

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf des MTA-Reform-Gesetzes, speziell zu Artikel 12 (Änderung des NotSanG)**

### **Kurzfassung**

Der Art. 12 im Referentenentwurf des MTA-Reform-Gesetzes beabsichtigt gefahreneigete heilkundliche Maßnahmen für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter unter bestimmten Voraussetzungen zu erlauben und damit das Verhältnis zum bundesrechtlichen Heilpraktikergesetz zu klären. Der Bundesverband der ÄLRD e.V. macht dazu einen stimmigen und schlüssigen Formulierungsvorschlag:

1. Für Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 finden bei der eigenverantwortlichen Anwendung von gefahreneigeten heilkundlichen Maßnahmen und Medikamentengaben zur unmittelbaren Abwehr von Lebensgefahr oder von schweren medizinischen Folgeschäden die Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes keine Anwendung, wenn sie diese erlernt haben und beherrschen. Soweit dafür standardisierte Arbeitsanweisungen der nach Landesrecht zuständigen ÄLRD vorgesehen sind, sollten diese auch als Vorabdelegation genutzt werden.
2. Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 dürfen bei Patienten mit notfallmedizinischen Krankheitsbildern, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt sind, gefahreneigete heilkundliche Maßnahmen und Medikamentengaben im Rahmen standardisierter Arbeitsanweisungen der nach Landesrecht zuständigen ÄLRD als Vorabdelegation eigenständig anwenden, wenn sie dafür ausgebildet sind und diese beherrschen.
3. Soweit bei akut lebensbedrohlichen Situationen keine standardisierten Arbeitsanweisungen vorliegen, dürfen Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 im Rahmen ihres verfügbaren Handlungswissens auch einen Rettungsversuch durchführen.
4. Eine Delegation von Maßnahmen der *ärztlichen* Heilkunde am Einsatzort oder bei dem Transport erfolgt durch einen vom zuständigen Rettungsdienststräger eingebundenen Telenotarzt oder Notarzt.
5. Bei einer Vorabdelegation durch die nach Landesrecht bestimmten ÄLRD auf Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, trägt die ÄLRD die Anordnungs- und Überwachungsverantwortung. Die Person mit einer Erlaubnis nach Satz 1 trägt die Durchführungsverantwortung.

## Ausgangslage

Der Referentenentwurf eines MTA-Reform-Gesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit vom 31.07.2020 regelt in Art. 12 eine Ergänzung des Notfallsanitätäergesetzes (NotSanG). Dessen § 1 Abs. 1 Satz 1 soll wie folgt ergänzt werden:

*„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 dürfen heilkundliche Maßnahmen auch invasiver Art bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung dann eigenverantwortlich durchführen, wenn*

*3. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen,*

*4. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um einen lebensgefährlichen Zustand oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden und*

*5. eine vorherige ärztliche, auch teleärztliche Abklärung nicht möglich ist, und für die vorzunehmende Maßnahme in der konkreten Einsatzsituation entweder*

*a) standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c nicht vorliegen oder*

*b) vorliegende standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c von der Person mit einer Erlaubnis nach Satz 1 nicht angewendet werden dürfen.*

*Das Bundesministerium für Gesundheit entwickelt für notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Muster für standardmäßige Vorgaben und macht diese bis spätestens zum 31. Dezember 2021 im Bundesanzeiger bekannt. Bei der Entwicklung der Muster für standardmäßige Vorgaben sind die Länder zu beteiligen.“*

Ziel der Änderungen soll sein, dadurch eine Konkretisierung heilkundlicher Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zum Schutz der Berufsangehörigen selbst und zum Schutz von Patientinnen und Patienten, herbeizuführen.

Der Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. (BV-ÄLRD) begrüßt den Referentenentwurf grundsätzlich, greift er doch eine Thematik auf, die seit mehreren Jahren Gegenstand intensiver Debatten ist. Der Referentenentwurf bleibt aber aus Sicht des BV-ÄLRD in mehreren Punkten hinter dem genannten Ziel zurück und schießt in anderen darüber hinaus.

