

1. Arzneimittel

Arzneimittel sind nach § 2 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) unter anderem Stoffe (siehe § 3 AMG) oder Zubereitungen aus Stoffen,

- die zur Anwendung im oder am menschlichen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder
- die im oder am menschlichen Körper angewendet oder einem Menschen verabreicht werden können, um entweder die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder um eine medizinische Diagnose zu erstellen.

Zu den Arzneimitteln gehören beispielsweise auch medizinischer Sauerstoff in Druckgasflaschen als Fertigarzneimittel (§ 4 Abs. 1 AMG), Impfstoffe (§ 4 Abs. 4 AMG) oder (Test- und Therapie-) Allergene (§ 4 Abs. 5 AMG). Ob ein Arzneimittel verschreibungspflichtig ist, ergibt sich aus § 48 AMG in Verbindung mit der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Nach deren Anlage I ist etwa Metamizol immer und sind Paracetamol sowie Diclofenac und Ibuprofen unter bestimmten Bedingungen verschreibungspflichtig.

a) Arzneimittel und Medizinprodukte

Demgegenüber sind Medizinprodukte gemäß § 3 Nr. 1 Medizinproduktegesetz (MPG) alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke u.a. der Verhütung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann. Folglich sind medizinische Gase in Druckgasbehältern, deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung nicht auf pharmakologischem, immunologischem oder metabolischem Wege, sondern z.B. auf physikalische Weise erreicht wird, Medizinprodukte. Auch medizinische Aktivkohle – einer der wenigen Notfallstoffe, die oral verabreicht werden –, die im Magen-Darm-Trakt selbst nicht resorbiert wird und dazu eingesetzt wird, dort die Resorption toxischer Stoffe durch Adsorption zu verhindern bzw. auf diesem Wege toxische Stoffe dem enterohepatischen Kreislauf zu entziehen, wäre bei Zulassung nach heutiger Rechtslage kein Arzneimittel, sondern ein (stoffliches) Medizinprodukt, da seine bestimmungsgemäße Hauptwirkung, die Adsorption, keine pharmakologische, immunologische oder metabolische, sondern eine physikalische ist.

b) Arzneimittel und Betäubungsmittel

Die Einordnung eines Stoffes oder einer Zubereitung als Betäubungsmittel schließt nicht aus, dass es sich zugleich um ein Arzneimittel handelt (BVerfG, Beschluss vom 16.03.2006, Az. 2 BvR 954/02, juris Rn 22). Betäubungsmittel sind nach § 1 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) die in den Anlagen I bis III aufgeführten Stoffe und Zubereitungen.

- In Anlage I werden die nicht verkehrsfähigen Betäubungsmittel aufgeführt, wozu etwa LSD, Mescaline, Methylenoxydymethylamphetamin (MDMA) und grundsätzlich auch Heroin (= Diacetylmorphin = Diamorphin) gehören. Sie dürfen nicht verschrieben oder verabreicht werden (§ 13 Abs. 1 S. 3 BtMG).
- Die Anlage II führt die verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel auf. Hierzu gehört z.B. Diamorphin, sofern es zur Herstellung von Zubereitungen zu medizinischen Zwecken bestimmt ist. Auch diese Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben oder verabreicht werden (§ 13 Abs. 1 S. 3 BtMG).
- Anlage III schließlich listet die verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel auf. Dazu zählen u.a. Amphetamin, Morphin, Fentanyl, Sufentanil, Opium sowie Diamorphin in Zubereitungen, die zur Substitutionsbehandlung zugelassen sind. Die in dieser Anlage aufgelisteten Betäubungsmittel dürfen nach Maßgabe von § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG verschrieben oder verabreicht werden.

2. Applikationsform

Arzneimittel können auf verschiedene Weise appliziert, also verabreicht werden. Die Applikationsform ist – neben dem Arzneimittel und dessen Darreichungsform (Arzneiform) – maßgeblich für die Pharmakokinetik. Grundlegend wird zwischen enteraler und parenteraler Applikation unterschieden.

- Bei den enteralen Applikationsformen gelangt der Wirkstoff über den Magen-Darm-Trakt zum Wirkort. Hierzu gehört zuvorderst die orale Applikation, bei der die Aufnahme über Mund, Magen und Darm in den Blutkreislauf erfolgt, wobei der Wirkstoff zunächst über die Pfortader zur Leber transportiert wird, wo er gegebenenfalls metabolisiert (verstoffwechselt) wird, bevor er über den Körperkreislauf verteilt wird (First-Pass-Effekt). Dieser lange Weg benötigt Zeit, die sich je nach Nüchternheit und Arzneiform (z.B. Retardpräparate) weiter verlängern kann; zudem kann der First-Pass-Effekt in einem Abbau oder einer Umwandlung des Wirkstoffes zu einem unwirksamen Stoff bestehen.

Ein solcher First-Pass-Effekt kann bei einer rektalen Applikation vermieden werden. Bei dieser erfolgt die Aufnahme des Wirkstoffes von Zäpfchen oder aus Rektolen über den Mastdarm (Rektum) des Magen-

Darm-Trakts in den Blutkreislauf. Während im oberen Teil des Rektums eine Aufnahme in das Pfortadersystem mit Transport zur und Metabolisierung in der Leber stattfindet, findet im unteren Teil des Rektums eine Aufnahme in den Körperkreislauf statt, ohne dass zuvor die Leber passiert wird. Eine Metabolisierung vor der Verteilung im Körper (First-Pass-Effekt) wird so weitgehend vermieden; auch gelangt der Wirkstoff schneller zum Wirkort als bei oraler Gabe.

- Bei den parenteralen Applikationsformen erfolgt die Aufnahme unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes und damit auch unter Vermeidung des First-Pass-Effektes.
 - Zu den parenteralen Applikationsformen ohne Punktion, also unter Wahrung der körperlichen Integrität, gehört die transdermale Applikation, bei der z.B. Salben oder Fentanylpflaster auf die Haut aufgebracht werden und der Wirkstoff über bzw. durch die Haut aufgenommen wird.

