussionen gerügt worden ist, denn entweder liegt eine fachliche Qualifikation vor oder nicht; situationsabhängig kann dies nicht sein. Die Auflösung dieses Widerspruches gelingt mit Blick auf das Regelungsziel der Vorschrift: Es geht darum, nichtärztliches Fachpersonal für Situationen zu qualifizieren, die eigentlich ärztliche Kenntnisse erfordern. Deshalb formulieren die Anstriche b – e das Ausbildungsziel grundsätzlich als die Befähigung zur Mitwirkung. Eine eigenständige Fachkompetenz soll *zur Lebenserhaltung oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden* geschult werden. Der Gesetzgeber versucht damit das Problem zu umschreiben und zu lösen, dass bei der lebensrettenden Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in vielen Fällen unmöglich ist, eine ärztliche Diagnosestellung und Therapieentscheidung abzuwarten, für welche die Berufsangehörigen eigentlich nicht ausgebildet werden. Das NotSanG will Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zur vorläufigen Entscheidung über die Notwendigkeit und Durchführung medizinischer Maßnahmen besonders kritisch erkrankter oder verletzter Menschen qualifizieren.

Blickt man so auf die Fachqualifikation zur Lebensrettung, dann lässt sich ein juristischer Unschärfebereich zum Erlaubnisvorbehalt des Heilpraktikergesetzes ausmachen. Zu einem rechtlichen Problem führt dies nicht; Lebensrettung ist ohne Zweifel juristisch unabhängig davon gestattet, ob eine konkrete Maßnahme zur originären notfallsanitätlichen Heilkunde gehört.³⁴ Der Befund mag also allenfalls aus Opportunitätsgründen Anlass zur Neuregulierung sein.

³⁴ Siehe oben 1.1.

3.1.3 Würdigung der Bundesratsvorlage

Demnach gehen die aktuell geführte Diskussion und die Gesetzesvorlage des Bundesrates an der medikolegalen Realität vorbei. Soweit die Vorlage anstrebt, die Konstruktion über den rechtfertigenden Notstand entbehrlich zu machen,³⁵ verfolgt sie ein unerreichbares Ziel, denn wenn es in der Vorlage heißt:

„Bei einer heilkundlichen Tätigkeit im Rahmen von § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG entkommt der Notfallsanitäter nur über die rechtliche Konstruktion des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 Strafgesetzbuch aus der Strafbarkeit seines Tuns“

und dies ausdrücklich zur Begründung herangezogen wird,³⁶ schildert die Gesetzesvorlage das geltende Recht unzutreffend. Auf die Tätigkeiten von Notfallsanitätern gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 c NotSanG findet der rechtfertigende Notstand keine Anwendung, weil nach gesicherter Rechtsprechung und Auffassung in der rechtswissenschaftlichen Literatur bereits tatbestandlich kein Verstoß gegen das HeilPraktG vorliegt. Abgesehen davon stellt die Gesetzesvorlage letztlich nur den bisherigen Rechtfertigungsbestand in positiv operationalisierter Form dar.

Nimmt man an, dass trotz der oben dargelegten gesetzlichen Regelungen gleichwohl noch Sachverhalte existieren könnten, in welchen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sich nicht auf ihren erlernten Ausbildungsinhalt berufen könnten, hilft der Regelungsvorschlag des Bundesrates nicht weiter. Denn er bezieht sich ausdrücklich auf die

„nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c vermittelte Kompetenz“

und begrenzt die vorgesehene Heilkundebefugnis darauf. Ein von dem Ausbildungsinhalt hypothetisch nicht abgedecktes Handeln würde also auch nicht von der vorgeschlagenen Ergänzung des NotSanG legalisiert. Es wäre selbstverständlich weiterhin durch den rechtfertigenden Notstand juristisch möglich.

Auch die von der Gesetzesvorlage angesprochenen Haftungsrisiken für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter³⁷ bestehen nicht aufgrund der aktuellen Gesetzeslage. Selbstverständlich können sich Haftungsrisiken dann ergeben, wenn Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu Unrecht eine Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden annehmen. Ebenso bestehen Haftungsrisiken, wenn medizinische Maßnahmen fehlerhaft durchgeführt werden. Diese Risiken ergeben sich aber aus der – allen Berufen immanenten – Gefahr fehlerhafter Entscheidungen im Einzelfall. Die Gesetzesvorlage des Bundesrates würde daran nichts ändern. Auch behebt die Gesetzesvorlage des Bundesrates nicht die Schwierigkeit, im jeweiligen Einzelfall

³⁵ Bundesrats-Drucksache 428/19; S. 2.

³⁶ A.a.O., S. 1.

³⁷ Bundesrats-Drucksache 428/19; S. 2.

festzustellen, ob ein so bedrohlicher medizinischer Zustand des jeweiligen Patienten vorlag wie § 3 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG anspricht.³⁸

3.2. Keine Rechtsgrundlage für eigenständiges Mitwirken

Das in 3.1.2 dargelegte Spannungsfeld zwischen mitwirkendem und eigenständigem Handeln von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern führt allerdings zu einem anderen, in der Diskussion bislang kaum beleuchteten rechtlichen Problem, durch welches die Berufsangehörigen tatsächlich in eine juristische Grauzone gelangen können. In Bezug auf § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG ist die zugrunde liegende rechtliche Konstruktion ungeklärt und problematisch. Nach dieser Vorschrift sollen die Auszubildenden qualifiziert werden,

2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

(...)

c) eigenständiges Durchführen von heilkundlichen Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden,

was der Gesetzgeber durch die sprachlich schwer verständliche Vorstellung einer *Mitwirkung* im Wege *eigenständigen Durchführens* unbeabsichtigt deutlich macht.

