

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Rettungswesen

von Karsten Fehn und Frank Sarangi

 doi.org/10.4126/FRL01-006527197

Abstract

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist zu einem tragenden Strukturprinzip moderner Gesundheitsversorgung geworden. Gerade in zeitkritischen Versorgungssituationen des Rettungsdienstes zeigt sich, dass eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Notfallversorgung ohne rechtssichere Formen arbeitsteiliger Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet werden kann. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der Zusammenarbeit zwischen Notärzten und Notfallsanitätern unter Berücksichtigung des Notfallsanitätergesetzes und des Rettungsdienstrechts. Er zeigt auf, dass bestehende strukturelle Unsicherheiten weniger auf rechtliche Defizite als vielmehr auf organisations- und steuerungspolitische Inkonsistenzen zurückzuführen sind, und entwickelt Lösungsansätze für eine rechtssichere, patientensichere und zukunftsfähige Ausgestaltung interprofessioneller Notfallversorgung.

Schlüsselwörter: interprofessionelle Zusammenarbeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Delegation ärztlicher Leistungen, Organisationspflicht, Rettungsdienst, Notfallsanitäter, Nordrhein-Westfalen

Interprofessional collaboration has become a fundamental structural principle of modern health care. Particularly in time-critical emergency medical services, it is evident that comprehensive, quality-assured emergency care can no longer be ensured without legally sound forms of task-shared service delivery. The article places particular emphasis on the collaboration between emergency physicians and paramedics, taking into account the German Paramedics Act (Notfallsanitätergesetz) and the legal framework governing emergency medical services. It demonstrates that existing structural uncertainties are attributable less to deficiencies in the legal framework than to inconsistencies in organization and governance. It develops proposals for a legally sound, patient-safe, and future-oriented design of interprofessional emergency care.

Keywords: interprofessional collaboration, interdisciplinary collaboration, delegation of medical services, organizational duty, emergency medical services, paramedics, North Rhine-Westphalia

1 Einführung

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist zunehmend durch arbeitsteilige Versorgungsstrukturen geprägt (*Berchtold 2012; Hugemann 2024*). Diese Entwicklung ist Ausdruck medizinischen Fortschritts, steigender Behandlungskomplexität, demografischer Veränderungen und eines sich verschärfenden Fachkräftemangels (*Statistisches Bundesamt 2024*). Interprofessionelle Zusammenarbeit ist daher nicht lediglich ein organisationspraktisches Instrument, sondern eine strukturelle Voraussetzung moderner Patientenversorgung. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur wird interprofessionelle Zusammenarbeit als gemeinsames, aufeinander abgestimmtes Handeln verschiedener Professionen zur Lösung komplexer Versorgungsprobleme verstanden (*Reeves et al. 2017*). Medizinrechtlich ist interprofessionelle Zusammenarbeit regelmäßig als vertikale Arbeitsteilung einzuordnen. Trotz moderner Teamkonzepte verbleibt die rechtliche Gesamtverantwortung für Diagnose, Therapieentscheidung und Behandlungskoordination grundsätzlich beim Arzt (*Laufs et al. 2019; Katzenmeier 2021*).

2 Das Rettungswesen

Aufgabe des Rettungsdienstes ist die Gefahrenabwehr. Er unterliegt der Landesgesetzgebung. Deshalb finden sich unter den Bundesländern strukturelle Unterschiede, die das Notfallsanitätärgesetz als in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fallendes Berufsausbildungsgesetz nur bedingt berücksichtigen kann. Beispielhaft wird, soweit es darauf ankommt, auf das Recht des Landes Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen.

Der Rettungsdienst stellt – in allen Bundesländern – eine besondere Form interprofessioneller Zusammenarbeit dar. Anders als in stationären oder ambulanten Versorgungssituationen erfolgt (notfall-)medizinisches Handeln hier unter hohem Zeitdruck bei häufig unvollständiger Informationslage und mit eingeschränkten personellen Ressourcen. Die notärztliche Präsenz am Einsatzort kann regelmäßig nicht kontinuierlich gewährleistet werden, sodass die Behandlung von Notfallpatienten jedenfalls zeitweise wesentlich von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal durchgeführt wird. Die rechtliche Bewertung dieser Zusammenarbeit erfordert eine präzise Einordnung der Kompetenzverteilung zwischen ärztlicher Gesamtverantwortung und qualifikationsrechtlicher nichtärztlicher Tätigkeit.