Außerdem kann Wirkstoff über die gut durchbluteten Schleimhäute aufgenommen werden. Das geschieht bei der sublingualen Applikation über die Mundschleimhaut unter der Zunge, bei bukkaler Applikation über die Mundschleimhaut in der Wangentasche und bei intranasaler Applikation über die Nasenschleimhaut. Bei der inhalativen Applikation erfolgt die Aufnahme des Wirkstoffs über die Lunge.
 - Die parenteralen Applikationsformen mit Punktion, bei denen also die körperliche Integrität verletzt wird, lassen sich in extra- und intravasale Injektionen und Infusionen einteilen. Bei den extravasalen Injektionen (seltener: Infusionen) wird der Wirkstoff in ein Gewebe injiziert (infundiert). So erfolgt die intrakutane Applikation in das Epithelgewebe der Oberhaut oder das Bindegewebe der Lederhaut. Auf diesem Wege werden etwa Allergene zu diagnostischen Zwecken injiziert. Die subkutane Injektion erfolgt in das Fettgewebe der Unterhaut, von wo eine verzögerte Aufnahme des Wirkstoffes – beispielsweise Insulin – in den Blutkreislauf stattfindet. Bei der intramuskulären Injektion wird in das Muskelgewebe eines Skelettmuskels injiziert, etwa in den Deltamuskel (Musculus deltoideus) am Oberarm bei Impfungen oder in den äußeren Oberschenkelmuskel (Musculus vastus lateralis) zur Adrenalingabe bei anaphylaktischem Schock. Intravasale Injektionen oder Infusionen erfolgen demgegenüber in ein Gefäß: In eine Vene bei intravenöser, in eine Arterie bei intraarterieller und in die Markhöhle oder Spongiosa eines Röhrenknochens, z.B. der Tibia, des Femur oder des Humerus, oder des platten Knochens Sternum bei intraossärer Applikation.

		Applikationsform		
		enteral	parenteral ohne Punktion	parenteral mit Punktion
▼ Invasivität der Applikationsform	über den Magen-Darm-Trakt: oral (per os: p.o.)		über die Haut: transdermal	
	über den Mastdarm (Rektum) des Magen-Darm-Trakts: rektal		über Schleimhaut: <ul style="list-style-type: none"> • sublingual (s.l.): über die Mundschleimhaut unter der Zunge • bukkal: über die Mundschleimhaut in der Wangentasche • intranasal: über die Nasenschleimhaut 	
			über die Lunge: inhalativ (per inhalationem: p.i.)	
				extravasale Injektion (/ Infusion): <ul style="list-style-type: none"> • intrakutan (i.c.): in das Epithelgewebe der Oberhaut oder das Bindegewebe der Lederhaut • subkutan (s.c.): in das Fettgewebe der Unterhaut • intramuskulär (i.m.): in (Skelett-) Muskelgewebe
				intravasale Injektion / Infusion: <ul style="list-style-type: none"> • intravenös (i.v.): in eine Vene • intraarteriell (i.a.): in eine Arterie • intraossär (i.o.): in die Markhöhle eines (Röhren-) Knochens

3. Recht zur Applikation

Bei der Frage, ob man einem anderen ein Arznei- oder Betäubungsmittel verabreichen darf, ist zwischen zumindest zwei Rechtsverhältnissen zu unterscheiden: Einem öffentlichrechtlichen Verhältnis zwischen Behandelndem und Staat sowie einem in der Regel privatrechtlichen Verhältnis zwischen Behandelndem und Patient. Wichtigster Fall für ein öffentlichrechtliches Verhältnis zwischen Behandelndem und Patient ist der (öffentliche) Rettungsdienst.

a) Rechtsverhältnis zum Staat: Generelle Berechtigung

Zum einen ist eine Berechtigung durch den Staat erforderlich. Denn wenngleich Berufsfreiheit besteht (Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz) und im Übrigen allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), besteht auch das Recht eines Jeden auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG).

Arztvorbehalt

Um diese und weitere Rechtsgüter zu schützen, hat der Staat ein präventives Verbot mit Erlaubnisvorbehalt normiert: Den sogenannten Arztvorbehalt. Genaugenommen sind mehrere solcher Vorbehalte normiert, die verschiedene Tätigkeiten den Ärzten vorbehalten. So behält § 9 Embryonenschutzgesetz u.a. die künstliche Befruchtung und die Präimplantationsdiagnostik einem Arzt vor, ebenso § 7 Gendiagnostikgesetz eine diagnostische genetische Untersuchung. Nach § 4 Abs. 1 und 2 Hebammengesetz (HebG) ist die Leistung von Geburtshilfe Ärzten und Hebammen mit entsprechender Erlaubnis vorbehalten. Auch Leichenschau und Ausstellung der Todesbescheinigung sind nach § 3 Abs. 1 S. 1 und § 6 Abs. 1 S. 1 des niedersächsischen Bestattungsgesetzes – ähnlich die Gesetzeslage anderer Bundesländer – einem Arzt vorbehalten. Für die Verschreibung und Verabreichung von Betäubungsmitteln gibt es in § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG ebenfalls einen speziellen Arztvorbehalt. Demgegenüber gibt es keine spezielle Vorbehaltsnorm für die Verabreichung von Arzneimitteln, doch ist diese Tätigkeit vom allgemeinen Arztvorbehalt erfasst. Dieser ergibt sich aus § 2 Abs. 1 und 5 Bundesärzteordnung (BÄO), wonach man zur Ausübung des ärztlichen Berufes, d.h. zur Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“, der Approbation als Arzt bedarf (die wiederum gemäß § 3 BÄO u.a. ein Hochschulstudium der Humanmedizin und das Bestehen der ärztlichen Prüfung voraussetzt). Komplettiert wird diese Regelung durch ein präventives Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, das Fälle von Heilkundenausübung erfasst, die nicht unter der Berufsbezeichnung als Arzt stattfinden: Nach § 1 Abs. 1 und 2 Heilpraktikergesetz (HeilprG) bedarf, wer berufs- oder gewerbsmäßig Heilkunde ausüben will, ohne als Arzt approbiert zu sein, ebenfalls einer Erlaubnis (deren Erteilung nach § 2 Abs. 1 HeilprG in Verbindung mit § 2 der Ersten Durchführungsverordnung zum HeilprG u.a. eine Überprüfung von Kenntnissen und Fähigkeiten voraussetzt). Auf diese Weise sollen Personen ohne ausreichende Kenntnisse oder Fähigkeiten zum Schutze der Patienten von der Ausübung der Heilkunde ausgeschlossen werden.