## Einordnung der Heilkundeausübung durch Notfallsanitäter/-innen im Verhältnis zum Heilpraktikergesetz

Die bisherige Fassung des Notfallsanitätergesetzes regelt die Ausbildung zum Notfallsanitäter / zur Notfallsanitäterin. Die vorgesehene Ergänzung klärt das Verhältnis dieser Ausbildung zum Heilpraktikergesetz. Das Bundesverwaltungsgericht hat in einem Urteil am 10.10.2019 bestätigt, dass eine Heiltätigkeit, die keine nennenswerte Gesundheitsgefährdung zur Folge haben kann, nicht unter die Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes fällt (Urteil vom 10.10.2019, BVerwG 3 C 10.17).

Der BV-ÄLRD hat bereits in seiner Stellungnahme vom November 2019<sup>1</sup> darauf hingewiesen, dass der überkommene und noch dazu unbestimmte Heilkundebegriff der heutigen Realität des medizinischen Systems nicht mehr gerecht wird.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erlernen rettungsdienstliche und notfallmedizinische Maßnahmen im Rahmen ihrer Berufsausbildung, um u.a. erhebliche Gesundheitsnachteile bei Notfallpatientinnen und -Patienten abzuwehren. Dafür sind nach dem Stand der Medizin invasive Maßnahmen und stark wirkende Medikamente vorhanden, deren Anwendung zweifellos gefahreneigigt ist. Einige gefahreneigigte heilkundliche Maßnahmen sind auch im Rahmen einer mehrjährigen Notfallsanitäterausbildung soweit erlernbar, dass fachgerecht angewendet, akute Lebensgefahr abgewehrt und schwere Folgeschäden vermieden werden können, auch wenn (noch) kein Arzt vor Ort ist.

Auch dieser Referentenentwurf beabsichtigt nicht die Ausdehnung der Ausübung der Heilkunde durch Notfallsanitäter auf die ärztliche Heilkunde, was an der Gesetzesbegründung auf S. 90 deutlich wird:

*„Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde nicht originäre Aufgabe von Gesundheitsfachberufen ist; sie ist damit auch nicht originäres Ziel von Kompetenzvermittlungen in der Ausbildung. Hierfür ist vielmehr die ärztliche Qualifizierung vorgesehen. Insofern gilt es, die Ausübung von Heilkunde im Interesse der Patientinnen und Patienten auf die Situationen zu beschränken, in denen akut keine ärztliche Versorgung möglich ist, und das Leben von Patientinnen und Patienten durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern vor Ort geschützt oder schwere Folgeschäden vermieden werden können“*

Eine wesentliche Grenze hierfür stellt die Ausbildungsdauer und ihr curricularer Aufbau dar. Die meisten Tätigkeiten, die ein Medizinstudium und eine fachärztliche Weiterbildung bis zum Erreichen des Facharztstandards erfordern, sind mit einer dreijährigen Berufsausbildung nicht erreichbar. Es ist daher richtig, die Durchführungserlaubnis für die Heilkunde von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern an diese Qualifikation zu koppeln. Darüberhinausgehende Kompetenzen und Fertigkeiten bedürfen jedoch weiterhin der ärztlichen Heilkunde.

---

<sup>1</sup> Siehe BV-ÄLRD: <https://www.aelrd.de/index.php/stellungnahmen>

Auf dieses Problem weist der Referentenentwurf mit Blick auf die Pflicht von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern hin, „*die jeweilige Einsatzsituation sorgfältig zu prüfen und zu bewerten. Denn sollte sich zeigen, dass etwa ein lebensbedrohlicher Zustand nicht vorgelegen hat, wäre die Ausübung der heilkundlichen Tätigkeiten im Nachhinein als unzulässig zu bewerten.*“ (S. 91 f.).

Der Bezug zum Heilpraktikergesetz wird im bisherigen Notfallsanitätergesetz im Hinblick auf die Durchführung gefahrengeneigter heilkundlicher Maßnahmen im § 4 Abs. 2 NotSanG in zwei Ausbildungsziele unterteilt und beschrieben:

### **1. Bezug im § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG**

Im § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG werden als Ausbildungsziele heilkundliche Maßnahmen genannt, die zur Lebensrettung und zur Abwehr von schweren Folgeschäden durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – so ausdrücklich – „eigenverantwortlich“ angewandt werden sollen (§ 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG). Im Kern geht es dabei um unmittelbar lebensrettende Maßnahmen, die keinen Zeitaufschub dulden, so daß das Eintreffen des Notarztes oder eine telenotärztliche Unterstützung nicht mehr abgewartet bzw. eingeholt werden kann. Hierzu zählt beispielsweise die Defibrillation infolge Kammerflimmerns oder die Atemwegssicherung beim Kreislaufstillstand.