3 Organisationsverantwortung und Struktur

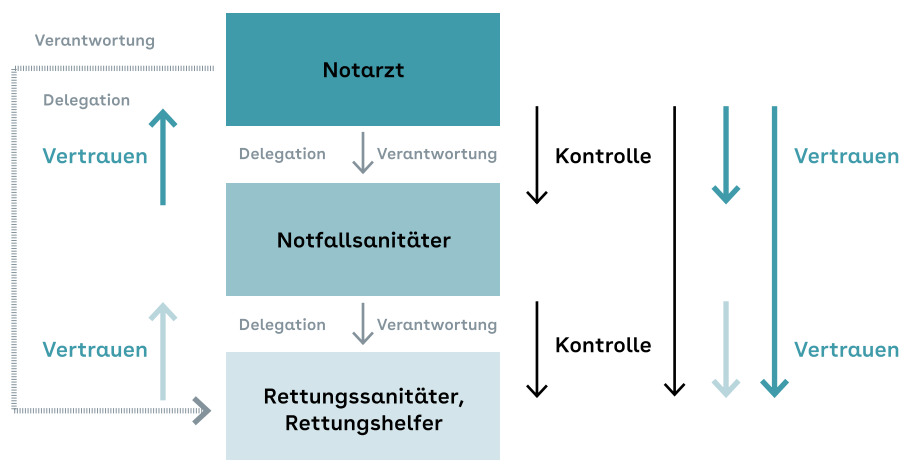
Im Rettungsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen sind – wie in den meisten anderen Bundesländern – neben Notärzten Notfallsanitäter im Sinne des NotSanG sowie Rettungssanitäter und Rettungshelfer im Sinne der RettAPrV NRW am Rettungsdienst beteiligt, wobei der Rettungsdienst – ebenfalls wie in anderen Bundesländern – in die Aufgabenbereiche der Notfallrettung und des Krankentransportes differenziert wird (§ 2 Abs. 2 *RettG NRW*). In der Notfallrettung kommen Notärzte, Notfallsanitäter beziehungsweise Rettungsassistenten und Rettungssanitäter und im Krankentransport Rettungssanitäter und Rettungshelfer zum Einsatz (§ 4 Abs. 3, Abs. 4 *RettG NRW*). Die medizinische Einsatzleitung obliegt dabei grundsätzlich dem Notarzt (§ 4 Abs. 3 Satz 3 *RettG NRW*).

Damit wird interprofessionelle Zusammenarbeit im Rettungsdienst unmittelbar zu einer Frage der Organisationspflicht. In Nordrhein-Westfalen sind die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Notfallrettung einschließlich notärztlicher Versorgung sicherzustellen (§ 6 Abs. 1 *RettG NRW*). Diese öffentlich-rechtliche Organisationsverantwortung umfasst nicht nur die Vorhaltung von Personal und Rettungsmitteln, sondern die Gewährleistung einer funktionsfähigen Gesamtstruktur der Notfallversorgung. Diese Verantwortung wird durch Rettungsdienstbedarfspläne konkretisiert, die Standorte, Vorhaltezeiten und personelle Ausstattung festlegen. Der Rettungsdienstbedarfsplan fungiert also als zentrales Steuerungsinstrument. Er legt Anzahl, Standort und Einsatzkonzept der Rettungsmittel fest und bestimmt damit faktisch auch den Grad der verfügbaren notärztlichen Präsenz (*Städtetag NRW und Landkreistag Nordrhein-Westfalen 2018*). Weitere Organisationsinstrumente sind die Erstellung von Einsatzkonzepten, die Einrichtung von Qualitätssicherungssystemen, die Durchführung regelmäßiger Fortbildungen sowie die Bestellung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (vergleiche § 7 Abs. 3 *RettG NRW*).

