

**Klinik für Anaesthesiologie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. E. Kochs)**

**Rechtliche Überlegungen zum Bayrischen Rettungsdienstgesetz
vom
10.08.1990 und 08.01.1998**

Alexander Ey

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation: 1. Honorarprofessor. Dr. jur. G.H. Schlund
2. Univ.-Prof. Dr. E. Kochs

Die Dissertation wurde am 18.01.2002 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 08.05.2002 angenommen.

Meinen Eltern gewidmet.

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

a.a.O.	am angegebenen Ort
AcP	Allgemeine civilistische Praxis
AG	Amtsgericht
AgbN	Arbeitsgemeinschaft bayrischer Notärzte
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
BÄK	Bundesärztekammer
Bayr.RDG	Bayrisches Rettungsdienstgesetz
BBG	Bundesbeamtengesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Bundesgerichtshof für Strafsachen
BT Drucks.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
DIVI.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DNotZ	Deutsche Notarzt Zeitung
DÖV	Die öffentliche Verwaltung
EGV	Europäischer Einigungsvertrag
EKG	Elektrokardiogramm
EuGH	Europäischer Gerichtshof

GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
GKV NOG	Gesetzliches Krankenversicherungs- Neuordnungsgesetz
GOA	Geschäftsführung ohne Auftrag
GVBl.	Gesetz und Verordnungsblatt
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
Hdb.	Handbuch
HPG	Heilpraktikergesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
JZ	Juristenzeitung
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LT Drs.	Landtagsdrucksache
MedR.	Medizin Recht
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
NAW	Notarzwagen
NdsRPfl	Niedersächsischer Rechtspfleger
NJW	Neue juristische Wochenschrift
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht
NWVBl.	Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter
PbefG	Personenbeförderungsgesetz
PbefGEignungsVO	Personenbeförderungsgesetz Eignungs-Verordnung
RDG	Rettungsdienst
RetAssG	Rettungsassistentengesetz

RetAssAPrv	Ausbildungs- u. Prüfungsverordnung f. Rettungsassistenten
RGBl.	Reichsgesetzblatt
Rndr.	Randnummer
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StVO	Straßenverkehrsordnung
StVG	Straßenverkehrsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung

Inhaltsverzeichnis

VERZEICHNIS DER VERWENDETEN ABKÜRZUNGEN	3
INHALTSVERZEICHNIS	6
1. EINLEITUNG	9
1.1. Untersuchungsinteresse	10
1.2. Gang der Untersuchung	11
1.3. Zahlenmaterial zu Notfalleinsätzen	12
2. DAS BAYRISCHE RETTUNGSDIENSTGESETZ	14
2.1. Wichtige Inhalte des Bayrischen Rettungsdienstgesetzes	17
2.1.1. Notfallrettung	17
2.1.2. Krankentransport	18
2.1.3. Genehmigung	19
2.2. Vergleich der Fassungen vom 10.08.1990 und vom 06.01.1998	20
2.2.1. Anzustrebende Lösung der Novellierung durch organisatorische und strukturelle Änderungen	20
2.2.2. Organisatorische Änderungen	21
2.2.3. Strukturelle Veränderungen in der Notfallrettung	22
2.2.4. Strukturelle Veränderungen im Krankentransport	23
2.2.5. Strukturelle Veränderungen in der Luftrettung und dem Intensivtransport	24
2.2.6. Strukturelle Veränderungen im Notarztdienst	24
2.3. Ausgewählte Problemkreise aus dem Bayr.RDG	26
2.3.1. Private im Rettungsdienst	26
2.3.1.1. Problemstellung	26
2.3.1.2. Ansprüche auf Beteiligung am öffentlichen Rettungsdienst	27
2.3.1.3. Ansprüche auf Genehmigung als privater Rettungsdienst-unternehmer neben dem öffentlichen Rettungsdienst	28

2.3.1.4.	Schutzbereich und Eingriff	29
2.3.1.5.	Berufsausübung und Berufswahlregelungen	30
2.3.1.6.	Anforderungen an den Genehmigungsinhaber Art. 7 I, Bayr.RDG	30
2.3.1.7.	Funktionsschutzklausel Art. 7 III Bayr.RDG	31
2.3.1.8.	Geeignetheit	31
2.3.1.9.	Erforderlichkeit	31
2.3.1.10.	Sicherstellungsverpflichtung	31
2.3.1.11.	Einsatz von Steuermitteln	32
2.3.1.12.	Ergebnis	33
2.3.2.	Haftung Privater im Rettungsdienst	33
2.3.3.	Organisationsverschulden	34
2.3.3.1.	Haftung aus Vertrag	34
2.3.3.2.	Haftung für Erfüllungsgehilfen	35
2.3.3.3.	Haftung für Verrichtungsgehilfen	36
2.3.3.4.	Gefährdungshaftung	37
2.3.4.	Europäisches Gemeinschaftsrecht	38
2.3.5.	Problematik der Art. 12, 28 Bayr. RDG	38
2.3.5.1.	Qualifikationen von Rettungsassistenten	39
2.3.5.2.	Problematik der Defibrillation durch nichtärztliches Personal	41
2.3.5.3.	Erfordernis der Defibrillation durch nichtärztliches Personal	41
2.3.5.4.	Zusammenfassung und Ausblick	47
2.3.5.5.	Haftungsfragen im Bereich des nichtärztlichen Personals	47
2.3.5.6.	Die Strafrechtliche Verantwortlichkeit	47
2.3.5.6.1	Unterlassene Hilfeleistung §323c StGB	48
2.3.5.6.2	Garantenstellung	49
2.3.5.6.3	Verschulden bei der Übernahme und Fehlbehandlung	50
2.3.5.7.	Zivilrechtliche Haftung	50
2.3.5.8.	Sorgfaltspflichten	51
2.3.5.9.	Haftung aus Vertrag und Geschäftsführung ohne Auftrag	51
2.3.5.10.	Haftung aus unerlaubter Handlung	52