Anders als Ärzten, Hebammen und Heilpraktikern kommt Notfallsanitätern auch in Notfällen bislang kein solches eigenständiges Heilkundenausübungsrecht zu, obwohl bei den Ausbildungszielen in § 4 Abs. 2 Nr. 1, lit. c des Notfallsanitättergesetzes (NotSanG) in Bezug auf heilkundliche Aufgaben bzw. medizinische Maßnahmen die Rede davon ist, dass die Notfallsanitätterausbildung dazu befähigen soll, diese Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen. Denn wenngleich u.a. BÄO und HeilprG und damit der allgemeine Arztvorbehalt von der Bundesgesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst ist, auf der auch das NotSanG beruht, hatte der damalige Gesetzgeber (17. Deutscher Bundestag) unter Verweis auf seine angeblich fehlende Gesetzgebungskompetenz von der Schaffung eines solchen Rechts abgesehen (siehe die Begründung zum Entwurf des NotSanG in BT-Drs. 17/11689 vom 28.11.2012, S. 21). Ein Gesetzesentwurf, der diese Kompetenz nun doch noch zur Schaffung einer entsprechenden Heilkundenausübungsberechtigung für Notfallsanitätter ausnutzen würde (BT-Drs. 19/15274 vom 18.11.2019), befindet sich noch im Gesetzgebungsverfahren des aktuellen 19. Deutschen Bundestages.

Delegation

Trotz des Arztvorbehaltes muss der Arzt Behandlungen aber nicht vollständig selbst vornehmen, sondern kann in manchen Fällen Behandlungsmaßnahmen auf andere delegieren. Bei einer solchen Delegation kommt es zu bestimmten Verantwortungsbereichen des delegierenden Arztes einerseits und des zur Durchführung Bestimmten andererseits:

- Der Arzt trägt dabei die Anordnungsverantwortung.
 - Die beinhaltet zunächst die Pflicht zur Prüfung, ob die jeweilige Behandlungsmaßnahme überhaupt delegierbar ist. Nicht delegationsfähig sind Maßnahmen, wenn sie ärztliche Fachkenntnis und/oder ärztliches Können zwingend voraussetzen. Dazu zählen etwa Diagnosestellungen und Therapieentscheidungen (weshalb nichtärztliches Rettungsdienstfachpersonal lediglich Arbeitsdiagnosen stellt und zur symptomatischen wie kausalen Notfallbehandlung lediglich provisorische Therapieentscheidungen trifft). Ein Indiz für die Delegationsfähigkeit ist es, wenn der Normgeber die fragliche Maßnahme in das Berufsgesetz oder die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eines Gesundheitsfachberufes aufgenommen und damit zum Bestandteil der Ausbildung nichtärztlichen medizinischen Fachpersonals gemacht hat: Etwa von Pflegefachpersonal (ehemals Krankenschwestern, Krankenpfleger), Rettungsdienstfachpersonal (Notfallsanitätter, ausgelaufen: Rettungsassistenten) oder Medizinischen Fachangestellten (ehemals Arzthelfer). Ausländischem Berufsrecht kommt hingegen keine Indizwirkung zu, da es sich um eine politische Entscheidung handelt, die von verschiedenen Staaten unterschiedlich getroffen werden kann. Neben nicht aussagekräftigen Bestimmungen wie in NotSan-APrV, Anlage 1, Nr. 7, lit. c und Anlage 3 a.E. oder § 4 Nrn. 8.1 und 8.2 MedFangAusbV in Verbindung mit deren Anlage 5, Nr. 8.1, lit. c und e sowie Nr. 8.2, lit. a und b gibt es mit Anlage 5, Nr. 8.1, lit. c und f der MedFangAusbV auch eine Bestimmung, wonach extravasale Injektionen zum Mindestumfang der Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten gehören. Darüber hinaus ist in

Ärztenschaft und Rechtsprechung zumindest auch die Delegationsfähigkeit intravenöser Applikationen anerkannt.