Die Organisationspflicht des Aufgabenträgers ist dabei allerdings nicht unbegrenzt. Sie muss sich am rettungsdienstlichen Standard und am Gebot wirtschaftlicher Ressourcenverwendung orientieren (§ 2a *RettG NRW*). Gleichwohl darf sie nicht dazu führen, dass notfallmedizinisch gebotene ärztliche Leistungen systematisch nicht verfügbar sind oder dass Delegation strukturell als Ersatz für fehlende notärztliche Versorgung

Abbildung 1 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Rettungsdienst

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft, 2026



Der Arzt hat die Gesamtverantwortung für Diagnose, Therapieentscheidung und Behandlungskoordination. Er darf aber Aufgaben delegieren und dabei darauf vertrauen, dass die nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter über die Kenntnisse verfügen, die sie dazu berechtigen, ihre Berufsbezeichnung zu tragen.

eingesetzt wird. Andernfalls droht eine Verletzung der staatlichen Gewährleistungspflicht für eine funktionsfähige Notfallversorgung. Dies wiederum kann im Sinne eines Organisationsverschuldens haftungsrechtliche Relevanz entfalten (Laufs et al. 2019).

4 Verantwortung und Delegation

Die Delegation ärztlicher Aufgaben im Rettungsdienst ist rechtlich zulässig, sofern die Maßnahme nicht dem unübertragbaren Kern ärztlicher Tätigkeit zuzurechnen ist. Maßgeblich ist eine Ex-ante-Betrachtung aus Sicht eines sorgfältigen Notarztes in der konkreten Einsatzsituation (Winkenbach und Latka 2024).

Im Rettungsdienst besteht dabei – anders als etwa in einer Arztpraxis – die Besonderheit, dass der Notarzt erst vor Ort auf die Besatzung des Rettungswagens (RTW) trifft (Rendezvous-System) und die auf diesem Rettungsmittel eingesetzten Notfallsanitäter nicht kennt. Der Notarzt darf indes bei der Delegation von Aufgaben darauf vertrauen, dass die nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter über die Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die zur Erlangung der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ nach § 4 Abs. 1, Abs. 2 NotSanG und der NotSan-AprV beziehungsweise der Qualifikation zum Rettungssanitäter (zum Beispiel nach der RettAPrVO NRW) erforderlich sind. Dieses Vertrauen ist die rechtliche Kehrseite eines staatlich geregelten Aus-

bildungssystems und Voraussetzung funktionsfähiger Notfallversorgung (Abbildung 1). Die Grenze dieses Vertrauens liegt dort, wo konkrete Anhaltspunkte für Überforderung oder Fehler bestehen.

Der Bundesgesetzgeber hat den Beruf des Notfallsanitäters mit dem Notfallsanitätergesetz bewusst als eigenständigen Gesundheitsfachberuf mit erweiterten Kompetenzen ausgestaltet (§§ 2a, 4 NotSanG). Dies gilt insbesondere bei der Durchführung heilkundlicher Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes, wenn dies zur Abwehr von Lebensgefahr oder von schweren gesundheitlichen Schäden erforderlich ist. Dogmatisch ist zwischen dieser eigenverantwortlichen Tätigkeit und der Delegation durch einen anwesenden Notarzt strikt zu unterscheiden. Delegation setzt voraus, dass der Arzt die Gesamtverantwortung für die Behandlung übernommen hat und einzelne Maßnahmen arbeitsteilig durchführen lässt. Sie ist zulässig, sofern die Tätigkeit nicht zum unübertragbaren Kern ärztlicher Aufgaben gehört (Laufs et al. 2019; Katzenmeier 2021).

Als nicht delegationsfähig gelten im rettungsdienstlichen Kontext wie auch im ambulanten und stationären Setting insbesondere originär ärztliche Entscheidungen wie Diagnosestellung, Therapieplanung oder ärztliche Aufklärung. Delegationsfähig sind dagegen standardisierte und beherrschbare Maßnahmen, sofern der Delegationsempfänger qualifiziert ist (KBV und GKV-Spitzenverband 2023). Auch im Rettungsdienst bleibt der Notarzt bei Delegation für Indikation, Priorisierung und Koordination verantwortlich. Delegation

führt daher nicht zu einer Verantwortungsübertragung, sondern lediglich zu einer arbeitsteiligen Ausführung ärztlich verantworteter Maßnahmen.

5 § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG

Eine zentrale Norm für die dogmatische Einordnung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rettungsdienst ist § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG. Danach umfasst die Ausbildung zum Notfallsanitäter das Erlernen des eigenständigen Durchführens heilkundlicher Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.