2.3.6.	Der Notarzdienst Art. 21 Bayr.RDG	53
2.3.6.1.	Abgrenzung zum Notdienst der kassenärztlichen Vereinigung	54
2.3.6.2.	Der Notarzt im Rettungsdienst	55
2.3.6.3.	Überschneidungen der Dienste	56
2.3.6.4.	Rettungs- und Notarzdienst in Bayern	56
2.3.6.5.	Haftung von Notärzten	57
2.3.6.6.	Anwendbarkeit von §839 BGB	57
2.3.6.7.	Ausübung eines öffentlichen Amtes	57
2.3.6.8.	Zusammenfassendes Ergebnis zur hoheitlichen Tätigkeit	60
2.3.6.9.	Notarzt als Beamter im Sinne des §839 Abs.1 S.1 BGB	61
2.3.6.10.	Amtspflichtverletzung und Drittbezogenheit der Amtspflicht	62
2.3.6.11.	Rechtswidrigkeit	62
2.3.6.12.	Verschulden	62
2.3.6.13.	Zusammenfassung	64
2.3.7.	Der Fachkundenachweis Rettungsdienst	64
2.3.8.	Erprobung ärztlicher Leiter	68
2.3.8.1.	Einleitung	68
2.3.8.2.	Grundlagen des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst	68
2.3.8.3.	Zielsetzung und Durchführung der Einführung Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	69
2.3.8.4.	Zusammenfassung	71
3.	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	72
	LITERATURVERZEICHNIS	74
	DANKSAGUNG	88
	LEBENS LAUF	89

1. Einleitung

Das Rettungswesen ist die Gesamtheit der Maßnahmen und Einrichtungen zur Not- und Hilfeleistung bei Katastrophen, Krankheiten, Not- und Unglücksfällen. Es fällt in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer, welche durch die Verabschiedung der jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze ausnahmslos von der Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht haben.

In den Rettungsdienstgesetzen werden Aufgaben und Trägerschaft des Rettungswesens geregelt und ganz oder teilweise den kommunalen Gebietskörperschaften und privaten Hilfsorganisationen übertragen.

Die privaten und öffentlichen Organisationen wirken heute zusammen, so daß eine Erstversorgung von der Bergung bis zur endgültigen Versorgung des Notfallpatienten gewährleistet ist.

Die Rettungsdienstgesetze der Länder haben seit ihrer Einführung zu einer Neuorganisation im gesamten Rettungswesen geführt. So kam es durch die Neufassung der Rettungsdienstgesetze auch dazu, daß durch die Vielzahl der Neueinrichtungen von Rettungs- und Notarztdiensten eine heute annähernd flächendeckende Versorgung im Rettungswesen des gesamten Bundesgebietes gegeben ist.

Die Rettungsdienstgesetze dienen den am Rettungs- und Notarztdienst beteiligten Organisationen als rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit. Gleichzeitig bieten die Rettungsdienstgesetze durch ihre Novellierungen auch immer eine Richtlinie für die Optimierung und Weiterentwicklung der Organisationen.

Den am Rettungsdienst beteiligten Personen dienen die Rettungsdienstgesetze als Ratgeber für Fragen, die sich im Zusammenhang mit ihrer rettungs- und notarztdienstlichen Tätigkeit ergeben.

Zur notarztdienstlichen Tätigkeit ist an dieser Stelle zu bemerken, daß es eine planmäßige Beteiligung von Ärzten am Rettungsdienst erst seit 1957 gibt. Damals wurden zeitgleich in Köln und Heidelberg die Modelle „Notarzt im Rettungsdienst“ eingeführt.

Im Rahmen dieser Vorüberlegungen soll im Folgenden das Bayrische Rettungsdienstgesetz aus medizinischer und juristischer Sicht in einigen Punkten untersucht werden.

1.1. Untersuchungsinteresse

Die Anforderungen an die Rettungsdienste wurden im Laufe der Zeit immer höher, da eine ansteigende Verkehrsdichte, vermehrt auftretende Zivilisationskrankheiten und eine zunehmende Technisierung immer neue und kompliziertere Rettungseinsätze erforderten [115].

Das Bayrische Rettungsdienstgesetz (Bayr.RDG) wurde mit Wirkung zum 08. Januar 1998 geändert. Diese Änderung wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht.

Die Rettungsdienstgesetze liegen in der Gesetzgebungskompetenz der Länder und wurden bisher selten untersucht. Aufgabe dieser Dissertation war es, zu prüfen, ob die gesetzlichen Vorschriften des Bayr.RDG den Anforderungen der landesweit immerhin 258.243 (1998) jährlichen Notarzteinsätze genügen [171]. Gleichzeitig galt es, aus medizinischer und juristischer Sicht zu beurteilen, ob die Rechtssätze auch den immerhin 30 % der bundesweiten Einsätze, also 1,8 Mio. Fälle jährlich, genügen, in denen sich ein Mensch in akuter Lebensgefahr befindet [50].