Der Referentenentwurf stellt hier klar, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter solche unmittelbar lebensrettenden Maßnahmen nach Nr. 1c legal durchführen dürfen, ohne sich dabei auf eine rechtfertigende Notstandslage berufen zu müssen.

### **2. Bezug im § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG**

Gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG sollen auch heilkundliche Maßnahmen gelehrt werden, die nach standardisierten Vorgaben der ÄLRD durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter angewandt werden können (§ 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG), die nicht mehr unmittelbar angewandt werden müssen, um Leben zu retten oder schwere Folgeschäden zu verhindern. Beispiel dafür und Gegenstand der aktuellen Diskussionen ist die Gabe von Schmerzmedikamenten (Analgetika). Die Schmerzlinderung ist bei einer Vielzahl von Notfalleinsätzen der heutige zivilisatorische Standard eines humanistischen, entwickelten Rettungsdienstwesens. Das gesetzliche Ausbildungsziel richtet sich dabei ausdrücklich auf eine „Mitwirkung“. Allerdings ist bislang ungeklärt, wie eine „Mitwirkung“ rechtlich nach bisherigen Maßstäben aussehen kann.

In der Beschreibung des Ausbildungsziels wird diese Mitwirkung als Ausführung von standardisierten Vorgaben durch die ÄLRD strukturiert. Fachlich ist in diesen standardisierten Vorgaben durch die ÄLRD hinreichend beschrieben, welche heilkundlichen Maßnahmen erlernbar und beherrschbar sind. Rechtlich sind sie eine neuartige Form von Delegation. Delegation im medizinischen Bereich ist bislang nach gefestigter juristischer Auffassung wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass über die Behandlung auf Grundlage einer individuellen ärztlichen Untersuchung entschieden

wird. Delegationsfähig ist die Ausführung einer im konkreten Einzelfall ärztlich verantworteten Behandlungsentscheidung, was im rettungsdienstlichen Umfeld ohne Beteiligung eines Arztes nicht immer geleistet werden kann. Daraus resultiert ein Spannungsfeld zwischen dem Ausbildungsziel und den Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes. Nach der im NotSanG geregelten Struktur der Berufsausbildung erwerben Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hinsichtlich der Maßnahmen nach Nr. 2c keine Kompetenz zur eigenständigen Ausübung der Heilkunde, sondern zur *Mitwirkung im Rahmen der standardmäßigen* Vorgaben durch die ÄLRD. Zugleich liegen die Voraussetzungen für eine Delegation im herkömmlichen Sinn nicht vor.

In den rettungsdienstlichen Sprachgebrauch und in rechtlichen Vorgaben der Länder hat sich deshalb im Rahmen einer landesrechtlichen Konkretisierung des § 4 Abs. 2 NotSanG die Bezeichnung „Delegation“<sup>2</sup> als Erweiterung des bisherigen Delegationsbegriffs oder als „Vorabdelegation“<sup>3</sup> eine pragmatische rettungsrechtliche Lösung für diesen Sachverhalt eingebürgert. Dieser Begriff „Vorabdelegation“ war zum Zeitpunkt der Gesetzesformulierung des NotSanG im Jahr 2013 noch nicht bekannt.

Der Referentenentwurf beabsichtigt dieses Spannungsfeld im Verhältnis zum bundesrechtlichen Heilpraktikergesetz zu lösen, indem er Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern die Ausübung der eigenständigen Heilkunde in begrenztem Umfang unter bestimmten Voraussetzungen auch für die Maßnahmen nach Nr. 2c gestattet.

### Voraussetzungen für die Durchführung gefahrengeneigter heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter/-innen im Referentenentwurf

Die vorgesehene Ergänzung etabliert eine Erlaubnis für die eigenverantwortliche Durchführung von „heilkundlichen Maßnahmen“, zu denen auch Maßnahmen „invasiver Art“ gezählt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Mit der Formulierung der Voraussetzungen wird der Referentenentwurf der Ausgangslage gerecht, dass die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde nicht originäre Aufgabe von Gesundheitsfachberufen und damit auch nicht originäres Ziel der Kompetenzvermittlung in der Ausbildung ist (S. 90). Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter werden vielmehr im Rahmen der Nr. 1c zum „Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung“ und „Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen“ geschult.