Diese Vorschrift geht über die klassische Einzelfalldelegation hinaus. Sie setzt eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit voraus, bei der ärztliche Verantwortung und nichtärztliche Durchführung in standardisierten Behandlungspfaden miteinander verknüpft sind. Der Gesetzgeber erkennt damit ausdrücklich an, dass bestimmte heilkundliche Maßnahmen aufgrund ihrer Standardisierbarkeit und der Qualifikation der Notfallsanitäter arbeitsteilig organisiert werden können. Bemerkenswert ist, dass die Norm keine individuelle Kenntnis des konkret handelnden Notfallsanitäters durch den verantwortlichen Arzt verlangt. Vielmehr knüpft sie an die institutionelle Verantwortung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst an. Daraus folgt, dass das Gesetz eine generelle Delegationsfähigkeit auch gegenüber unbekanntem Rettungsdienstpersonal voraussetzt, sofern dieses die gesetzlich geforderte Qualifikation besitzt (Fehn 2017).

Gleichzeitig darf die Kompetenzordnung des Grundgesetzes nicht außer Acht gelassen werden. Das NotSanG ist ein bundesrechtliches Berufsausbildungsgesetz und kann keine organisationsrechtlichen Vorgaben für den Rettungsdienst machen, der nach Art. 70 GG grundsätzlich in die Zuständigkeit der Länder fällt. Das jeweilige Landesrecht bestimmt daher die konkrete Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Strukturen. Ein Beispiel für das Ineinandergreifen des Notfallsanitätergesetzes als Berufsausbildungsgesetz und des Landes-Rettungsdienstgesetzes als konkretes Organisationsgesetz zur Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge ist das Bayerische Rettungsdienstgesetz. Dieses

bestimmt in Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, dass die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes für ihren Rettungsdienstbereich heilkundliche Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter delegiert, soweit sie deren Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz entsprechen und eine persönliche ärztliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern. Es wird also konkret auf § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG abgestellt.

Aber selbst dort, wo in den Landesgesetzen eine entsprechende Bezugnahme fehlt, kommt § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c NotSanG zumindest Bedeutung bei der Rechtsauslegung zu. Diese Norm dokumentiert nämlich den Willen des Gesetzgebers, Notfallsanitäter zu einem eigenständig handlungsfähigen Gesundheitsfachberuf auszubilden, der innerhalb ärztlich verantworteter Strukturen heilkundlich tätig werden kann. Sie bildet daher einen wichtigen Maßstab für die Frage, welche Maßnahmen als delegationsfähig gelten können und welche organisatorischen Rahmenbedingungen erforderlich sind (Laufs et al. 2019; Katzenmeier 2021). Dies wird beispielsweise bei der gegebenenfalls strafrechtlich bedeutsamen Feststellung relevant, ob eine mutmaßliche Einwilligung im Sinne von § 228 StGB, § 630a Abs. 1 Satz 3 BGB oder ein rechtfertigender Notstand im Sinne des § 34 StGB vorlag. Für die Praxis bedeutet dies also, dass landesrechtliche Regelungen und organisationsinterne Vorgaben im Rettungsdienst im Lichte der bundesrechtlich normierten Ausbildungsziele auszulegen sind.

Losgelöst von der vorstehenden Thematik ist die mit § 2a NotSanG geschaffene Kompetenznorm zu berücksichtigen, wonach Notfallsanitäter bei Vorliegen von bestimmten weiteren Voraussetzungen eigenständige heilkundliche Maßnahmen durchführen dürfen. Bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung dürfen Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich solcher invasiver oder medikamentöser Art, eigenverantwortlich durchführen, wenn sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von Patienten abzuwenden.

Die Vorschrift knüpft nicht an eine organisierte (ärztliche) Zusammenarbeit an, sondern begründet – im Berufsausbildungsgesetz des Notfallsanitätergesetzes systemfremd – eine originäre eigenständige Befugnisnorm, innerhalb derer die durchführenden Notfallsanitäter für die Entscheidung des Ob und des Wie einer

medizinischen Maßnahme eigenständig medizinisch und rechtlich verantwortlich sind. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2a NotSanG müssen also die weiteren Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Delegation ausnahmsweise nicht vorliegen.