Die Zahl der Notarzteinsätze nahm allerdings ständig zu. So war 1997 bis 1998 eine Zunahme von Einsätzen in Bayern von 7,2 % zu verzeichnen [171]. Unter diesem Gesichtspunkt erschien eine Erörterung, inwieweit die gesetzlichen Anforderungen den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen, angebracht.

1.2. Gang der Untersuchung

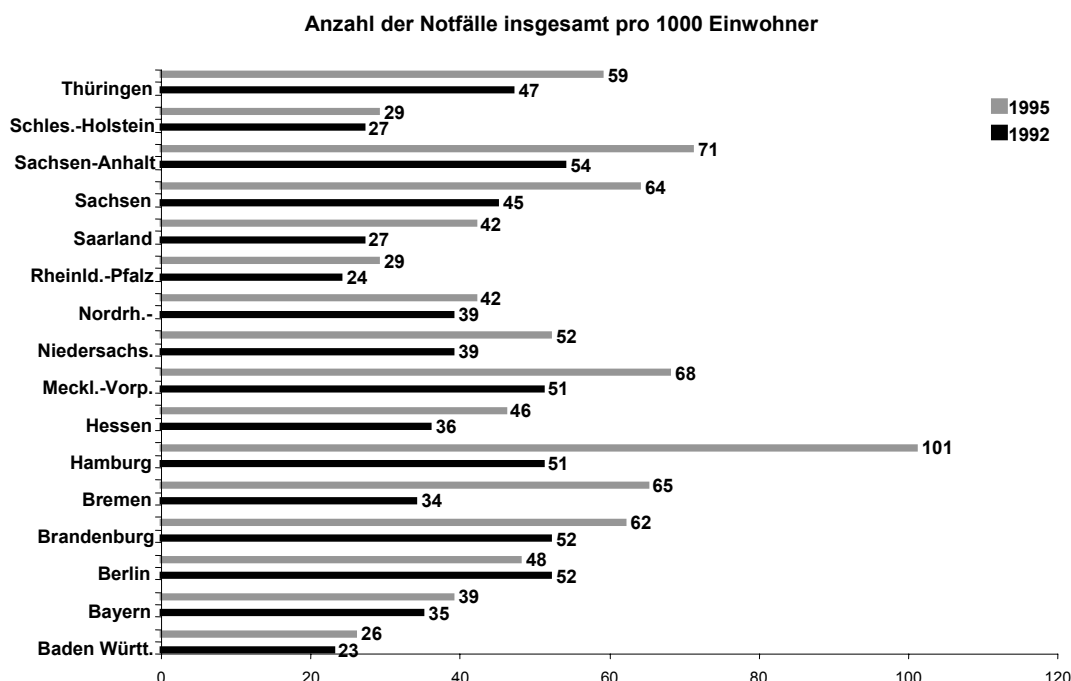
Zunächst galt es, den Inhalt des Bayr.RDG darzustellen und rechtlich zu qualifizieren. Zusätzlich wurden die Fassungen vom 08.01.1998 und 10.08.1990 gegenübergestellt und rechtlich qualifiziert.

Im Hauptteil der Untersuchung wurden besondere Probleme des Bayr.RDG, insbesondere die Vorschriften der Art. 3,12,21 und 32 untersucht und bewertet.

1.3. Zahlenmaterial zu Notfalleinsätzen

Das „Institut für Rettungsdienst“ führte in den Jahren 1993 und 1996 empirische Erhebungen zur notärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland durch [116]. Diese Untersuchungen sollten anhand einer umfassenden Bestands- und Strukturanalyse zum einen den Status Quo der notärztlichen Versorgung und zum anderen die entsprechenden Entwicklungstendenzen, sowie die sich ergebenden Konsequenzen und Perspektiven darstellen.

Anhand dieser Analysen ließen sich die Situationen in den einzelnen Bundesländern und eventuelle Handlungserfordernisse ablesen. Das Notfalleinsatzaufkommen stieg in den Jahren 1992 bis 1995 beträchtlich an. Insgesamt nahm die Anzahl der Notfälle von 28 (je 1000 Einwohner pro Jahr) im Jahr 1992, auf 46 (je 1000 Einwohner pro Jahr) im Jahr 1995 zu. Eine Notarztanforderung bestand in drei von acht Fällen, so daß bei fast 40 % der Notfalleinsätze ein Notarzt angefordert wurde.