Hintergrund dieser Regelung ist der zunehmende Bedarf nach medizinischen Maßnahmen des Rettungsfachpersonals im Vorfeld der Lebensrettung oder Abwehr unmittelbar drohender schwerer Gesundheitsschäden. Ein typisches und in den letzten Jahren intensiv diskutiertes Problem ist die Gabe schmerzstillender Medikamente. Ob und falls ja in welchen Situationen es sich dabei um Fälle des Ausbildungszieles nach § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG handelt, wird kontrovers bewertet. In der Regel wird es sich um heilkundliche Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG handeln. Auf der anderen Seite ist aus fachlich-medizinischer Sicht unstrittig, dass eine Schmerzmedikation in vielen Fällen eine sinnvolle und ethisch angemessene Maßnahme ist, die unter gewissen Rahmenbedingungen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführt werden kann.

Eine klare Rechtsgrundlage hierfür fehlt allerdings. Durch die Gesetzesvorlage des Bundesrates würde sie von vorneherein nicht geschaffen, weil diese sich auf Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung (§ 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG) nicht bezieht.

Vielerorts haben sich pragmatische Modelle etabliert, bei welchen ärztliche Verantwortliche – in der Regel die nach Landesrecht vielfach vorgesehenen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst – Arbeitsanweisungen aufstellen, um den Einsatz von Medikamenten in den geschilderten Situationen nach Schulung des Rettungsdienstpersonals zu re-

³⁸ So zutreffend der Änderungsantrag der Regierungsfractionen vom 11.10.2019 zur Bundestags-Drucksache 19/13825, Ausschussdrucksache 19 (14) 108.1, S. 2.

geln. Solche gesetzlich nicht geregelten Weiterbildungen heben den Erlaubnisvorbehalt des Heilpraktikergesetzes nicht auf.³⁹ Derartige „Freigaben“ setzen vielmehr Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter einem potentiellen Vorwurf hinsichtlich des Heil-PraktG aus, denn die eigenständige Behandlung außerhalb Situationen im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG ist nicht durch die Berufsausbildung abgedeckt. Darüber hinaus laufen Ärztliche Leiter Rettungsdienst Gefahr, wegen Verstößen gegen arzneimittelrechtliche Vorschriften belangt zu werden.

3.3. Delegation ärztlicher Maßnahmen

Ärztliche Tätigkeiten können nach Stellung der Diagnose bislang schon auch auf andere Gesundheitsfachberufe im Rahmen von Delegation übertragen werden. Allerdings setzen Delegationsmodelle die Anwesenheit eines Arztes voraus, der die Diagnose stellt, die Therapieentscheidung trifft und die entsprechenden ärztlichen Maßnahmen auf Angehörige eines Fachberufes delegiert und überwacht. Dabei trägt der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Fachkraft die Durchführungsverantwortung. Die Delegation ermöglicht auch die Gabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten (siehe dazu § 48 AMG) bis hin zur Verabreichung von Schmerzmitteln, die in der Anlage III des BtMG genannt werden. Dabei findet die Gabe dieser Medikamente im Delegationsmodell als Teil einer ärztlichen Behandlung statt. Eine eigenständige Indikationsstellung und Gabe verschreibungspflichtiger oder BtMG-pflichtiger Medikamente ohne ärztliche Vorgaben ist dagegen weder dem AMG, dem BtMG noch dem Notfallsanitätergesetz zu entnehmen.

Aufgrund dessen sind schon jetzt hohe Anforderungen zu beachten⁴⁰. Die ärztliche Delegation umfasst nach *Ballhausen* die „*teilweise oder vollständige vertikale Übertragung einer grundsätzlich persönlich geschuldeten Tätigkeit auf eine(n) Weisungsabhängige(n) ohne Ermessen im Rahmen von „Vertrauensverhältnissen“*“.⁴¹ Die Ausgestaltung von Delegationsmodellen ist schon jetzt sehr umfangreich, wie z.B. die Delegation bei der Akutschmerzbehandlung zeigt.⁴²

Was der analogen Anwendung des klassischen Delegationsmodells im Rettungsdienst und auch in anderen medizinischen Einrichtungen bei Notfällen entgegensteht, ist die fehlende Anwesenheit des Arztes, der am konkreten Patienten die Diagnose und die Indikation stellt, sowie die maßgebliche Therapieentscheidung vorab trifft.

³⁹ VG Düsseldorf BeckRS 2009, 31150.

⁴⁰ *Achterfeld*, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen: Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen (Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 15), Springer Verlag, Heidelberg 2014; *Krull*, Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal Möglichkeiten und Grenzen. Dtsch. Ärzteblatt 112 (3): (2015).

⁴¹ *Ballhausen*, Das arztrechtliche System als Grenze der arbeitsteiligen Medizin. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2013.

⁴² *Erlenwein / Moroder / Biermann / Petzke / Ehlers / Bitter / Pogatzki-Zahn* E.: Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Akutschmerztherapie. Anästhesist 2018, 38.