6 Strukturelle Probleme

Die größten Probleme der Zusammenarbeit zwischen Notärzten und Notfallsanitätern resultieren weniger aus normativen Defiziten als aus heterogenen Organisations- und Delegationspraktiken. So definieren verschiedene Rettungsdienstträger beispielsweise Umfang und Grenzen delegierbarer Maßnahmen teilweise unterschiedlich, was zu Rechtsunsicherheit und uneinheitlicher Versorgungsqualität führt. Hinzu kommen regionale Unterschiede bei Standard-Operating-Procedure-Systemen (SOP-Systemen), mitunter tradierte Rollenbilder und weitere haftungsrechtliche Unsicherheiten. Eine zunehmende strafrechtliche Aufarbeitung medizinischer Fehler zieht defensives Verhalten und die Nichtnutzung vorhandener Kompetenzen nach sich. Gleichzeitig besteht die Gefahr einer faktischen Verantwortungsverschiebung, wenn Notärzte unter Einsatzdruck delegieren, ohne die Koordinationsverantwortung ausreichend wahrzunehmen. Nicht zuletzt führen der Fachkräftemangel, steigende Einsatzzahlen und eine begrenzte Notarztverfügbarkeit zu der faktischen Notwendigkeit, nichtärztliche Kompetenzen stärker zu nutzen. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird damit zu einer Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Versorgungsfähigkeit.

7 Fazit: gesundheitspolitische Perspektive

Eine nachhaltige Verbesserung zur Gewährleistung eines ausreichend hohen Versorgungsstandards erfordert vor allem organisatorische Maßnahmen. Zunächst sollten Delegationsrahmen transparent, evidenzbasiert und möglichst einheitlich legaldefiniert sein. Gemeinsame Aus- und Fortbildungsprogramme von Notärzten und Notfallsanitätern können Vertrauen stärken und Konflikte reduzieren. Wünschenswert ist ferner die konsequente Nutzung der Steuerungsinstrumente der Landes-Rettungsdienstgesetze. Dies gilt zunächst im Hinblick auf die Rettungsdienst-Bedarfspläne. In diesen sollten neben quantitativen Kriterien wie Vorhalte-

zeiten zunehmend auch qualitative Aspekte der Zusammenarbeit berücksichtigt werden. Ferner sind die Ärztlichen Leitungen des Rettungsdienstes zu ermutigen, ihre Delegationskompetenzen konsequenter zu nutzen und delegierte Maßnahmen klar zu definieren.

Auch der flächendeckende Einsatz von Telenotarzt-systemen wird maßgeblich zur Handlungsvereinheitlichung und Handlungssicherheit aufseiten des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals und damit auch zur Verbesserung der Patientensicherheit beitragen (Fehn 2014; Katzenmeier und Schrag-Slavu 2021; Fehn 2022). Diese Systeme ermöglichen ärztliche Entscheidungsbeteiligungen auch ohne physische Präsenz und können insbesondere in strukturschwachen Regionen zur Versorgungssicherheit beitragen (BÄK 2023). Das Land Nordrhein-Westfalen hat beispielsweise die Etablierung von Telenotarzt-Zentralen inzwischen institutionalisiert (MAGS NRW 2020).

Insgesamt zeigt sich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit im Rettungsdienst nicht nur eine medizinrechtliche Frage darstellt, sondern ein zentrales Element moderner Gesundheitspolitik ist. Sie entscheidet maßgeblich darüber, ob eine flächendeckende, patientensichere und zugleich wirtschaftlich tragfähige Notfallversorgung gewährleistet werden kann. Eine qualitativ hochwertige und zeitnahe präklinische Versorgung von Notfallpatienten wiederum trägt zur Verbesserung des medizinischen Outcomes und ein besseres Ergebnis wiederum zur Reduzierung von Kosten für Anschlussbehandlungen und Rehabilitationen bei. Eine rechtssichere und qualitätsorientierte Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Gesundheitsfachberufen ist sowohl juristisch geboten als auch gesundheitspolitisch unerlässlich.