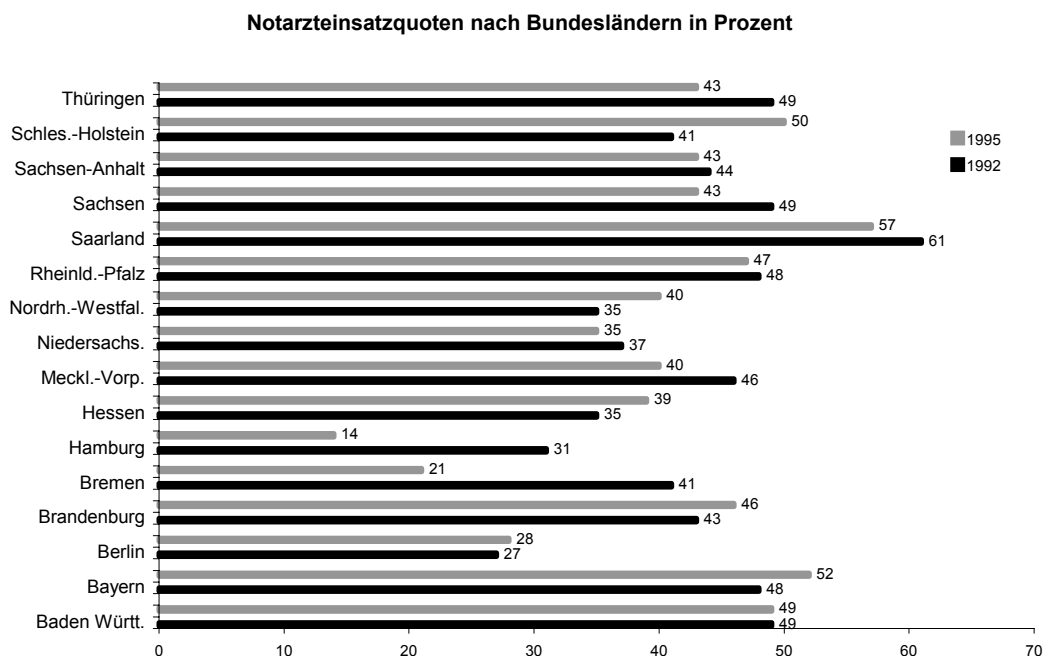
Man kann nicht davon ausgehen, daß die Zahl der Unglücksfälle so rasant angestiegen ist. Es stellt sich also die Frage, welche Ursachen zu diesem Anstieg geführt haben.

Für den Anstieg der Notarzteinsätze kommen mehrere Ursachen in Betracht:

- Bei der Meldungsannahme wurden vermehrt Einsätze als Notfälle eingestuft, die bisher den Krankentransporten zugeordnet wurden [167].
- Ältere Menschen nehmen den Rettungsdienst vermehrt in Anspruch [167].
- Der Rettungsdienst wird zunehmend als Ersatz für den Hausarzt genutzt, weil der Rettungsdienst immer schnell verfügbar ist [167].
- Die Verzahnung zwischen den Elementen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise den Rettungsleitstellen und den kassenärztlichen Notfalldiensten, ist mangelhaft. Auf diese Problematik wird im Folgenden noch eingegangen.
- Es wird vermutet, daß gegebenenfalls strukturelle und organisatorische Ursachen das gestiegene Notfalleinsatzaufkommen bedingen [167].

Neben diesem Anstieg im Notfalleinsatzaufkommen war auffallend, daß die Notarzteinsatzquoten in den einzelnen Bundesländern stark differierten.

1992 lagen diese Quoten zwischen 27 und 61 % und 1995 zwischen 14 und 57%.



2. Das Bayrische Rettungsdienstgesetz

Das Bayrische Rettungsdienstgesetz hat sich, wie auch die anderen Landesrettungsdienstgesetze, aus dem politischen Willen zur Regelung der einzelnen Problemkreise des Rettungswesens entwickelt.

Ursprünglich war das Rettungswesen, im Gegensatz zum militärischen Sanitäts- und Rettungswesen, ausschließlich durch den Einsatz von Privatleuten, also in erster Linie karitativer Einrichtungen, gewährleistet.

Die ersten institutionellen Ansätze traten Ende des 18. Jahrhunderts auf.

Gesetzliche Regelungen im Bereich des Gesundheitswesens traten 1883/84 mit der Einführung der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung in Kraft.

1885 bildete sich in Kassel der deutsche Samariterbund als Zusammenschluß lokaler Samaritervereine. Die Grundlage für ein organisiertes Rettungswesen war somit geschaffen.

Erste rettungsdienstliche Gesetzgebungen waren die 1912 vom Reichsgesundheitsrat erlassenen „Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens“. In diesen Grundsätzen waren bereits die ersten Regelungen für die organisatorische Durchführung, die Ausrüstung und die Ausbildung im Rettungswesen festgelegt [72].

Nach dem Ende des 1. Weltkrieges war eine erneute Umstrukturierung durch das Verbot der Zusammenarbeit des Roten Kreuzes mit der Wehrmacht, das der Versailler Vertrag vorsah, erforderlich geworden. Das Rote Kreuz entwickelte in der Folgezeit verstärkte Aktivitäten im zivilen Sektor des Rettungswesens und wurde so, neben einigen privaten Vereinigungen, eine der Säulen des deutschen Rettungswesens.

Neben den karitativen privaten Vereinigungen übernahmen nun auch erstmals die Berufsfeuerwehren einen Teil des Rettungswesens. Der Staat zog sich allerdings schon 1942 aufgrund der kriegsbedingten Überlastung der Feuerwehren wieder aus dem zivilen Rettungswesen zurück.

Die ausschließliche Zuständigkeit für das zivile Rettungswesen wurde dem Deutschen Roten Kreuz mittels „Führererlaß“ übertragen [91].

Eine eigenständige Entwicklung ist in Bayern erstmals nach dem Ende des 2. Weltkrieges zu beobachten gewesen. Die 4 Besatzungsmächte verfolgten unterschiedliche Konzeptionen. In der französischen und amerikanischen Besatzungszone verblieb die Durchführung des Rettungswesens in der Zuständigkeit des Deutschen Roten Kreuzes. Später gesellten sich verstärkt auch andere Hilfsorganisationen hinzu.

Der Anstoß für einen planmäßigen Aufbau eines öffentlichen Rettungswesens wurde durch die steigenden Verkehrsunfallopferzahlen gegeben, die die Massentourisierung der sechziger Jahre mit sich brachte.