3.4. Umfassende Heilkundebefugnis nicht zielführend

Eine hypothetische Ausdehnung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzesänderung auf Fälle der eigenständigen Mitwirkung würde die Problematik nicht lösen. Der Gesetzgeber hat durch die §§ 48 AMG, 13 BtMG zu erkennen gegeben und geregelt, dass die Entscheidung über den Einsatz notfallmedizinisch wirksamer Schmerzmedikamente durch Ärztinnen und Ärzte getroffen werden soll. Diese Arztvorbehalte könnten durch eine allgemeine Heilkundebefugnis nicht überregelt werden; eine entsprechende Ergänzung des NotSanG würde Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter genauso wenig zur Entscheidung über den Einsatz verschreibungspflichtiger oder sogar dem Betäubungsmittelrecht unterfallender Substanzen berechtigen wie der Erwerb einer Erlaubnis nach dem HeilPraktG.

Aus Sicht der Verfasser wäre es aber auch in der Sache nicht angemessen, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eine so weitreichende Befugnis einzuräumen. Der Sache nach liefe diese darauf hinaus, Einsätze ohne notärztliche Unterstützung jedenfalls juristisch zu ermöglichen. Anders als Ärztinnen und Ärzte erwerben Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – entsprechend der Einbettung in eine Berufsausbildung und nicht in ein wissenschaftliches Studium mit nachfolgender praktischer Ausbildung – jedoch keine medizinischen Kenntnisse, welche sie zur umfassenden Bewertung der gesundheitlichen Lage eines Patienten und zur abschließenden therapeutischen Entscheidung im Sinne eines vollständigen Behandlungsprozesses qualifizieren. Das ist im Rahmen der deutlich kürzeren und unter anderen Voraussetzungen durchgeführten Berufsausbildung nicht möglich, auch wenn diese auf einige Aufgaben und Felder spezialisiert wird. In der modernen Medizin sind Diagnostik, Behandlung und Krankheitsverläufe zwischenzeitlich so vielschichtig, dass selbst bei einfach erscheinenden Symptomen eine umfängliche Anamnese, weitere Befunde, Untersuchungen, Messungen und Verlaufsbeobachtungen einzubeziehen sind, um zu einer konkreten Diagnose, Indikation und geeigneten Therapie zu kommen.

Dies gilt auch in der Akutversorgung. Man muss sich bei einem rettungsdiensttypischen Patienten, der schlecht Luft bekommt und 15 Medikamente täglich einnimmt und zahlreiche Vorerkrankungen (z.B. Rheuma, Krebserkrankungen, durchgemachte Herzinfarkte, etc.) aufweist, sehr genau überlegen, was zu tun sein könnte, was davon sofort zu machen, zu unterlassen oder später durchgeführt werden kann oder muss. Auch die immer wieder vorkommende Fragestellung, ob ein Patient zu Hause verbleiben kann oder zur weitergehenden Diagnostik in einem bestimmten Zeitfenster einer Klinik oder Praxis zuzuführen ist, stellt sich kompliziert und komplex dar. Im Ergebnis lässt sich daher feststellen, dass eine umfängliche Kompetenz zur Ausübung der ärztlichen Heilkunde nicht durch einen Gesundheitsfachberuf erlangt werden kann.

Dementsprechend gibt es in der Notfallsanitäterausbildung grundlegende und auf das Ausbildungsniveau angepasste Lehrinhalte zur Erstellung einer Diagnose und wie man daraus Indikation und Therapieentscheidung ableitet, was entsprechenden Maßnahmen und insbesondere eigenverantwortlichen Medikamentengaben zwangsläufig vorausgehen muss. Eine umfassende Kompetenz hierzu vermittelt die Ausbildung aber nicht. So richtet sie sich beispielsweise darauf, eine „Arbeitsdiagnose zu erstellen“ (Anlage 1 Nr. 1c NotSan-APrVO), und generell ist in den Ausbildungsinhalten nicht von

Therapieentscheidungen die Rede, sondern vom Durchführen einzelner medizinischer Maßnahmen. Dies setzt keine dem ärztlichen Handeln gleichzustellende Diagnose und Therapieentscheidung voraus, sondern eine Situationserkennung nach den akut relevanten Leitsymptomen. Die Erstellung einer Diagnose und die daraus folgenden Indikationen und weitreichenden Therapieentscheidungen sind nach dem hier vertretenen Verständnis und der oben dargelegten Definition ärztlicher Heilkunde nur mit einer ärztlichen Ausbildung möglich und bedürfen zusätzlich der Approbation, sie sind deshalb Teil der ärztlichen Heilkunde.

Schon die inhaltlich deutlich enger abgesteckte Gesetzesvorlage des Bundesrates wird in der aktuellen Diskussion teils sogar als Grundlage für eine Substitution ärztlichen Handelns verstanden. Entsprechende Meinungsäußerungen werden beispielsweise von manchen Angehörigen des Rettungsdienstfachpersonals im Internet geäußert. Tatsächlich scheint die Gesetzesvorlage des Bundesrates dies auf den ersten Blick nahezulegen, wenn sie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eine Heilkundebefugnis einräumt. Aus regulatorischer Sicht leuchtet daran nicht ein, weshalb ausgerechnet in besonders schwerwiegenden Notfallsituationen, nämlich Lebensgefahr und drohenden schweren Gesundheitsschäden, eine juristische Kompetenz eingeräumt werden soll, durch welche notfallmedizinisches Fachpersonal im Ergebnis rechtlich befugt wäre, auf das Hinzuziehen von Notärztin oder Notarzt zu verzichten. Solche Unklarheit müssten jedenfalls ausgeschlossen werden.