- Ist die Behandlungsmaßnahme delegationsfähig, ist des Weiteren zu prüfen, ob und inwieweit die Maßnahme gerade an die jeweilige Person delegiert werden kann (Auswahlverantwortung). Zur Beurteilung sind die zur Durchführung der Maßnahme nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten mit den Kenntnissen und Fähigkeiten der fraglichen Person abzugleichen. Dabei ist für Arzneimittelapplikationen um so mehr Wissen und Können erforderlich, je invasiver und gefährlicher die Applikationsform ist und je gefährlicher das zu applizierende Arzneimittel ist (mögliche Nebenwirkungen, therapeutische Breite). Höhere Anforderungen sind auch zu stellen, wenn die Maßnahme nicht nur für einen Einzelfall, sondern für eine Vielzahl von Fällen (verschiedene Patienten, verschiedene Arzneimittel) delegiert werden soll. Ist die erforderliche Qualifikation der fraglichen Person durch eine entsprechende Ausbildung, Weiterbildung oder Zusatzausbildung (etwa einen „Spritzenschein“) nachgewiesen, hat sich der Arzt vor Delegation gleichwohl zu vergewissern, ob die Qualifikation tatsächlich (noch) besteht. Verfügt die Person noch nicht über eine zur Durchführung der Maßnahme qualifizierende Ausbildung, muss sie entsprechend ausgebildet und ihre Qualifikation vor Delegation geprüft werden. Auch bei Personen, die sich danach als geeignet erwiesen haben, muss die Durchführung bei länger andauernder Delegation hin und wieder überprüft werden, da sich z.B. Routinefehler einschleichen können (Überwachungsverantwortung). In Abhängigkeit von der Gefährlichkeit der Maßnahme und der Qualifikation des Durchführenden muss ein Arzt auch mehr oder minder schnell zur Stelle sein können, um bei Komplikationen tätig werden zu können. Im Rettungsdienst erfolgen neben Einzeldellegationen durch den jeweiligen Notarzt auch für eine Vielzahl von Notfällen gültige Delegationen durch den jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) oder den sonstigen verantwortlichen Arzt an die Notfallsanitäter, § 4 Abs. 2, Nr. 2, lit. c NotSanG.
- Der zur Durchführung Bestimmte hat die Übernahme- und Durchführungsverantwortung: Er muss seinerseits prüfen, ob er zur Durchführung qualifiziert und aktuell in der Lage ist; ist dies nicht der Fall, hat er die Übernahme abzulehnen bzw. den Arzt hierüber in Kenntnis zu setzen. Bei mangelnder Instruktion oder anderweitigen Unklarheiten trifft ihn die Pflicht zur Nachfrage. Übernimmt er die delegierte Aufgabe, trägt er die Verantwortung dafür, dass die Durchführung der Behandlungsmaßnahme entsprechend den Anforderungen erfolgt.

Notkompetenz

Wer ohne Approbation als Arzt Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ ausübt oder im Übrigen ohne eine Erlaubnis berufs- oder gewerbsmäßig Heilkunde ausübt, handelt wegen des Arztvorbehaltes verbotswidrig. Zudem ist die Ausübung von Heilkunde ohne Approbation als Arzt oder sonstige Erlaubnis gemäß § 5 HeilprG strafbar; speziell die Verabreichung von Betäubungsmitteln entgegen § 13 Abs. 1 BtMG ist nach § 29 Abs. 1, Nr. 6, lit. b, 1. Alt. BtMG strafbar. (Wer hingegen eine Behandlungsmaßnahme durchführt, die an ihn delegiert wurde, handelt nicht verwaltungs- oder strafrechtswidrig im vorgenannten Sinne, auch wenn er über keine Approbation als Arzt oder eine sonstige Erlaubnis verfügt. Denn bei Delegation handelt der Durchführende nicht in insgesamt eigenverantwortlicher Ausübung von Heilkunde, sondern wird für den Delegierenden tätig, der gesamtverantwortlich bleibt.) In Notfällen kann aber eine Hilfeleistungspflicht bestehen, die sich rechtlich daraus ergibt, dass sich nach § 323c Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar macht, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist. In diesem Sinne erforderlich ist eine Hilfeleistung, wenn sie geeignet und notwendig ist, um drohende (erstmalige oder weitere) Schäden abzuwenden; nicht mehr erforderlich wäre allein eine von vornherein offensichtlich nutzlose Hilfeleistung, wovon aber regelmäßig nur im Todesfall ausgegangen werden kann (BGH, Urteil vom 10.07.1985, Az. 3 StR 104/85, juris Rn 5; BGHSt 32, 367, Urteil vom 04.07.1984, Az. 3 StR 96/84, juris Rn 36) – dessen zumindest formelle Feststellung aber einem Arzt vorbehalten ist (siehe oben) und von Nichtärzten nur bei sicheren Todeszeichen (Totenflecken, Totenstarre, Leichenfäulnis sowie mit dem Leben nicht vereinbaren Verletzungen) angenommen werden kann. Art und Maß der zu leistenden Hilfe richten sich nicht nur nach der Art des Unglücks, sondern auch nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten des jeweils Hilfspflichtigen (BGH NJW 1983, 350 (351), Urteil vom 26.10.1982, Az. 1 StR 413/82, juris Rn 5). Wer nach seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten wirksamer und rascher helfen kann als ein anderer, ist bis zum Eintreffen geeigneterer Hilfe nach § 323c StGB zur Leistung jeder zumutbaren Hilfe verpflichtet (BGH NJW 1952, 713 (713), Urteil vom 22.04.1952, Az. 1 StR 516/51). Wer eine Garantenstellung für andere innehat – wie z.B. Notfallsanitäter im Rahmen des Rettungsdienstes für ihre Notfallpatienten – kann sich bei Nichtabwendung der Gesundheits- oder Lebensgefahr über § 13 StGB sogar wegen Begehens eines Körperverletzungs- oder Tötungsdeliktes durch Unterlassen strafbar machen; die unterlassene Hilfeleistung tritt dann hinter diesem Begehungsdelikt zurück (BGHSt 3, 65, Urteil vom 10.06.1952, Az. 2 StR 180/52, juris Rn 13; BGHSt 14, 282, Urteil vom 06.05.1960, Az. 4 StR 117/60, juris Rn 9 f.; BGHSt 39, 164, Urteil vom 23.03.1993, Az. 1 StR 21/93, juris Rn 6). Schon das Unterlassen einer Analgesie bei erheblichen Schmerzen kann den Straftatbestand der Körperverletzung durch Unterlassen (§ 13 Abs. 1, § 223 Abs. 1, 1. Alt. StGB) oder der Unterlassenen Hilfeleistung erfüllen (OLG Hamm, NJW 1975, 604 (605), Urteil

vom 06.09.1974, Az. 3 Ss 396/74; OLG Düsseldorf, NJW 1991, 2979 (2979), Beschluss vom 24.06.1991, Az. 5 Ss 206/91 – 68/91 I, juris Rn 17 und 7 ff.; BGH NJW 1995, 3194 (3194), Urteil vom 20.07.1995, Az. 4 StR 129/95, juris Rn 9).