---

<sup>2</sup> siehe Art. 12 Abs. 1 Nr. 6 BayRDG

<sup>3</sup> Handlungsempfehlungen des Landesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in NRW: Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst 2020. Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales in NRW vom 20.2.2020.

Zu den einzelnen im Referentenentwurf genannten Voraussetzungen hat der BV-ÄLRD die folgenden Anmerkungen:

**Referentenentwurf unter 3.: Der Anwender muss die konkret ergriffene Maßnahme in der Ausbildung erlernt haben und beherrschen.**

Das in § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG formulierte Ausbildungsziel wird in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nur allgemein beschrieben. Die Konkretisierung ist Aufgabe landes- bzw. schulspezifischer Curricula (S. 90 des Referentenentwurfs). Daher kann nicht unterstellt werden, dass jede in Betracht kommende notfallmedizinische Maßnahme hinreichend erlernt und im Sinne sicherer Handlungskompetenzen beherrscht werden kann. Eine in der Berufsausbildung erlernte Kompetenz steht nicht automatisch ggf. auch nach Jahren noch hinreichend sicher im Kompetenzniveau „Beherrschen“ zur Verfügung, ganz abgesehen von neuartigen Maßnahmen. Es ist daher richtig, dass der Referentenentwurf nicht die Berufserlaubnis genügen lässt, um eine heilkundliche Durchführungserlaubnis zu erteilen. Der BV-ÄLRD hat zur Präzisierung was unter „Beherrschen“ zu verstehen ist, kürzlich einen *„Orientierungsrahmen für ein sicherstellbares Kompetenzniveau von invasiven Maßnahmen im Rettungsdienst“* empfohlen, der in der Anlage beigefügt ist (Anlage). Aus der Vorgabe, dass eine Maßnahme im Kompetenzniveau Beherrschen durchgeführt werden muss, folgt, dass dieses „Beherrschen“ auch überprüft werden muss. Dies erfolgt bereits jetzt vielerorts aus Gründen der Qualitätssicherung, weil die öffentlichen (in der Regel kommunalen) Träger des Rettungsdienstes für Schäden aus gefahreneigneten heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen der Amtshaftung eintreten müssen. Insofern fällt die Gewährleistung des Kompetenzniveaus „Beherrschen“ in den Bereich der Qualitätssicherung der Berufsausübung.

**Referentenentwurf unter 4.: Die Maßnahmen müssen erforderlich sein, um Lebensgefahr abzuwenden oder schwere Folgeschäden zu vermeiden.**

Die vorgeschlagene Ergänzung greift mit dieser Formulierung das Ausbildungsziel in Nr. 1c auf und folgt damit der inneren Systematik des NotSanG. Dieser spezifische Fokus muss sich in der Erlaubnis, gefahreneignete heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, widerspiegeln, um der Berufsausbildung gerecht zu werden. Präziser ist es hier begrifflich „gefahreneignete heilkundliche Maßnahmen“ zu nutzen, um Lebensgefahr abzuwenden und schwere Folgeschäden zu vermeiden. Damit wird auch deutlich, dass ein Bezug zu den Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes besteht.

**Referentenentwurf unter 5.: eine vorherige ärztliche, auch teleärztliche Abklärung nicht möglich ist.**

Gerade für die unmittelbar lebensrettenden (Nr. 1c) Maßnahmen bleibt in der Regel keine Zeit ex ante abzuschätzen, ob der Notarzt zeitgerecht eintrifft, oder um eine telenotärztliche Abklärung vorzunehmen. Diese müssen sofort durchgeführt

werden. Hierfür erlernen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter notfallmedizinische Maßnahmen nicht mit einer in kurativer Hinsicht abdeckenden Zielsetzung, sondern mit der Aufgabe, erhebliche Gesundheitsnachteile zu vermeiden. Darin liegt die spezifische, im Ausbildungsgesetz vorgesehene, geregelte und erreichbare Qualifikation von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern.

Richtigerweise lässt der Referentenentwurf deshalb nicht genügen, Notfallpatienten bei Ausbleiben einer rechtzeitigen notärztlichen Versorgung einer späteren ärztlichen Behandlung zuzuführen. Eine solche Vorgehensweise erscheint nur dann sinnvoll, wenn eine ärztliche (Erst-)Beurteilung im Fall lebensgefährlicher oder sonst wesentlicher Gesundheitsgefahren nicht abgewartet werden kann.