Eine undifferenzierte Erteilung der Befugnis zur Ausübung der Heilkunde würde aus Sicht der Verfasser nämlich zu weitreichenden und bislang nicht hinreichend bedachten Konsequenzen führen:

- Sie würde zunächst eine eigene rechtliche Verantwortlichkeit von Angehörigen eines Medizinalfachberufs mit dreijähriger Berufsausbildung für Entscheidungen führen, welche üblicherweise aufgrund ihrer Tragweite den Angehörigen des akademisch aus- und weitergebildeten Arztberufs zugewiesen sind. Trotz der verbesserten Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gegenüber den zuvor bestehenden rettungsdienstlichen Berufen sollte nicht aus den Augen geraten, dass letztlich durch das NotSanG keine herausgehobene Qualifikation geschaffen, sondern der ausbildungsmäßige Normalzustand im beruflichen Bildungswesen hergestellt wurde. Dies festzuhalten ist nicht mit einer Abwertung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern verbunden.

Bisher stand die Rechtsunsicherheit bezüglich der grundsätzlichen Möglichkeit invasive Maßnahmen durchführen und stark wirkende Medikamente verabreichen zu dürfen, im Vordergrund. Hinter Wünschen nach einer umfassenden Heilkundebefugnis steht jedoch nicht selten die Erwartung, mit einer Erlaubnis bzw. Befugnis grundsätzlich Vorwürfen oder Verfahren zu entgehen. Die Durchführung von invasiven Maßnahmen und stark wirkenden Medikamenten haben ein beträchtliches Nebenwirkungsrisiko und Schädigungspotential. Mit der Verlagerung dieser ärztlichen Tätigkeiten hin zur rettungsdienstlichen Fachkraft, verlagert damit auch die damit verbundenen Risiken. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass die Vorwürfe und Verfahren, die sich bisher gegen die Notärzte gerichtet haben, stärker auf Notfallsanitäter verschoben werden.

Eine isolierte Heilkundeerlaubnis auf gesetzlicher Ebene für Fachkräfte, würde die Verantwortlichkeit für einen Behandlungsprozess, der gefahrgeneigte invasive Maßnahmen und Medikamentengaben enthält und damit der ärztlichen Heilkundeausübung zuzurechnen ist, auf die Fachkraft übertragen, ohne dass sie die dafür umfängliche entsprechende Ausbildung (für die Diagnose- und Indikationsstellung sowie für die umfassende Therapieentscheidung ist das die ärztliche Ausbildung) im Rahmen ihrer Berufsausbildung erlangen kann. Vielmehr würde dadurch der Druck auf die Einsatzkräfte unverhältnismäßig erhöht. Schon jetzt befürchten zahlreiche Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter strafrechtliche Verfolgung wegen unterlassener Hilfeleistung, weil sie Maßnahmen als Notfallsanitäter anwenden müssten. Dies erscheint unverantwortlich.

- Hinzu kommt, dass schwere Notfälle oder Unfälle auch im Regelrettungsdienst sehr selten sind. Beispielsweise entfallen im Rettungsdienst der Stadt Köln jährlich von 140.000 Rettungsdiensteinsätzen nur etwa 850 auf Wiederbelebungen (= 0,6%), 350 auf Schwerverletzte (= 0,25%) und nur rund 500 (= 0,35%) auf ST-Hebungsinfarkte des Herzens. Dies deckt sich mit den Zahlen anderer, auch ländlicher Rettungsdienstbereiche, die aufgrund elektronischer Auswertungen die Anzahl von invasiven Maßnahmen und stark wirkenden Medikamentengaben durch rettungsdienstliches Fachpersonal ohne Notarzt zwischen 1% und 2,5% aller Einsätze angeben, wobei grundsätzlich die Hälfte aller Medikamentengabe auf eine Schmerzmedikation entfallen. D.h. die einzelne Einsatzkraft führt letztlich – mit Ausnahme von intravenösen Zugängen – invasive Maßnahmen und Medikamentengaben nur sehr selten durch, weshalb stärker auf die Inübunghaltung und den Leistungsstand geachtet werden müsste. Maßnahmen, die selten zur Anwendung kommen, müssen um dauerhaft fachgerecht und routiniert durchgeführt werden zu können, müssen regelmäßig und intensiv geübt werden. Manche Kompetenzen lassen sich dabei nur am Patienten erlernen und erhalten, was klinische Praktika erforderlichen machen könnte. Der Kompetenzerhalt rückt deshalb derzeit stark in den Fokus des rettungsdienstlichen Betriebs.
- Nachdem im Regelfall der kommunale Aufgabenträger für Behandlungsfehler seines Rettungsdienstfachpersonals haften wird, erscheint die aktuelle Diskussion auch mit Blick auf die systemischen Auswirkungen unterkomplex. Fehlt dem Aufgabenträger die Möglichkeit zur Einflussnahme auf medizinische Entscheidungen seiner Bediensteten, so erscheint dies angesichts seiner gleichzeitigen potentiellen Einstandspflicht zumindest diskussionsbedürftig.
- Die Berufsgruppe der Notfallsanitäter/-innen hätte je nach Gestaltungskraft ein echtes oder vermutetes Alleinstellungsmerkmal gegenüber allen anderen Gesundheitsfachberufen, weil sie im Gegensatz zu allen anderen umfängliche invasive Maßnahmen und stark wirkende Medikamente rechtlich selbst verabreichen dürfen. Dabei ist zu bedenken, dass Notfallsanitäter/-innen zukünftig nicht nur im öffentlichen Rettungsdienst arbeiten werden, sondern auch in Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen. Dort werden sie neben anderen Gesundheitsfachberufen tätig sein, die (bislang) keine derartigen rechtlichen Befugnisse haben. Ausgerechnet in dem im Kontext stehenden Gesetzentwurf über den Beruf der Anästhesietechnischen Assistentin und des Anästhesietechnischen Assistenten und