Wer ohne eigene Heilkundeausübungserlaubnis und ohne Delegation die in einem Notfall erforderliche Hilfe durch eine heilkundliche Behandlungsmaßnahme leisten kann, steht folglich sowohl mit als auch ohne Garantenstellung zwischen zwei konfligierenden Straftatbeständen. Dass die Gefahr der Strafverfolgung wegen unerlaubter Ausübung von Heilkunde zur Unzumutbarkeit einer entgegengesetzten Pflicht zur Hilfeleistung aus § 323c Abs. 1 StGB führt, ist zweifelhaft (BGHSt 11, 135, Urteil vom 14.11.1957, Az. 4 StR 532/57, juris Rn 9 und 10 f.; BGHSt 11, 353 = NJW 1958, 957 (957), Urteil vom 01.04.1958, Az. 1 StR 24/58); Ähnliches gilt in Hinblick auf die (Un-) Zumutbarkeit der Erfolgsabwendung im Rahmen von § 13 StGB (BGH, Urteil vom 20.12.1983, Az. 1 StR 746/83, juris Rn 9 und 10). Dass die Strafbarkeiten beider Taten analog dem Bestimmtheitserfordernis für einzelne Straftatbestände aus Art. 103 Abs. 2 GG und § 1 StGB (nullum crimen, nulla poena sine lege certa) entfällt, wurde – soweit ersichtlich – bislang nicht vertreten. Demnach muss der Widerspruch anderweitig aufgelöst werden. Die Kollisionsregel, die der höherrangigen Norm den Vorrang einräumt (lex superior derogat legi inferiori), führt jedoch nicht zur Lösung, da es sich sowohl beim StGB, als auch beim HeilprG und beim BtMG um Bundesgesetze handelt, sie also denselben Rang haben. Bei Normenkollision innerhalb einer Rangstufe der Normenhierarchie geht die jüngere Norm der älteren vor (lex posterior derogat legi priori). Der Straftatbestand aus § 323c Abs. 1 StGB wurde 1935 als § 330c in das StGB eingeführt, 1980 unnummeriert und 2017 ergänzt um einen Abs. 2. § 5 HeilprG wurde 1939 als § 5 Abs. 1 HeilprG normiert und zum 01.01.1975 geändert (aufgeteilt). § 13 StGB ist die zum 01.01.1975 in Kraft getretene Kodifikation des Begehens durch Unterlassen. Der Straftatbestand des § 29 Abs. 1, Nr. 6 BtMG galt in anderer Form bereits seit 1921 mit einem Freiheitsstrafrahmen von bis zu sechs Monaten und seit 1930 mit einem solchen von bis zu drei Jahren; in seiner heutigen Regelungssystematik besteht der Straftatbestand seit dem 01.01.1982 mit einem Freiheitsstrafrahmen von zunächst bis zu vier Jahren und seit dem 22.09.1992 bis zu fünf Jahren. Der Gesetzgeber hat also die älteren Normen immer wieder bestätigt und damit seinen Willen zum Ausdruck gebracht, dass diese Normen unabhängig von ihrem Alter koexistieren sollen. Eine weitere Kollisionsregel besagt schließlich, dass die speziellere Norm der allgemeinen vorgeht (lex specialis derogat legi generali). Die Straftatbestände sind jedoch zu unterschiedlich, um sie insoweit vergleichen zu können. Anders ist dies bei den Schutzgütern der Strafnormen: Die Körperverletzungs- und Tötungsdelikte sollen die körperliche Unversehrtheit und das Leben schützen. Der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung dient dem Schutz der Individualrechtsgüter, allen voran also ebenfalls dem Leben und der körperlichen Unversehrtheit. Und auch der Straftatbestand der unerlaubten Ausübung von Heilkunde bezweckt neben anderen den Schutz der Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit (siehe oben). Letztlich sollen somit dieselben Rechtsgüter sowohl vor Untätigbleiben, als auch vor Tätigwerden geschützt werden. Wohlgemerkt: Dieser Widerspruch besteht nur, aber auch immer dann, wenn die erforderliche Hilfeleistung in einer heilkundlichen Maßnahme besteht. Wer sich in dieser Situation trotz fehlender Berechtigung zur Heilkundeausübung aufgrund seiner tatsächlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Hilfeleistung in Gestalt der heilkundlichen Behandlungsmaßnahme entscheidet und den Straftatbestand des § 5 HeilprG oder des § 29 Abs. 1, Nr. 6 BtMG verwirklicht, kann die Tat jedoch strafrechtlich rechtfertigen. Zwar können die Rechtfertigungsgründe der Einwilligung und der mutmaßlichen Einwilligung hier nicht durchgreifen, da die (mutmaßliche) Einwilligung des Betroffenen nur dann Bedeutung erlangt, wenn er alleiniger Träger des geschützten Rechtsgutes ist (BGHSt 6, 232, Urteil vom 24.06.1954, Az. 4 StR 159/54, juris Rn 8; BGHSt 49, 34, Urteil vom 11.12.2003, Az. 3 StR 120/03, juris Rn 20), was bei § 5 HeilprG und § 29 BtMG nicht der Fall ist, zumal das HeilprG die vorgenannten Rechtsgüter nicht nur im Interesse der Einzelnen, sondern auch im öffentlichen Interesse der Volksgesundheit bzw. nunmehr der Gesundheit der Bevölkerung schützt (§ 2 Abs. 1, lit. i der Ersten Durchführungsverordnung zum HeilprG; BVerfG NJW 2000, 2736 (2736), Beschluss vom 07.08.2000, Az. 1 BvR 254/99, juris Rn 13); dasselbe gilt für § 29 Abs. 1, Nr. 6 in Verbindung mit § 13 Abs. 1 BtMG (BGHSt 64, 69, Urteil vom 30.01.2019, Az. 2 StR 325/17, juris Rn 26). Es greift aber der rechtfertigende Notstand gemäß § 34 StGB. Danach handelt nicht rechtswidrig, wer die Straftat in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder Gesundheit eines anderen begeht, um diese Gefahr abzuwenden, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt und die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden. In diesem Sinne gegenwärtig ist eine Gefahr, wenn ein Zustand besteht, dessen Weiterentwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Eintritt oder zur Intensivierung eines Schadens an geschützten Rechtsgütern führt, falls nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden (BGHSt 61, 202, Beschluss vom 28.06.2016, Az. 1 StR 613/15, juris Rn 8 f.). Eine solch gegenwärtige Gefahr für Leben, Leib oder Gesundheit ist bei einem medizinischer Notfall, von dem hier im Rahmen von § 323c und § 13 StGB ausgegangen wird (siehe oben), gegeben. Ebenso folgt aus der Erforderlichkeit der Hilfeleistung in Gestalt einer heilkundlichen Behandlungsmaßnahme (siehe oben) zugleich, dass die Gefahr im Sinne von § 34 StGB nicht anders abwendbar ist. Bei der Interessenabwägung sind die Rechtsgüter gegenüberzustellen, denen im jeweiligen Fall durch ein Untätigbleiben einerseits und durch das heilkundliche Tätigwerden an-