Gesetzliche Grundlagen gab es allerdings noch keine. So wurde erst 1974 durch das Rehabilitationsausgleichsgesetz die Verpflichtung der Krankenkassen zur Übernahme der Kosten des rettungsdienstlichen Einsatzes geregelt [heute §60 SGB V] [89].

Nachdem der politische Wille zur Regelung der rettungsdienstlichen Einsätze da war, erließen die Länder aufgrund Ihrer Zuständigkeit aus Art. 30, 70 GG die Rettungsdienstgesetze. Somit kam es in Bayern zum ersten Gesetz über den Rettungsdienst vom 11.01.1974 [GVBl. S. 1]

Das Gesetz über den Rettungsdienst war in erster Linie ein reines Organisationsgesetz [138]. Dies bedeutet, daß die Regelungen keinen gestaltenden Einfluß auf die rettungsdienstliche Tätigkeit hatten, sondern vielmehr nachvollziehend, die Gegebenheiten des Rettungsdienstes gesetzlich normierend, waren.

Zu Beginn der achtziger Jahre kam es vermehrt zu Aktivitäten privater Unternehmer, die gewinnorientierte Unternehmen im Rettungswesen betrieben. Durch diese Aktivitäten traten vermehrt materielle Schwachpunkte des Rettungsdienstgesetzes zutage. Gem. §§1, 13, 46 Abs. I Nr.3, 49 Abs. IV PbefG 1961 hatte jeder Unternehmer den Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb von Notfallrettung und Krankentransport, soweit er zuverlässig und sachkundig war [162].

Den besonderen Anforderungen des Rettungsdienstgesetzes, denen der öffentliche Rettungsdienst unterlag, mußte der Unternehmer nicht entsprechen.

Dies führte dazu, daß private Unternehmer rettungsdienstliche Leistungen erheblich kostengünstiger anbieten konnten als die öffentlichen Rettungsdienste. Die öffentlichen Rettungsdienstunternehmer konnten diese Preisvorgaben ohne Quali-

tätsverlust der Leistung nicht erreichen. Dadurch kam es zu Boykotten der öffentlichen Rettungsdienste.

Diese Situation führte dazu, daß die Krankenförderung am 01.01.1992 ganz aus dem Anwendungsbereich des Personenbeförderungsgesetzes herausgenommen wurde.

Dies machte eine Novellierung der Rettungsdienstgesetze erforderlich. So kam es am 10. 08.1990 zu einer Neuregelung des Bayrischen Rettungsdienstgesetzes.

2.1. Wichtige Inhalte des Bayrischen Rettungsdienstgesetzes

Das Bayrische Rettungsdienstgesetz (Bayr.RDG) regelt im Wesentlichen die flächendeckende Sicherstellung von Notfallrettung und Krankentransport. Die Sicherstellung ist Aufgabe der in 26 Rettungszweckverbänden zusammengeschlossenen 71 Landkreise und 25 kreisfreien Gemeinden.

Zuständig für die gesamte Führung aller Notfallrettungsmittel, einschließlich der Krankentransporte mit Hubschraubern, sind die Rettungsleitstellen. Den Rettungsleitstellen sind auch am Rettungsdienst mitwirkende private Rettungsdienstunternehmer untergeordnet.

Private Unternehmer, die als Rettungsdienstunternehmer tätig sein wollen, können neben den öffentlichen Rettungsdiensten am Krankentransport teilnehmen. Die Tätigkeit als Rettungsdienstunternehmer bedarf aber, gemäß Art. 3 Bayr.RDG, der Genehmigung.

Auch die Intensivtransporte sind rechtlich der Notfallrettung zuzuordnen. Zur Sicherstellung eines flächendeckenden Notarztnetzes dient in Bayern das Notarztssystem, für das die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Rettungszweckverbände zuständig sind. Für die Bereitstellung der Notärzte sind die Mitglieder der Rettungszweckverbände mitverantwortlich.

Um die Effizienz des Rettungsdienstes zu verbessern, gibt es Dokumentationspflichten und die Erprobung des ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD).

Im ersten Abschnitt des Bayr.RDG finden sich die allgemeinen Regelungen über Notfallrettung und Krankentransport. In diesem Abschnitt werden die das ganze Gesetz durchlaufenden Begriffe bestimmt und die für das gesamte Gesetz wichtigen Regelungen getroffen.

2.1.1. Notfallrettung

Gegenstand der Notfallrettung ist es, das Leben oder die Gesundheit von Notfallpatienten zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter fachgerechter

Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern [176].

Notfallpatient im Sinne des Art. 2 I,III ist, wer sich infolge Erkrankung, Verletzung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befindet [112,140]. Weiterhin von der Definition des Notfallpatienten betroffen ist, wer sich in einer Gefahr befindet, die schwere gesundheitliche Schäden nach sich ziehen könnte [112,140].

In die Notfallrettung muß aber auch der sogenannte Sekundärtransport mit einbezogen werden [138]. Dies bedeutet, daß ein Notfallpatient, der nach seiner Erstversorgung in ein ungeeignetes Krankenhaus (weil keine geeigneten Einrichtungen oder Kapazitäten zur Verfügung stehen) befördert wird, im Rahmen der Notfallrettung in eine geeignete Einrichtung weiterbefördert wird [112,136].

Auch die Situationen, die in einer Versorgungseinrichtung entstehen können, wie z.B. die eintretende Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung, müssen im Rahmen der Notfallrettung behoben werden können, so daß auch diese Transporte dem Bereich der Notfallrettung zuzuordnen sind [112,136].