### **Referentenentwurf unter 5a: Standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG liegen nicht vor**

Durch Nr. 5a stellt der Referentenentwurf klar, dass standardmäßige Vorgaben auch für die in Nr. 1c angesprochenen Einsatzsituationen gelten können. Dies ist sinnvoll, weil invasive Maßnahmen und verschreibungspflichtige Notfallmedikamente, die Leben retten können auch fachgerechter Vorgaben bedürfen, da sie bei nicht sachgemäßer Anwendung zu Komplikationen und schweren Folgeschäden bis hin zum Tod führen können. Missverständlich ist allerdings bei der Bezeichnung dieser standardmäßigen Vorgaben an den § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG anzuknüpfen.

Tatsächlich gibt es Einsatzsituationen, für die keine standardisierten Arbeitsanweisungen vorhanden sind oder nur eine nicht genau passende Arbeitsanweisung existiert. Dieses zu erfassen, zu bewerten und regelmäßig anzupassen ist die originäre qualitätssichernde Aufgabe der ÄLRD und die Fortführung des als Pyramidenprozess beschriebenen Abstimmungsverfahrens.

### **Referentenentwurf unter 5b: vorliegende standardmäßige Vorgaben im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c von der Person mit einer Erlaubnis nach Satz 1 nicht angewendet werden dürfen.**

Der Referentenentwurf beabsichtigt insgesamt die unmittelbar lebensrettenden Maßnahmen (sog. 1c-Maßnahmen) als eigenverantwortliche Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu erlauben. In diese Absicht passen die Regelungen in Nr. 5b des Referentenentwurfs nicht. Dort wird ebenfalls auf die standardmäßigen Vorgaben im Rahmen der Mitwirkung (§ 4 Abs.2 Nr. 2c NotSanG) angeknüpft („Vorabdelegation“). Das ist ebenso wie unter Nr. 5a missverständlich.

Darüber hinaus räumt Nr. 5b allerdings Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in solchen Situationen eine Erlaubnis zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen auch dann ein, wenn sie „nicht angewendet werden dürfen“. Dies kann bedeuten, dass eine standardmäßige Vorgabe der Handlung entgegensteht oder

eine Maßnahme der Einsatzkraft untersagt wurde, z.B. aufgrund individuell fehlender fachlicher Kompetenzen.

Gemeint ist vermutlich, dass beim Fehlen von standardmäßigen Vorgaben im Bereich der unmittelbaren Lebensrettung, die Einsatzkraft einen „Rettungsversuch“ unternimmt, ohne dass die dafür erforderlichen Maßnahmen ausreichend erlernt bzw. beherrscht werden. Aus Sicht des BV-ÄLRD greift dann auch die Regelung des rechtfertigenden Notstandes, weil gerade das Erlernen und Beherrschen die Voraussetzung dafür sind, dass die Notfallsanitäter/innen in den Genuss der Erlaubnis im Sinne dieses Referentenentwurfes kommen können.

In der vorliegenden Version ist mit der Regelung in Nr. 5b Qualitätssicherung weder auf landesseitiger noch auf betrieblicher Ebene wirksam möglich. Eine ausdrückliche Gestattung heilkundlicher Maßnahmen auch in den Fällen, wenn standardmäßige Vorgaben oder ein fehlendes Kompetenzniveau „Beherrschen“ die konkrete Handlung untersagen, würde deshalb das gesamte organisatorische System der Qualitätssicherung durch die ÄLRD als Teil der Träger des Rettungsdienstes und gemäß den Ausbildungszielen des Notfallsanitätergesetzes in Frage stellen.

## Haftungsrisiken

Der Referentenentwurf schätzt die Haftungsrisiken für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insgesamt zu optimistisch ein, wenn er lediglich auf die jeweiligen Haftpflichtversicherungen der Arbeitgeber hinweist (S. 90). Dies lässt außer Acht, dass Rettungsdienst mehrheitlich in öffentlich-rechtlichen Strukturen durchgeführt wird, so dass grundsätzlich der öffentliche Träger nach den Grundsätzen der Amtshaftung für eventuelle schuldhaft verursachte Patientenschäden eintreten muss.

Die öffentlichen Rettungsdienststräger, in der Regel die Kommunen, bezahlen Schäden entweder selbst oder im Rahmen eigener Institute (z.B. kommunaler Schadensausgleich). Der BV-ÄLRD kann mögliche Auswirkungen nicht quantifizieren, regt aber an, die kommunalen Spitzenverbände in die Abstimmung einzubeziehen.