über den Beruf der Operationstechnischen Assistentin und des Operationstechnischen Assistenten wird die Übertragung heilkundlicher Maßnahmen definitiv ausgeschlossen (gepl. § 8 Abs. 1 Buchst. L ATA-OTA-G). Auch Vertreter speziell der Anästhesietechnischen Berufsgruppe können innerklinisch auch an Orten eingesetzt werden, wo Notfallpatienten ankommen und nicht unmittelbar sofort ein Arzt vorhanden ist.

- Auch innerhalb des Rettungsdienstes würden sie zumindest psychologisch gegenüber den anderen Berufsgruppen privilegiert. Die Auswirkungen dazu sind nicht absehbar, insbesondere bei der Berufsgruppe der Rettungsassistenten/-innen, die sowohl seit Jahren als auch nach wie vor das Rückgrat der Notfallrettung auf viele weitere Jahre hinaus bilden.
- Sowohl die Notärzte als auch die Notfallsanitäter werden sich die Frage stellen, wie sich ihre Kompetenzen zueinander verhalten. Bisher haben sowohl die Selbstverwaltungsorgane als auch der Gesetzgeber es vermieden, durch strukturelle Regelungen konfliktträchtige Auseinandersetzungsgebiete zu schaffen. Eine arbeitsrechtliche Lösung (z.B. durch Dienstanweisung) lässt sich dabei nur in einheitlichen Betrieben herbeiführen. Im Rettungsdienst arbeiten aber regelmäßig Einsatzkräfte und Notärzte bei unterschiedlichen Arbeitgebern (z.B. Hilfsorganisation bzw. Krankenhaus). Hier würden sich Fragen aufwerfen, wenn in einem Rettungsdienstbereich Notfallsanitäter aufgrund einer umfassenden heilkundlichen Befugnis der Auffassung wären, keinen Notarzt mehr zu benötigen oder einen anfahrnden abzustellen.
- Bei Rettungsdienstkräften aus anderen Mitgliedsländern der EU sind gemäß der Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG gleichwertige Berufsausbildungen anzuerkennen. Das Verfahren fand ebenfalls beim Vorgängerberuf „Rettungsassistent“ Anwendung und obliegt den Bundesländern. Hier ist die Praxis sehr unterschiedlich. In einem Land wird die Prüfung und ggf. Ergänzungslehrgänge auf Fachschulen übertragen (z.B. Niedersachsen) in einem anderen Land reicht der Nachweis einer EU-Niveaubescheinigung aus dem Ausbildungsland (z.B. Baden Württemberg). Tatsache ist aber, dass sobald die Ausbildung in einem Bundesland anerkannt ist, damit die Heilkundeerlaubnis in Deutschland verbunden wäre.
- Das Ausbildungsziel, auch invasive Maßnahmen zu erlernen und zu beherrschen, setzt das Durchlaufen der dreijährigen Ausbildung voraus. Im Notfallsanitätergesetz ist allerdings im § 32 NotSanG unter „Übergangsvorschriften“ vorgesehen, dass Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten mit beruflicher Praxis das Führen der Berufsbezeichnung Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterin erleichtert erlangen können. Eine solche Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen und wird - soweit hier bekannt - in nahezu allen Ausbildungen in ähnlicher Weise angewendet, wenn Anforderungen bei einer neuen, ersetzenden Ausbildung höher sind.

Bei diesen Übergangsvorschriften ist es langjährigen Rettungsassistenten (5 Jahre und länger) möglich, auch ohne zusätzliche Ausbildungszeit und damit auch ohne klinisches Praktikum im Rahmen einer erfolgreich durchgeführten, maximal 2 h und 5 min dauernden mündlichen und praktischen Ergänzungsprüfung, die Berufsbe-

zeichnung zu führen. Gerade invasive Maßnahmen, die in der Rettungsassistentenausbildung nicht gelehrt und damit auch nicht erlernt wurden, konnten trotz der Kenntnis und Beherrschung mehrere invasiver Maßnahmen und Medikamentengaben, in der beruflichen Praxis nicht in dem erforderlich Umfang erlernt werden. Für einige ist eine anleitende und schrittweise Heranführung am Patienten (Atemwegsmanagement, Medikamentengabe, etc.) unabdingbar, wozu eine klinische Praktikumszeit erforderlich ist. Auch wenn nahezu alle Arbeitgeber ihren langjährigen Rettungsassistentinnen und -assistenten eine zusätzliche Ausbildungszeit von in der Regel zwei Wochen Unterricht und mehrwöchige eLearning Kurse finanzieren, ist festzuhalten, dass es letztlich mindestens zwei Gruppen von Fachkräften gibt, die die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter/in“ führen, die mit einer dreijährigen Ausbildung und diejenigen ohne dreijährige Ausbildung. Die Anforderung an diese Gruppen müssen demzufolge jeweils auch angepasst werden. Der Hinweis, dass es eine „staatliche Prüfung“ gegeben hat, reicht nach der hier vertretenen Auffassung nicht aus.