Notfallpatienten sind solche Kranken oder Verletzten, die sich in Lebensgefahr befinden, oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend geeignete medizinische Hilfe erhalten [112,136].

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß dann eine Notfallrettungsaufgabe vorliegt, wenn eine sofortige medizinische Behandlung erforderlich ist.

2.1.2. Krankentransport

Der Krankentransport ist als qualitativ weniger aufwendigerer Regelungsbereich des Bayr.RDG von der Notfallrettung abzugrenzen. Krankentransporte sind solche Transporte, bei denen jemand, ohne Notfallpatient zu sein, hilfsbedürftig ist und fachgerechter Betreuung bedarf (Art. 2 III Bayr.RDG). Ein Transport wird somit schon dann zum Krankentransport, wenn der Patient eine Trage oder einen Tragstuhl benötigt [170,138].

Für die Krankentransporte ist somit lediglich eine geringe medizinische Ausstattung erforderlich [75].

2.1.3. Genehmigung

Der Genehmigung gemäß Art. 3 Bayr.RDG bedarf, wer Notfallrettung oder Krankentransport betreibt (Art. 3 I Bayr.RDG).

Ausgenommen sind lediglich solche Unternehmungen, die hoheitliche Tätigkeiten betreffen, die in der Erfüllung hoheitlicher Aufgaben liegen (Art. 3 II Nr.1 Bayr.RDG), oder aber Fälle, in denen die eingesetzten Fahrzeuge lediglich für den Katastrophenfall oder den allgemeinen Sanitätsdienst genutzt werden (Art. 3 II Nr. 2 Bayr.RDG). Die Vorschrift des Art. 3 II Nr.2 Bayr.RDG bedeutet aber keinesfalls, daß Fahrzeuge bei entsprechender Widmung generell Notfallrettung und Krankentransport genehmigungsfrei betreiben dürfen. Vielmehr dürfen sie lediglich im Katastrophenfall oder im allgemeinen Sanitätsdienst genehmigungsfrei genutzt werden. Alle übrigen Einsatzgebiete bedürfen der Genehmigung [140].

2.2. Vergleich der Fassungen vom 10.08.1990 und vom 06.01.1998

Das zunehmende Engagement privater Unternehmer im Rettungsdienst, die dem traditionellen Rettungsdienst Konkurrenz machen, machte eine Novellierung des Gesetzes notwendig [112,134]. So kam es in der Vergangenheit immer wieder zu Situationen, in denen die wirtschaftliche Konkurrenzsituation die optimale Patientenversorgung gefährdete. Einsätze wurden trotz der gegebenen Erfordernis nicht abgegeben, oder aber, es kamen aufgrund unterschiedlicher Meldewege mehrere Einsatzmittel zum selben Notfall [112,135]. Diese wechselseitige Nichtabgabe von Einsätzen war immer wieder Gegenstand von strafrechtlichen Verfahren [1]. Gleichzeitig sind im Laufe der Jahre strukturelle Probleme aufgetreten, die eine Novellierung erforderlich machten.

Die Erforderlichkeit einer Novellierung beruhte vor allem darauf, daß das Bayr.RDG in der Fassung vom 10.08.1990 im Wesentlichen die Bestimmungen des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 10.01.1974 übernahm und diese um die Zulassungsvoraussetzungen und Betriebsvorschriften der im Krankentransport und in der Notfallrettung tätigen Unternehmen ergänzte.

Im Weiteren führte die Herausnahme des Notarztdienstes aus der Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung durch das 2. GKV-NOG dazu, daß die bayrische Konzeption der gemeinsamen Sicherstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Rettungszweckverbände, ihre rechtliche Grundlage verlor.

2.2.1. Anzustrebende Lösung der Novellierung durch organisatorische und strukturelle Änderungen

Um die Eingangs unter 2.2 geschilderten Probleme zu beheben, bedurfte es in der gesamten Organisation des Krankentransportes sowie der Notfallrettung einer Anpassung an die tatsächlich veränderte Sachlage. Es war erforderlich, daß das Engagement privater Unternehmer nicht mehr zu Unregelmäßigkeiten in der

Durchführung des Rettungsdienstes führen konnte. Dies erforderte eine Integration der privaten Unternehmer in den öffentlichen Rettungsdienst.

Auch die Problematik der Intensivpatienten sollte im Zuge der Novellierung gelöst werden, da der Intensivtransport nicht unter die Definition des Notfallpatienten zu subsumieren war.

Zusätzlich mußte die zentrale Koordination der Rettungseinsätze neu geregelt werden, da die Vielzahl der Einsatzzentralen zu einer suboptimalen Patientenversorgung beitrug.

2.2.2. Organisatorische Änderungen

Im Grundsatz blieben die Bereiche der Notfallrettung und des Krankentransportes unverändert, und zwar so, daß die Sicherstellung derselben auch weiterhin eine öffentliche Aufgabe der Daseins- und Gesundheitsvorsorge, sowie der Gefahrenabwehr blieb. Diese obliegen somit auch als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises den Landkreisen und den kreisfreien Gemeinden im Zusammenschluß zu Rettungszweckverbänden (Art 18, I, II Bayr.RDG) [134].