dererseits Gefahr droht. Dabei kommt dem Leben ein höheres Gewicht zu als der körperlichen Unversehrtheit. Bei Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit fällt auch das Maß der Integritätsverletzung ins Gewicht. Zu berücksichtigen ist auf beiden Seiten auch der Gefährdungsgrad für das jeweilige Rechtsgut. Hierzu zwei Beispiele:

- Entwickelt ein Patient mit allergischer Reaktion einen anaphylaktischen Schock, besteht Lebensgefahr – es drohenden Herz-Kreislauf-Stillstand aufgrund von Volumenmangel und Atemstillstand infolge Bronchospasmus. Die hier vorausgesetzte (siehe oben) Erforderlichkeit einer heilkundlichen Behandlungsmaßnahme in Gestalt einer Arzneimittelapplikation ist gegeben bzw. die Lebensgefahr nicht anders abzuwenden, wenn z.B. Lagerungsmaßnahmen die Situation nicht verbessern und der Betroffene auch nicht mehr in der Lage ist, sich sein Notfallmedikament selbst zu verabreichen. Sofern die Arzneimittelgabe das Leben gefährden kann, ist bei einem Nothelfer, zu dessen Fähigkeiten diese Arzneimittelgabe gehört, der Grad der Lebensgefährdung auf Seiten des Tätigwerdens jedenfalls als gering anzusehen. Die Lebensgefahr durch ein Untätigbleiben überwiegt dann wesentlich die durch ein Tätigwerden drohende Lebensgefahr; die Arzneimittelgabe ist – da sie auch ein angemessenes Mittel zur Gefahrenabwehr ist – gerechtfertigt. Das gilt selbst dann, wenn das Arzneimittel injiziert werden muss und damit auf Seiten des Tätigwerdens zusätzlich eine Verletzung der körperlichen Integrität durch Punktion zu berücksichtigen ist.
- Hat ein Patient infolge einer plötzlichen Aggravation einer Krankheit oder wegen einer Verletzung starke Schmerzen, so ist eine heilkundliche Behandlungsmaßnahme in Gestalt einer Schmerzmittelapplikation erforderlich bzw. die Gefahr der nicht nur unerheblichen Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens (Schutzgut des § 223 Abs. 1, 1. Alt. StGB) nicht anders abzuwenden, wenn die nichtmedikamentöse Abmilderung psychischen und körperlichen Stresses das Schmerzempfinden nicht ausreichend abzuschwächen vermag. Sowohl die Gabe eines Nicht-Opioid-Analgetikums wie Metamizol, als auch die von Opioiden birgt Gesundheits- oder sogar Lebensgefahren. Selbst wenn die Schmerzmittelgabe zu den Fähigkeiten des Nothelfers gehört, wird die durch ein Tätigwerden drohende Gesundheits- oder Lebensgefahr in der Regel nicht oder nicht wesentlich von der bei Untätigbleiben drohenden Gefahr überwogen, sofern nicht durch die Schmerzen ausgelöste sympathische Reaktionen wie Herzfrequenz- und Blutdruckanstieg zusätzliche Gesundheits- oder Lebensgefahr bei Untätigbleiben bedeuten. Die Schmerzmittelgabe wäre also regelmäßig nicht gerechtfertigt.