3.5. Angeleitete Heilkundeausübung

Da das klassische Delegationsmodell nicht in Betracht kommt, stellt sich die Frage, wie ein im ersten Zugriff „arztloses“ System fachlich so gestaltet werden kann, dass der Nutzen (Lebensrettung, Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden, ethisch und medizinisch begründete Maßnahmen im Vorfeld unmittelbarer Lebensgefahr) die Risiken (Schaden durch Behandlungsfehler wegen fehlender Diagnosekompetenz) übersteigt und damit auch fachlich rechtfertigbar macht. In der Medizin gibt es an vielen Stellen Nutzen-Risiko-Abwägungen, wo Maßnahmen bzw. Medikamentengaben erhebliche Nachteile für den konkreten Patienten bergen, eine deshalb nicht durchgeführte Behandlung aber letztlich zu mehr Schäden führt. Beim zu erreichenden Gut „Notfallversorgung“ muss das Behandlungssystem ohne anwesenden Notarzt eine positive Nutzen-Risiko Bewertung aufweisen.

3.5.1 Bewährte Modelle

Bei der fachlichen Gestaltung bleibt – soweit man von einer positiven Nutzen-Risiko-Bewertung ausgeht – nur ein neues Modell übrig, in dem die notfallmedizinischen Sachverhalte und Umstände klar beschrieben sind. Es müssen ärztlich verantwortete Vorgaben vorliegen, welche die jeweilige Fachkraft (z.B. Notfallsanitäter, Notfallpfleger) dann mit eigenen Mitteln am Patienten feststellen können. Stimmen die Feststellungen der Fachkraft am Patienten mit den ärztlichen Vorgaben überein, werden anschließend die dafür vorgegebenen Maßnahmen und Medikamentengaben – soweit sie erlernt und beherrscht werden – angewendet. Damit muss nicht mehr das klassische Delegationsmodell (vorherige Stellung der Diagnose durch den Arzt, Delegation der ärztlichen Tätigkeiten und anschließende Durchführung durch Fachkräfte bei gleichzeitiger Anwesenheit des Arztes) bemüht werden. Vielmehr können medizinisch-fachliche Leitsymptome und Vorgaben zur Akutbehandlung so bestimmt formuliert

werden, dass sie qualifiziertem medizinischem Fachpersonal hinreichend sichere Verhaltensmaßstäbe an die Hand geben. Durch solche typisierten Verhaltensmaßstäbe kann die ärztliche Befähigung für die Notfallbehandlung ein Stück weit entbehrlich werden. Eine Substitution ärztlicher Heilkunde findet damit jedoch nicht statt.

Dieses Modell wird seit Jahren unspezifisch als „Vorabdelegation“ bezeichnet und enthält im Rettungsdienst die bereits oben (3.2) angesprochenen algorithmengestützten Vorgaben der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst. Diese Vorgaben werden als standardisierte Arbeitsanweisungen (SAA) zu invasiven Maßnahmen und Medikamentengaben, leitlinienkonforme Behandlungspfade im Rettungsdienst (BPR) oder Algorithmen (SOP – „Standard Operating Procedures“) bezeichnet. Nach gelebter Praxis sehen sich dabei die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst für die Anordnung verantwortlich und trägt die anwendende Fachkraft die Durchführungsverantwortung. Diese Modelle der Vorabdelegation sind aus medizinisch-rechtlicher Sicht schlüssig, tragfähig und ermöglichen eine an die lokalen Erfordernisse angepasste Weiterentwicklung durch die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst.

Soweit die für den Rettungsdienst zuständige Landesverwaltung einen einheitlichen landesweit geltenden Standard herstellen möchte, kann sie dies, wie bereits in zahlreichen Ländern geschehen, durch entsprechende Vorgaben an die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst realisieren. Diese Vorgaben auf Länderebene haben auch dazu geführt, dass die notwendigen Weiterentwicklungen der Vorgaben und Standards in landesweit vorgegebenen Fortbildungen einfließen. So bleibt es im Ergebnis nicht Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern überlassen, für ihre eigene Fortbildung und aktualisierten Kompetenzerhalt zu sorgen.

Die Vorabdelegation erzeugt fachliche Sicherheit beim rettungsdienstlichen Fachpersonal.⁴³ Konkrete Verhaltensvorgaben entlasten das Rettungsdienstfachpersonal auch für die in § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG genannten Situationen von Entscheidungsnotwendigkeiten. Davon profitieren nicht nur Notfallsanitäter/-innen, sondern auch Rettungsassistenten/-innen, Rettungssanitäter/-innen und anderes Fachpersonal in medizinischen Einrichtungen. Solche Modelle fügen sich auch in die Formulierung vom „eigenständigen Mitwirken“ ein, die § 4 Abs. 2. Nr. 2c NotSanG wählt. Dem Gesetzgeber hat eine Zusammenarbeit ärztlicher Verantwortlicher und Notfallsanitäter vorgeschwebt, wie sie hier skizziert wurde.