Literatur

- BÄK (Bundesärztekammer) (2023): Positionierung der Bundesärztekammer zur Neunten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung, Stand: 17.10.2023; bundesaerztekammer.de → Themen → Ärzte → Gesundheitsversorgung → Akut- und Notfallversorgung
- Bayerisches Rettungsdienstgesetz; www.gesetze-bayern.de → Suche: BayRDG
- Berchtold CM (2012): Medizinische Arbeitsteilung: Was juristisch zu beachten ist. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 27–28, A 1457–1458

- Fehn K (2014): Strafbarkeitsrisiken für Notärzte und Aufgabenträger in einem Telenotarzt-System. *Medizinrecht*, Jg. 32, Heft 8, 543–552
- Fehn K (2017): Analgesie mit opioidhaltigen Arzneimitteln durch Notfallsanitäter unter der Geltung des Notfallsanitätergesetzes – Zu Strafbarkeitsrisiken und zur Notwendigkeit von Gesetzesänderungen. *Medizinrecht*, Jg. 35, Heft 6, 453–459
- Fehn K (2022): Tele-Notarzt und Tele-Leitender Notarzt in Zivilschutzlagen – (Medizin)Rechtliche Voraussetzungen und Grenzen. Köln: Editing BioSciences
- Hugemann C (2024): Kapitel 55: Arbeitsteilungsfehler, Delegationsfehler bei Delegation innerhalb des ärztlichen Dienstes. In: Wenzel F (Hrsg.): *Der Arzt haftungsprozess*. Baden-Baden: Nomos
- Katzenmeier C (2021): Kapitel X: Arztfehler und Haftpflicht. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V: *Arztrecht*. München: C.H. Beck
- Katzenmeier C, Schrag-Slavu S (2021): *Telenotarzt – Berufsrecht, Haftungsrecht, Medizinproduktrecht, Datenschutzrecht*. Baden-Baden: Nomos
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), GKV-Spitzenverband (2023): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen; kbv.de → Praxis → Praxisführung → Delegation
- Laufs A, Kern BR, Rehborn M (Hrsg.) (2019): *Handbuch des Arztrechts*. München: C.H. Beck
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2020): Telenotarzt-System wird flächendeckend in Nordrhein-Westfalen etabliert – Meldung vom 11. Februar 2020; mags.nrw → Suche: Telenotarzt-System
- NotSan-AprV (Ausbildungs- und Prüfverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter); buzer.de/NotSan-APrV.htm
- NotSanG (Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters); www.gesetze-im-internet.de/notsang
- Reeves S et al. (2017): Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6, CD000072; cochranelibrary.com → Title Abstract
Keyword: Interprofessional collaboration
- RetttAPrVO NRW (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Rettungshelferinnen und Rettungshelfer); recht.nrw.de → Suche: RetttAPrVO
- RetttG NRW (Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer); recht.nrw.de → Suche: RetttG NRW
- Städtetag NRW, Landkreistag Nordrhein-Westfalen (2018): Handreichung. Rettungsdienstbedarfsplanung: Handreichung zu Qualitätskriterien und Parametern für die Bedarfsplanung des Rettungsdienstes in Kreisen und kreisfreien Städten. Köln; staedtetag-nrw.de → Suche: Rettungsdienstbedarfsplanung
- Statistisches Bundesamt (2024): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24.1.2024; www.destatis.de → Suche: Pflegekräfte 2049
- Winkenbach DR, Latka E (2024): Kompetenzen von Notfallsanitäter*innen. In: Höhle A, Winkenbach DR (Hrsg.): *Recht für Rettungsdienst und Notfallmedizin*. München: C.H. Beck

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 11. März 2026)

Die Autoren



Prof. Dr. Dr. Karsten Fehn, Jahrgang 1971, studierte Rechtswissenschaften an der Universität zu Köln und theoretische Medizin an der Universität Witten/Herdecke. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Notfallmedizin der Berufsfeuerwehr Köln. Er unterrichtet als Professor für Strafrecht und öffentliches Recht am Institut für Rettungsingenieurwesen und Gefahrenabwehr der Technischen Hochschule Köln. Er ist Gründungspartner der Sozietät Fehn Legal.



Frank Sarangi, LL.M., Jahrgang 1978, studierte Rechtswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und absolvierte den Master-of-Laws-Studiengang Medizinrecht an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er ist Rechtsanwalt und Salary Partner bei Fehn Legal. Er unterrichtet Medizinrecht und Digital Health an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke und promoviert dort. Er ist Rettungssanitäter und war 14 Jahre im Rettungsdienst tätig.

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Karsten Fehn, Fehn Legal, Konrad-Adenauer-Ufer 65, 50668 Köln,
Telefon: 0221-54816598, k.fehn@fehn-legal.de