Sofern die Arznei- oder Betäubungsmittelgabe und damit die Verwirklichung des Straftatbestandes des § 5 HeilprG bzw. des § 29 Abs. 1, Nr. 6, lit. b, 1. Alt. BtMG über § 34 StGB gerechtfertigt ist, besteht nach einer Meinung zugleich eine Pflicht zu dieser Arzneimittelgabe, da ein Unterlassen gegen § 13 oder § 323c StGB verstieße; eine umgekehrte Prüfung der Rechtfertigung des Unterlassens durch § 34 StGB erfolgt nicht, da der Rechtfertigungstatbestand allein auf eine Tatbegehung abstellt, nicht aber auf ein Unterlassen. Vielmehr ist umgekehrt die Unterlassung dieser Behandlungsmaßnahme gerechtfertigt und zugleich Pflicht, wenn sie nicht über § 34 StGB gerechtfertigt ist. Das würde bedeuten, dass eine Behandlungsmaßnahme nur bei weit überwiegender Indikation erfolgen darf, sie aber nicht nur bei Kontraindikation, sondern auch bei lediglich leicht überwiegender Indikation (sowie in unklaren Fällen) nicht erfolgen darf – während ein Arzt die Behandlung bei Indikation vornehmen und bei fehlender Indikation oder Kontraindikation unterlassen darf. Diese Gewichtung, bei der abstrakt gesehen die Unterlassungspflicht den Regelfall und die Handlungspflicht den Ausnahmefall darstellt, erscheint in der vorliegenden Konstellation unstimmig. Verstärkt wird diese Unstimmigkeit durch die Gleichstellung von Unterlassen und Begehen durch § 13 StGB sowie die identischen Strafrahmen bei § 323c StGB und § 5 HeilprG. Tatsächlich passt der von der Rechtsprechung entwickelte und 1975 in § 34 StGB kodifizierte rechtfertigende Notstand auch eher auf die Konstellation, dass derjenige, von dem eine Gefahr abgewendet wird, und derjenige, in dessen Rechte zur Gefahrenabwendung eingegriffen wird, verschiedene Personen sind. (Das ist hier zwar insofern der Fall, als § 5 HeilprG und § 29 BtMG nicht nur die Individualrechtsgüter, sondern auch das Kollektivrechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung schützen. Im Rahmen der Abwägung nach § 34 StGB ist jedoch eine konkrete Betrachtung vorzunehmen.) Für die vorliegende Konstellation, dass Begünstigter und Geschädigter der Gefahrenabwehr dieselbe Person ist (und eine Handlungspflicht mit einer Unterlassungspflicht kollidiert), wird dann auch die Meinung vertreten, dass statt § 34 StGB die rechtfertigende Pflichtenkollision zur Anwendung kommen sollte. Diese ist ein ungeschriebener, aber anerkannter Rechtfertigungsgrund bei miteinander kollidierenden Handlungspflichten und rechtfertigt bei verschiedenen Rechtsgütern den Erhalt des höherwertigen zulasten des geringerwertigen und führt bei gleichwertigen Rechtsgütern zu einem Wahlrecht. Sie würde in der hiesigen Konstellation zu stimmigeren Ergebnissen führen, ist aber für diese Konstellation nicht anerkannt. Auch der Gesetzgeber sieht als Rechtfertigungsgrund nur den rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB als gegeben an (BT-Drs. 17/11689 vom 28.11.2012, S. 21 und 31; BT-Drs. 19/15274 vom 18.11.2019, S. 1 und 8). Die damit einhergehenden unstimmmigen Handlungs- und Handlungsunterlassungspflichten für Nothelfer und der infolge dessen suboptimalen Behandlung ihrer Notfallpatienten sowie die Rechtsunsicherheit für die Nothelfer könnten entweder durch eine Ausnahme von Notfällen vom Arztvorbehalt ähnlich § 4 Abs. 1 S. 2 HebG für die Geburtshilfe beseitigt werden, oder durch ein eigenständiges Heilkundeausübungsrecht für Nothelfer, so wie es jetzt zumindest für Notfallsanitäter geplant ist (siehe oben). Für das übrige nichtärztliche Rettungsdienstfachpersonal und sonstige Nothelfer und bis zur

Verwirklichung des Gesetzgebungsvorhabens auch für Notfallsanitäter bleibt es damit bei der unbefriedigenden strafrechtlichen Rechtfertigungslösung über § 34 StGB. Wegen der Einheit der Rechtsordnung wirkt sich die strafrechtliche Rechtfertigung auch im Verwaltungsrecht in Bezug auf den Verstoß gegen das präventive Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (siehe oben) rechtfertigend aus. Diese Rechtfertigungswirkung wird auch als Notkompetenz (BT-Drs. 11/2275 vom 06.05.1988, S. 9) oder Notfallkompetenz (ebenda, S. 11) bezeichnet.

b) Rechtsverhältnis zum Patienten: Individuelle Berechtigung

Zum anderen ist vor dem Hintergrund der grundrechtlich garantierten Privatautonomie (Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG) sowie des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) eine Berechtigung regelmäßig durch den und ausnahmsweise gegenüber dem jeweiligen Patienten erforderlich.

- So bestand bis zur Aufhebung des Gesetzes über die Pockenschutzimpfung zum 01.07.1983 eine generelle Impfpflicht – also ein Impfzwang – zum Schutz gegen Pocken (zur Verfassungsmäßigkeit BVerwGE 9, 78, Urteil vom 14.07.1959, Az. I C 170.56, juris Rn 18). Seit dem 01.03.2020 besteht gemäß § 20 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Impfpflicht zum Schutz vor Masern für bestimmte Personengruppen, die aber nicht direkt erzwungen werden kann (so auch BT-Drs. 19/13452 vom 23.09.2019, S. 27); es handelt sich somit um eine bloße Obliegenheit. Im Übrigen gibt es die Möglichkeit zur Einführung einer Impfpflicht bei besonderen Umständen nach § 20 Abs. 6 und 7 IfSG. Hier resultiert die Berechtigung gegenüber dem Patienten bei einem echten Impfzwang aus einem öffentlichrechtlichen Verhältnis. Darüber hinaus liegt auch dann ein öffentlichrechtliches Behandlungsverhältnis zugrunde, wenn sich ein Patient freiwillig einer staatlichen Schutzimpfung durch einen Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterzieht (BGHZ 126, 386, Urteil vom 07.07.1994, Az. III ZR 52/93, juris Rn 5).
- Nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen und ähnlichen Gesetzen der Bundesländer sind unter bestimmten Voraussetzungen (Zwangs-) Behandlungen gegen den natürlichen Willen des Patienten möglich. Auch hier ist das Rechtsverhältnis, aus dem sich die Berechtigung gegenüber dem Patienten ergibt, öffentlichrechtlicher Art (BGH NVwZ 2013, 454 (455), Urteil vom 22.11.2012, Az. III ZR 150/12, juris Rn 13). Darüber hinaus liegt auch dann ein öffentlichrechtliches Behandlungsverhältnis zugrunde, wenn sich ein Patient freiwillig einer Behandlung in einer geschlossenen staatlichen Behandlungseinrichtung unterzieht (BGH NJW 2008, 1444 (1444 f.), Beschluss vom 31.01.2008, Az. III ZR 186/06, juris Rn 4 f.).
- Soweit nicht öffentlichrechtlich ausgestaltet, wird sich die Berechtigung zumeist aus einem zwischen Behandelndem und Patienten geschlossenen privatrechtlichen Behandlungsvertrag – seit 2013 normiert in § 630a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) – ergeben. Der Vertragsschluss kann schriftlich oder mündlich oder durch schlüssiges Verhalten erfolgen. Im Rahmen eines solchen Behandlungsvertragsverhältnisses ist der Behandelnde gemäß § 630d Abs. 1 S. 1 BGB vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen, welche wiederum ausdrücklich oder durch schlüssiges Verhalten erfolgen kann. Unter dieses Einwilligungserfordernis fallen alle Arzneimittelgaben unabhängig von der Applikationsform. Für Notfälle mit bewusstlosen oder anderweitig nicht einwilligungsfähigen Patienten gibt es eine Regelung in § 630d Abs. 1 S. 4 BGB, derzufolge eine unaufschiebbare Maßnahme dann, wenn eine Einwilligung für sie nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, ohne Einwilligung durchgeführt werden darf, falls sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Bleibt es beim Erfordernis der Einwilligung, so setzt deren Wirksamkeit gemäß § 630d Abs. 2 BGB grundsätzlich die in § 630e BGB näher geregelte Aufklärung des Patienten voraus. Danach muss die Aufklärung z.B. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt (§ 630e Abs. 2 S. 1, Nr. 1 BGB) und für den Patienten verständlich sein (Nr. 3). Aufzuklären ist nach § 630e Abs. 1 S. 1 und 2 BGB über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände, insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.
- Besteht keine Berechtigung gegenüber dem Patienten und kommt es wie etwa in einem Notfall, bei dem der Patient bei Eintreffen des Behandelnden bereits bewusstlos ist, auch nicht zum Abschluss eines Behandlungsvertrages, kann sich die Berechtigung gegenüber dem Patienten aus dem (gegebenenfalls öffentlichrechtlichen) Rechtsinstitut der Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß (oder analog) §§ 677 ff. BGB ergeben. Ganz ähnlich wie im Rahmen eines Behandlungsvertrages muss der Behandelnde die Behandlung so durchführen, wie es das Interesse des Patienten mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen erfordert, § 677 BGB.