Bei grob fahrlässigem und vorsätzlichem Handeln ist auch in der Amtshaftung der Rückgriff auf die handelnden Personen eröffnet (Art. 34 Satz 2 GG). Beides kann nicht nur bei notfallmedizinisch fehlerhaftem Handeln gegeben sein, sondern bereits bei einem billigend in Kauf genommenen Abweichen von der Voraussetzung, Lebensgefahr oder schwere gesundheitliche Folgeschäden abzuwehren. Grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz werden durch Haftpflichtversicherungen typischerweise nicht abgedeckt. Ohnehin nicht versicherbar ist die strafrechtliche Haftung für eventuell verursachte Patientenschäden.



## Bundeseinheitliche Vorgaben

Richtigerweise wurden die „invasiven Maßnahmen“ und „standardisierten Vorgaben“ im Text des Notfallsanitätäergesetzes unbestimmt belassen, da sie fachlich konkretisiert, kontinuierlich bewertet und an neue notfallmedizinische Erkenntnisse angepasst werden müssen. Hier liegt die Regelung in der Kompetenz der Länder. Der Bund ist bei den Gesundheitsfachberufen für die Ausbildung zuständig, die Länder für die Berufsausübung. Bei den benannten Vorgaben handelt es sich um Berufsausübungsregelungen und Arbeitsanweisungen, für die der Bund nicht zuständig ist.

Nach Inkrafttreten des NotSanG haben die Länder das in § 4 Abs. 2 NotSanG angelegte Modell standardisierter Vorgaben entweder in ihren jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen (z.B. Berlin, Bayern) oder in Verwaltungsvorschriften (z.B. NRW) für die rechtssichere Berufsausübung fixiert. In allen Bundesländern liegen entsprechende, detaillierte Regelungen vor (Tabelle 1). Diese werden laufend aktualisiert. Daher besteht kein Bedarf für Vorgaben durch das BMG, auch nicht im Sinne von empfehlenden Mustern (so S. 92 des Referentenentwurfs).

Solche Empfehlungen würden die Frage ihrer Bedeutung und Verbindlichkeit aufwerfen und dadurch zu weiterer Verwirrung führen. Es besteht zudem die Gefahr, dass sie als höherrangig gegenüber den bestehenden verbindlichen landesrechtlichen Vorgaben verstanden würden. Anders als im ärztlichen Bereich geht es bei den „standardisierten Vorgaben“ nicht um medizinische Leitlinien, sondern um Arbeitsanweisungen.

Der unbestimmte Begriff „invasive Maßnahmen“ im § 4 Abs. 2 Nr. 1c wurde bereits durch Arbeitsgruppen aller am Rettungsdienst beteiligten Institutionen und Organisationen<sup>4</sup> im bundesweiten, sogenannten Pyramidenprozess I in drei Katalogen (Maßnahmen, Medikamente und Hinweisen der ÄLRD) am 08.02.2014 fachlich konkretisiert. Diese sind mittlerweile als Grundlage für die Ausbildung in den Berufsfachschulen für Notfallsanitäter/-innen, Krankenhäusern und Lehrrettungswachen etabliert. In der Weiterentwicklung wurden die Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften nach Krankheitsbildern auf die Situation im Rettungsdienst als Empfehlungen im Rahmen des bundesweiten Pyramidenprozesses II entwickelt und damit die Basis für „standardisierte Vorgaben durch die ÄLRD“ für die Berufsausübung geschaffen.<sup>5</sup>

Die standardisierten Vorgaben für die Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Berufsausübung, also im Einsatzdienst des Rettungsdienstes erfolgte entsprechend den Hinweisen im § 4 Abs. 2 Nr. 2c des Notfallsanitätäergesetzes auf

---

<sup>4</sup> Medizinisch-Wissenschaftliche Fachgesellschaften, Rettungsdienstorganisationen, Feuerwehren, Berufsfachschulen für Notfallsanitäter/-innen und Lehrrettungswachen, Krankenhäuser, Berufsverbände der Rettungsdienste und Notärzte, Arbeitgeberverbände, Behördenvertreter als Träger des Rettungsdienstes und Schulbehörden. Die Koordination erfolgte durch den Bundesverband der ÄLRD Deutschland e.V.