3.5.2 Fehlende Rechtsgrundlage

Offen bleibt allerdings bei der Vorabdelegation (welche im Rettungsdienst nahezu bundesweit bereits praktiziert wird) die rechtliche Grundlage. Das NotSanG enthält als Berufsausbildungsgesetz keine Regelung in Bezug auf die Rettungsdienststrukturen und Befugnisse der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Ohnehin würde sich die Frage stellen, ob dem Bund eine Gesetzgebungskompetenz in Bezug auf die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zustünde, denn die Materie Rettungsdienst wird durch die Länder geregelt.

⁴³ *Flentje / Block / Sieg / Seebode / Eismann*, Erweiterte Maßnahmen und interprofessionelle Konflikte nach Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter. Notfall- und Rettungsmedizin 2018, 374.

Aus Sicht der Länder stellt sich umgekehrt die kompetenzrechtliche Frage, ob in der Einkleidung von gesetzlich vorgegebenen Delegationsmodellen (wie zum Beispiel in Bayern und Berlin) die Grenzen des Heilkundevorbehaltes überwunden werden können. Darüber hinaus bleibt offen, ob bzw. in welchem Ausmaß eine Delegation trotz Abwesenheit des delegierenden Arztes möglich ist.

3.5.3 Handlungsbedarf

Die gut ausgebildeten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter spüren die Inkomplettheit dieser Konstruktion und wissen darüber hinaus, dass sie gegebenenfalls auch zur Verantwortung gezogen werden können, wenn sie Maßnahmen und Medikamente beim falschen Patienten anwenden. In eine invasive Maßnahme, die der konkrete Patient nicht benötigt, willigt dieser auch nicht ein, was deren Anwendung zum Behandlungsfehler machen kann. Umgekehrt fragen immer mehr Fachkräfte nach, ob sie aufgrund ihrer im Rettungsdienst gegebenen Garantenstellung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden können, wenn sie eine Maßnahme nicht durchführen. Diese fachlichen Unsicherheiten werden nicht durch eine bekräftigte rechtliche „Erlaubnis“ zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeit allein beseitigt, weil damit keine Verbesserung der (fehlenden) fachlichen Qualifikation verbunden ist. Nach wie vor wird es deshalb ohne fachliche Anleitung unklar bleiben, ob die gewählte Maßnahme beim richtigen Patienten Anwendung findet oder hätte unterlassen werden müssen.

Solche Unsicherheiten bei der Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen waren bei Anwendungen durch Rettungsassistenten weitaus geringer, weil diese Anwendungen auf relativ eindeutig erkennbare lebensbedrohliche Notfälle (z.B. Wiederbelebung, Herzkammerflimmern mit Defibrillation, Unterzuckerung, schwerer Krampfanfall, schwere Luftnot bei Asthma/COPD, Anaphylaktischer Schock, schwere Schmerzzustände, etc.) beschränkt waren. In Bezug auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter stellt sich neben der Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen bei einigen wenigen Notfällen darüber hinaus die Frage, wie sie mit Patientengruppen umgehen, die komplexe Krankheitsbilder aufweisen und eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen. Hier können Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter das medizinische Gesamtbild mangels entsprechender Diagnosekompetenz nicht sicher abgrenzen, insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Dringlichkeit. Sie fragen sich, wie sie mit zwar komplex, aber eben nicht akut lebensbedrohlich erkrankten Patienten umgehen sollen.

In der Vergangenheit hat Rettungsdienstfachpersonal für derartige Patienten den Notarzt nachbestellt. Angesichts der umfänglichen Ausbildung mit invasiven Maßnahmen und Medikamenten wächst aber die Erwartung, dass sie diese Patienten auch ohne Notarzt behandeln können müssten. Diese wachsenden Erwartungen können zu Überforderungen führen. Die nach wie vor bestehende diagnostische Unsicherheit macht deshalb erklärbar, warum aus einigen Rettungsdienstbereichen berichtet wird, dass die Zahl der Notarzteinsätze mit Einführung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nicht nur gleichgeblieben, sondern sogar angestiegen ist.

3.5.4 Vorschlag

Streng genommen betrifft die in dieser Stellungnahme geschilderte Problematik nicht nur Rettungsdienstfachpersonal. Sie wird dort lediglich deshalb besonders deutlich, weil Rettungsdienstfachpersonal vergleichsweise häufig und öffentlichkeitswirksam in entsprechende Situationen gerät. Auch andere medizinische Berufsgruppen können aber regelmäßig beruflich in die Situation kommen, erlernte lebensrettende Maßnahmen ohne unmittelbare Anwesenheit und Entscheidung eines Arztes durchführen zu müssen. Dies spricht dafür, die Lösung nicht im NotSanG und den Rettungsdienstgesetzen der Länder zu suchen.