Aufseiten des Behandelnden am Rechtsverhältnis beteiligt, also aus dem Rechtsverhältnis gegenüber dem Patienten berechtigt und verpflichtet, ist entweder der Behandelnde persönlich (z.B. ein niedergelassener Arzt) oder derjenige, für den der persönlich Behandelnde tätig wird (beispielsweise ein Krankenträger oder der Träger eines Rettungsdienstes).

Aus den Berechtigungen kann sich zugleich die tatsächliche oder mutmaßliche Einwilligung zur Rechtfertigung einer strafbewehrten Verletzung von Individualrechtsgütern des Patienten (z.B. einer Körperverletzung durch Punktion) ergeben. Bei Körperverletzungen ist § 228 StGB zu berücksichtigen.

4. Haftung auf Schadensersatz, Entschädigung

Neben die strafrechtliche Haftung tritt die meist privatrechtliche Haftung des Behandelnden (des Behandelnden persönlich oder desjenigen, für den er tätig geworden ist) auf Schadensersatz für pflichtwidrig unterlassene Behandlungen, Behandlungsfehler oder unberechtigte Behandlungen. Der Schadensersatzanspruch kann seine Grundlage im Behandlungsvertrag, dem gesetzlichen Schuldverhältnis der Geschäftsführung ohne Auftrag und dem gesetzlichen Schuldverhältnis der unerlaubten Handlung (z.B. § 823 Abs. 1 BGB; § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit Strafrecht; § 831 BGB) haben. Bei Amtsärzten, Notärzten und Rettungsdienstfachpersonal im öffentlichen Rettungsdienst sowie anderen Amtsträgern, die in Ausübung eines ihnen anvertrauten öffentlichen Amtes eine Amtspflicht verletzt haben, kommt ein Schadensersatzanspruch gegen den staatlichen Rechtsträger, in dessen Dienst der Amtsträger steht, aus der Amts- bzw. Staatshaftung gemäß § 839 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG in Betracht (speziell zum Rettungsdienst BGHZ 213, 270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 9 mit weiteren Nachweisen).

Bei Impfschäden kann nach § 60 IfSG ein öffentlichrechtlicher Anspruch auf Entschädigung gegen das nach § 66 Abs. 2 IfSG zu bestimmende Bundesland bestehen.

5. Kostentragung, Aufwendungsersatz

Die Behandlungskosten hat grundsätzlich der Patient zu tragen, etwa als privatrechtliche Vergütung aus einem Behandlungsvertrag (§ 630a Abs. 1 BGB, § 630b in Verbindung mit § 612 Abs. 1 und 2 BGB) oder als öffentlichrechtliche Benutzungsgebühr aufgrund der Inanspruchnahme einer öffentlichen Einrichtung wie dem öffentlichen Rettungsdienst. Häufig wird statt des Patienten aber die gesetzliche Krankenversicherung in Gestalt der gesetzlichen Krankenkassen und/oder die gesetzliche Unfallversicherung in Gestalt ihrer Träger die Kosten zu tragen haben. Ansonsten kommt ein öffentlichrechtlicher Anspruch des Arztes, Krankenhausträgers oder Nothelfers auf Erstattung seiner Aufwendungen gegen den zuständigen Sozialleistungsträger gemäß oder analog § 25 Sozialgesetzbuch (SGB) XII oder den Asylbewerberleistungsträger gemäß § 6a Asylbewerberleistungsgesetz in Betracht. Schlichte Nothelfer im Sinne von § 2 Abs. 1, Nr. 13, lit. a in Verbindung mit § 135 SGB VII können, soweit kein anderweitiger öffentlichrechtlicher Ersatzanspruch besteht, nach § 13 Satz 1 SGB VII einen öffentlichrechtlichen Anspruch auf Aufwendungsersatz gegen den staatlichen Unfallversicherungsträger haben.