<sup>5</sup> Siehe Bundesverband der ÄLRD Deutschland e.V.: <https://www.aelrd.de/>

Länderebene durch die ÄLRD. Diese standardisierten Vorgaben wurden von den zuständigen Landesministerien im Rahmen der Landesgesetzgebung, als Verwaltungsvorschrift oder als Empfehlungen (Baden-Württemberg) in Kraft gesetzt.

Eine Regelungslücke besteht demnach nicht. Für ein neues Gremium beim BMG zur Entwicklung von Leitlinien oder Arbeitsanweisungen sieht der BV-ÄLRD daher weder Bedarf noch Raum. Die bestehenden überregionalen und interdisziplinären Abstimmungen im Rahmen des Pyramidenprozesses und die Entwicklung von standardisierten Arbeitsanweisungen bzw. Empfehlungen sind auf Landesebene bereits etabliert.

Vielmehr würde die gesetzliche Einrichtung einer solchen Zuständigkeit beim BMG den Anfangspunkt dafür setzen, dass der Bund auch in anderen medizinischen Bereichen (z.B. Kardiologie, Radiologie, Chirurgie, etc.) oder Arbeitsanweisungen für Krankenhäuser eine Entwicklungszuständigkeit für sich reklamieren kann.

**Tabelle 1:** Übersicht der standardisierten Handlungsanweisungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern

	Bundesland		Fläche	EW	EW/KM*	Standards
	Baden-Württemberg	BW	35.748	11,07	310	<a href="#">Handlungsempfehlungen des Innenministeriums zur Ausbildung und zur Anwendung im rechtfertigenden Notstand (kein Delegationsmodell)</a>
	Bayern	BY	70.542	13,077	185	<a href="#">Maßnahmenkatalog</a>
	Berlin	BE	891	3,645	4090	<a href="#">medizinische Handlungsanweisungen Berliner Notfallsitzung</a>
	Brandenburg	BB	29.654	2,512	85	<a href="#">SOP in der Rettungsmedizin</a>
	Bremen	HB	419	0,683	1629	<a href="#">AG NUN für Bremen</a>
	Hamburg	HH	755	1,841	2438	Handlungsempfehlungen des Rettungsdienstträgers
	Hessen	HE	21.116	6,266	297	Algorithmen zur Notfallversorgung ( <a href="https://rettungsdienstschule-hessen.de/algorithmen/Algorithmen-Notfallversorgung-MitSag.pdf">https://rettungsdienstschule-hessen.de/algorithmen/Algorithmen-Notfallversorgung-MitSag.pdf</a> )
	Mecklenburg-Vorpommern	MV	23.295	1610	69	SAA, BPR
	Niedersachsen	NI	47.710	7,982	167	AG NUN
	Nordrhein-Westfalen	NW	34.112	17,933	526	SAA, BPR ( <a href="https://www.aelrd-nrw.de/?page_id=533">https://www.aelrd-nrw.de/?page_id=533</a> )
	Rheinland-Pfalz	RP	19.658	4,085	206	Landesrettungsdienstplan
	Saarland	SL	2.571	0,991	385	<a href="#">medizinische Verfahrensanweisungen des ZBF</a>
	Sachsen	SN	18.450	4,078	221	SAA, BPR
	Sachsen-Anhalt	ST	20.454	2,208	108	SAA, BPR
	Schleswig-Holstein	SH	15.804	2,897	183	<a href="#">Algorithmen für den Rettungsdienst im Land SH</a>
	Thüringen	TH	16.202	2,143	132	<a href="#">Verfahrensanweisungen für den Thüringer BD</a>
	<b>Bundesrepublik Deutschland (DE)</b>	<b>DE</b>	<b>*****</b>	<b>83,019</b>	<b>232</b>	

## Formulierungsvorschlag für den Artikel 12

Der BV-ÄLRD schlägt vor, dass dort, wo Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gefahrgeneigte lebensrettende Maßnahmen und Medikamentengaben **bei unmittelbar lebensbedrohten Notfallpatienten (siehe § 4 Abs. 2 Nr. 1c NotSanG), sowie definierte Maßnahmen (z.B. Schmerztherapie) bei nicht unmittelbar lebensbedrohten Patienten (siehe § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG)** durchführen sollen, für deren umfängliches Erkennen (Diagnosestellung) und Durchführung die ärztliche Qualifizierung (ärztliche Heilkunde) erforderlich ist, diese im Rahmen einer Vorabdelegation anhand standardisierter Vorgaben durch die ÄLRD eigenständig durchführen können. Bei der unmittelbaren Anwendung lebensrettender Maßnahmen sollten sie nicht durch die Vorschriften des Heilpraktikergesetzes verunsichert werden.