Sinnvoll erscheint vielmehr, das regulatorische Problem dort zu lösen, wo es entsteht, also im HeilPraktG. Dabei sind keine gesetzgeberischen Grundsatzeingriffe erforderlich, welche vor dem Hintergrund schwierig erscheinen, dass jenes Gesetz einen wichtigen Gefahrenabwehrzweck verfolgt und daher nicht grundsätzlich eingeschränkt werden sollte. Es erscheint aus Sicht der Verfasser aber möglich, das Modell der Vorabdelegation so mit den Vorgaben des Heilpraktikerrechts zu vereinbaren, dass auf bundesgesetzlicher Grundlage eine rechtssichere Verzahnung des Notfallsanitäterberufs mit den Rettungsdienststrukturen der Länder und den vielfach praktisch bewährten regionalen Einsatztaktiken entsteht. Dem liegt die Idee einer „angeleiteten Heilkunde“ zugrunde, bei welcher hinreichend qualifiziertes medizinisches Fachpersonal zur Herstellung von Rechtssicherheit dann befugt wird, Heilkunde auszuüben, wenn es sich außerhalb seiner eigenen rechtlichen Kompetenz, aber im Rahmen ärztlich vorgegebener allgemeiner Leitlinien bewegt.

Eine entsprechende Regelung könnte etwa wie folgt lauten:

Auf Personen mit der Berechtigung zur Führung einer Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf findet § 5 HeilPraktG keine Anwendung, wenn sie im Notfall medizinische Maßnahmen aufgrund allgemeiner ärztlicher Anweisungen für bestimmte Einzelfälle ergreifen (Vorabdelegation).

Gleichzeitig könnte – und das soll hier als Anregung verstanden werden – das HeilprG zu einem Heilkundengesetz weiterentwickelt werden, in welchem die jetzt schon vorhandenen Regularien zur beruflichen Ausübung von Heilkunde geregelt werden. Diese in Ausbildungsgesetzen (z.B. KrPflG oder NotSanG) oder im Sozialrecht (z.B. § 63 Abs. 3c SGB V) zu regeln sind nach der hier vertretenen Auffassung unglücklich und erzielen womöglich nicht die erwünschte Wirkung. Neben dem juristisch-fachlichen Gewinn könnte damit auch die immer wieder vorgetragene historisierende Einordnung als „Heilpraktikergesetz aus dem Jahr 1939“ endgültig verlassen werden.

Dort, wo keine Regelungen im Sinne der Vorabdelegation landesseitig oder örtlich bestehen, obwohl es einen verantwortlichen Arzt gibt, können notfallmäßige medizinische Handlungsweisen letztlich immer noch – so wie bisher – aufgrund der Anwendbarkeit des § 34 StGB straffrei bleiben. Solche Regelungserfordernisse in professionellen Rettungs- oder Notfallsystemen nicht zu erfüllen, führt aber absehbar dazu, dass die Fachkräfte alleine gelassen werden.

4. Zusammenfassung

Diese Stellungnahme adressiert die aktuelle Diskussion um ein immer wieder erörtertes rechtliches Spannungsfeld, welches bislang nicht zufriedenstellend aufgelöst werden konnte. Mehr denn je sorgt die erneute Thematisierung lebensrettenden Maßnahmen durch medizinisches Fachpersonal für Verunsicherung. Einerseits betrifft dies die fachliche Unsicherheit, welche erlernten Maßnahmen bei welchem Patienten sicher angewandt werden können, damit das Risiko von Behandlungsfehlervorwürfen für die jeweilige Fachkraft im Rahmen ihrer Berufsausübung minimiert wird. Andererseits geht es um Besorgnis vor juristischen Vorwürfen („unerlaubte Heilkundeausübung“ aufgrund der Vorschriften im HeilprG).

Weil auch invasive medizinische Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach geltendem Recht ohne Argumentation mit dem rechtfertigenden Notstand zulässig sind, verfehlt die momentane Diskussion das Problem grundlegend. Ohnehin führt aber auch eine Anwendung des rechtfertigenden Notstandes nicht zu einer juristisch minderwertigen Behandlung; vielmehr ist das Heranziehen von Rechtfertigungsgründen – auch die in jedem Behandlungsfall von Ärztinnen und Ärzten einzuholende Einwilligung gehört dazu – im medizinischen Umfeld vollkommen normale tägliche Übung.

Ein rechtlicher Graubereich besteht vielmehr im Vorfeld der Lebensrettung und Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden. Insoweit fehlt eine dringend benötigte Rechtsgrundlage für die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes unter adäquater Einbindung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, mit denen erstmals eine Berufsgruppe auftritt, die hinsichtlich ihrer regulären Qualifikation mit anderen Gesundheitsfachberufen gleichzieht.

Diesbezüglich ist die – im Übrigen schon nahezu überall praktizierte – Methode der Vorabdelegation zielführend und nach der hier vertretenen Auffassung aufgrund einer positiven Nutzen-Risiko-Abwägung auch vertretbar, um die Unsicherheiten des Fachpersonals und die rechtliche Grauzone zu beheben. Eine entsprechende Ergänzung des HeilPraktG könnte für alle Berufsgruppen, die im Notfall mit erlernten Maßnahmen helfen können und sollen, rechtliche Sicherheit herstellen.

Es ist auch das Anliegen dieser Ausarbeitung, den unbestimmten Begriff „Ausübung der Heilkunde“ näher zu beleuchten und zu präzisieren. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass für die Heilkundeausübung als umfänglichen Behandlungsprozess ein besseres Verständnis erreicht werden kann.

Köln, 22.11.2019


Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner
Vorsitzender des BV ÄLRD Deutschland e.V.


Dr. jur. Michael Neupert
Rechtsanwalt