Die Anordnungsverantwortung für eine Vorabdelegation liegt dabei bei der ÄLRD, als medizinischer Vertretung des Trägers des Rettungsdienstes, die Durchführungsverantwortung beim Notfallsanitäter / bei der Notfallsanitäterin. Alle anderen Maßnahmen, deren Durchführung nicht zeitkritisch sind oder die nicht beherrscht werden, aber der ärztlichen Abklärung und Therapiefestlegung bedürfen, sind entweder im Einsatz durch den nachrückenden Notarzt vorzunehmen, telenotärztlich zu bewerten und zu entscheiden und/oder zur weiteren ärztlichen Diagnostik und Therapie einer ärztlichen Einrichtung zuzuführen.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es medizinische Zustände gibt, die mit der Heilkunde des Notfallsanitäters alleine nicht mehr ausreichend behandelt werden können, sondern aus Dringlichkeitsgründen Maßnahmen der ärztlichen Heilkunde erfordern.

Diese müssen im Rahmen der Ausbildung zum Notfallsanitäter soweit erlernbar sind und im Anwendungsfall auch beherrscht werden, dass, wenn sie nach entsprechenden Arbeitsanweisungen der ÄLRD angewendet werden, tatsächlich Lebensgefahr abwenden und schwere Folgeschäden vermindern können. Dass dies nicht für alle erforderlichen Maßnahmen im Rahmen der Klinikausbildung gelingt, haben Flentje et al. (2020)<sup>6</sup> in einer aktuellen Studie gezeigt. Diese Ergebnisse von Flentje et al. und die Tatsache, dass gefahrgeneigte heilkundliche Maßnahmen und Medikamentengaben in der rettungsdienstlichen Praxis nur seltene Anwendungssituationen betreffen, machen eine strukturierte Qualitätssicherung für deren Einsatz erforderlich.

Daraus ergibt sich der folgende Formulierungsvorschlag:

1. Für Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 finden bei der eigenverantwortlichen Anwendung von gefahrgeneigten heilkundlichen Maßnahmen und Medikamentengaben zur unmittelbaren Abwehr von Lebensgefahr oder von

---

<sup>6</sup> Flentje M., Schulte D., Askamp A., Scheinichen F., Eismann H.: Erlernen „erweiterter Maßnahmen“ in der Ausbildung zum Notfallsanitäter - Evaluation von Lernort und subjektivem Kompetenzerwerb. Notfall Rettungsmed 23: 325-335 (2020).

schweren medizinischen Folgeschäden die Bestimmungen des Heilpraktiker-gesetzes keine Anwendung, wenn sie diese erlernt haben und beherrschen. Soweit dafür standardisierte Arbeitsanweisungen der nach Landesrecht zu-ständigen ÄLRD vorgesehen sind, sollten diese auch als Vorabdelegation ge-nutzt werden.

2. Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 dürfen bei Patienten mit notfallmedi-zinischen Krankheitsbildern, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt sind, gefahreneignete heilkundliche Maßnahmen und Medika-mentengaben im Rahmen standardisierter Arbeitsanweisungen der nach Lan-desrecht zuständigen ÄLRD als Vorabdelegation eigenständig anwenden, wenn sie dafür ausgebildet sind und diese beherrschen.
3. Soweit bei akut lebensbedrohlichen Situationen keine standardisierten Arbeits-anweisungen vorliegen, dürfen Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 im Rahmen ihres verfügbaren Handlungswissens auch einen Rettungsversuch durchführen.
4. Eine Delegation von Maßnahmen der *ärztlichen* Heilkunde am Einsatzort oder bei dem Transport erfolgt durch einen vom zuständigen Rettungsdienstträger eingebundenen Telenotarzt oder Notarzt.
5. Bei einer Vorabdelegation durch die nach Landesrecht bestimmten ÄLRD auf Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, trägt die ÄLRD die Anordnungs- und Überwachungsverantwortung. Die Person mit einer Erlaubnis nach Satz 1 trägt die Durchführungsverantwor-tung.

Köln, den 19.08.2020

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner  
- Vorsitzender -