Die Regelungsbereiche der Notfallrettung haben sich dahingehend geändert, daß sie nach der Novelle ausschließlich öffentliche Aufgabe sind. Bereits tätige Rettungsdienstunternehmer wurden somit in den Rettungsdienst integriert, so daß die gesetzlichen Vorgaben Anwendung finden konnten. Sollte die Integration nach Maßgabe des Bayr.RDG nicht stattfinden, könnten die Unternehmer lediglich bis zum Ablauf ihrer befristeten Zulassung an der Notfallrettung teilnehmen (Art. 7, 19 Bayr.RDG, zur eventuellen Kollision mit Art. 12 GG vgl. 2.3.1.3) [134]

Weitere Genehmigungen werden zukünftig an das Bestehen eines öffentlich-rechtlichen Vertrages zwischen dem Rettungsdienstunternehmer und dem Rettungszweckverband geknüpft (Art. 7 II, Art.19 III Bayr.RDG.).

Die gesamte Organisation der Notfallrettung obliegt nach der Novellierung den zentralen Rettungsleitstellen (Art. 20 I Bayr.RDG). Diesen wurden auch die bisher eigenständig tätigen privaten Rettungsdienstunternehmer angeschlossen. Allerdings schienen die bisherigen Begriffsbestimmungen der Notfallrettung zu eng zu sein, insbesondere unter Berücksichtigung der Definition des Notfallpatienten. Sie gingen in erster Linie davon aus, daß der Notfallpatient am Notfallort eine medizinische Erstversorgung erhält und zur weiteren medizinischen Behandlung in eine

andere Einrichtung gebracht wird [112]. Unter dieser Definition ließ sich der Intensivtransport, also der Sekundärtransport unter primär notfallmedizinischen Gesichtspunkten, nicht subsumieren und fiel somit aus dem eigentlichen Begriff der Notfallrettung heraus [112]. Im Rahmen der immer mehr zunehmenden Spezialisierung klinischer Einrichtungen kommt es immer häufiger zu diesen Transporten. Es schien geboten, diese nunmehr auch gesetzlich eindeutig der Notfallmedizin zuzuschlagen [112], da bei einem Patienten, der auf dem Transport in Lebensgefahr schwebt und somit intensivmedizinischer Betreuung bedarf, eine reine Krankentransportleistung nicht mehr anzunehmen ist.

Die neue Definition von Notfallrettung ist nunmehr gemäß Art. 19 II S.1 Bayr.RDG die medizinische Versorgung der Notfallpatienten am Notfallort, sowie ihre Beförderung unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete medizinische Einrichtung.

2.2.3. Strukturelle Veränderungen in der Notfallrettung

Damit eine zentrale Steuerung möglich ist, wurden im Bereich der Notfallrettung die gesamten Kapazitäten zentralen Leitstellen untergeordnet.

Dies bedeutete die Einrichtung eines Verwaltungsmonopols für die gesamte Notfallrettung. Die Notfallrettung wird als Folge des Verwaltungsmonopols nunmehr zur ausschließlich öffentlichen Aufgabe. Diese Änderungen ergaben sich aus dem Umstand, daß in der Vergangenheit die Beteiligung Privater am Rettungsdienst teilweise negative Auswirkungen auf die optimale Patientenversorgung hatte.

Die privaten Rettungsdienstunternehmer akquirierten und steuerten die Einsätze über eigene Einsatzzentralen [135]. Die eigene Steuerung der Einsatzzentralen der privaten Rettungsdienstunternehmer über eigene Telefonnummern, führte zu einer weitgehenden Abschottung des öffentlichen Rettungsdienstes. Es trat die Situation ein, daß Einsätze nicht mehr wechselseitig abgegeben wurden, auch wenn die Rettungsmittel des Konkurrenten günstiger im Hinblick auf den Einsatzort positioniert waren. Aufgrund der mangelnden Koordinierung führen somit häufig mehrere Rettungsmittel zu einem Einsatz, der lediglich ein einziges Einsatzfahrzeug erforderte. In der Folge solcher Situationen kam es häufig zu Streitigkeiten um die Versorgung des Notfallpatienten und zu weiteren unnötigen Kosten [135,112].

Die Notfalleinsätze werden nun ausschließlich im Rahmen des öffentlichen Rettungsdienstes über die jeweils zuständige Rettungsleitstelle abgewickelt.

Dieses Verwaltungsmonopol der Rettungszweckverbände sollte zu einer Optimierung der vorhandenen Kapazitäten führen. Gleichzeitig sollte die Schaffung von Überkapazitäten verhindert werden, so daß langfristig eine Ausrichtung der Kapazitäten am tatsächlichen Bedarf geschaffen werden kann (s. 2.2.1). Private Unternehmer konnten nun, wenn sie bereits im Bereich der Notfallrettung tätig waren, nach Maßgabe des Art. 31 Bayr.RDG, in den öffentlichen Rettungsdienst integriert werden, wenn sie von der ihnen erteilten Genehmigung zur Notfallrettung vor einem bestimmten Stichtag Gebrauch machten.

2.2.4. Strukturelle Veränderungen im Krankentransport

Im Bereich des Krankentransportes blieb es beim bisherigen Separationsmodell, bei dem öffentliche Rettungsdienste und private Rettungsdienstunternehmer nebeneinander auftreten.

Bei der Zulassung blieb es bei der sogenannten Verträglichkeitsprüfung (s.2.2.2.). Für die privaten Rettungsdienstunternehmer bedeutet das weiterbestehende Nebeneinander von Krankentransport in privater Trägerschaft und dem öffentlichen Rettungsdienst. Ihre Krankenkraftwagen können sie auch weiterhin selbst akquirieren und über ihre eigenen Einsatzzentralen einsetzen [167].

Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die sogenannte Inkompatibilitätsklausel des Art. 19 III S.3 Bayr.RDG. Sie besagt, daß die Hilfsorganisationen, die öffentlich-rechtlich mit der Durchführung von Krankentransporten beauftragt sind, diese Aufgabe nicht gleichzeitig auch außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes wahrnehmen können. Denn wer sich freiwillig am öffentlichen Rettungsdienst beteiligt und soweit ohne unternehmerisches Risiko vorhaltebezogen vergütet wird, darf diesem System nicht gleichzeitig durch eine gleichgerichtete unternehmerische Tätigkeit Konkurrenz machen. Ein solches Engagement wäre mit dem öffentlichen Interesse an einem funktionsfähigen Rettungsdienst nicht vereinbar [112].

2.2.5. Strukturelle Veränderungen in der Luftrettung und dem Intensivtransport

Sowohl die Luftrettung als auch die bodengebundene Verlegung von Intensivpatienten wurden nach der Novellierung ausschließlich dem Aufgabengebiet der Rettungszweckverbände zugeordnet. Die hierzu erforderlichen Rettungsmittel sollen durch dieses Verwaltungsmonopol am Bedarf ausgerichtet werden können [134].

In der Luftrettung hatte sich in den vergangenen Jahren ein Dualismus zwischen den im Rettungsdienst integrierten Rettungsdiensthubschraubern und den privaten Ambulanzhubschraubern entwickelt, der die wirtschaftliche Stabilität der öffentlich-rechtlichen Luftrettung in ihrer Existenz gefährdete. Diese Gefährdung konnte lediglich dadurch entstehen, daß die bisherige Rechtslage es dem Staat nicht erlaubte, in die Stationierung von Ambulanzhubschraubern bezüglich Anzahl und Standort zu intervenieren [112]. Da beide Bereiche sich überschnitten, war die bisherige Trennung weder aus Kostengründen noch aus einsatztaktischen Gesichtspunkten in Bezug auf die bestmögliche Versorgung der Patienten zu rechtfertigen [112]. Nicht nur der Notfalleinsatz, sondern auch der Krankentransport, wurde nunmehr gemäß Art. 18 I S.3 Bayr.RDG eine ausschließlich öffentliche Aufgabe. Gleichzeitig wurden die besonderen Vorschriften des Bayr.RDG für den Luftrettungsdienst auf alle Hubschrauber ausgedehnt, die Notfallrettung und Krankentransport durchführen. Für sie legt das Bayerische Staatsministerium des Inneren gemäß Art. 25 II S.1 Bayr.RDG die Standorte fest.

2.2.6. Strukturelle Veränderungen im Notarztdienst

Im Notarztdienst war in Bayern die ärztliche Mitwirkung am Rettungsdienst immer Bestandteil des kassenärztlichen und vertragsärztlichen ambulanten Versorgungssystems. Grundlage dieses Systems war der Rahmenvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), den Krankenkassenverbänden Bayerns und der Hilfsorganisationen, der am 07.05.1980 geschlossen wurde.

Der Bundesgesetzgeber schuf im 2. GKV-NOG (Gesetz vom 23.06.1997, BGBl. S.1520) in Art. 1 Nr.25 die Regelung, daß, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes nicht zur

vertragsärztlichen Versorgung zu rechnen ist. Von dieser Vorbehaltsklausel machte Bayern Gebrauch, um die hier schon vorher praktizierte Lösung beizubehalten. Im Bereich des Notarztdienstes blieb es somit bei einer generellen Versorgung im Rettungsdienst im Anwendungsbereich des SGB V, also der gemeinsamen Sicherstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Rettungszweckverbände.

Die ungeklärten Zuständigkeits-, Kosten- und Haftungsfragen haben bisher die Einführung des „Leitenden Notarztes“ erschwert. Durch die Gesetzesnovelle wurde dieses Hindernis nunmehr beseitigt. Die Bestellung Leitender Notärzte wurde den Rettungszweckverbänden zugewiesen. Diese Rettungszweckverbände wurden verpflichtet, in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, „Leitende Notärzte“ zu bestellen.

Als Tätigkeitsfelder wurden den Leitenden Notärzten Großschadensereignisse zugewiesen, bei denen eine große Anzahl von Kranken und Verletzten zu versorgen ist. Das bereits bestehende Weisungsrecht wurde übernommen. Die Vergütung „Leitender Notärzte“ wird zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassenverbänden geregelt.

2.3. Ausgewählte Problemkreise aus dem Bayr.RDG

Das Bayr.RDG umfaßt eine Vielzahl von Regelungen, die im einzelnen Problemkreise eröffnen, die nachfolgend untersucht werden sollen. Hierbei soll insbesondere auf die Problematik der Integration der privaten Rettungsdienstunternehmer eingegangen werden.

2.3.1. Private im Rettungsdienst

Im Zusammenhang mit privaten Rettungsdienstunternehmern traten im Rettungsdienst immer wieder rechtliche und tatsächliche Probleme auf.

Als besonders schwierig erwies sich die Frage, inwiefern private Rettungsdienstunternehmer einen schützenswerten Anspruch auf Teilnahme am Rettungsdienst haben (Art. 3 Bayr.RDG), oder inwiefern Ansprüche auf Zulassung neben dem öffentlichen Rettungsdienst bestehen.

In diesem Zusammenhang galt es insbesondere, die anspruchsbegründenden Vorschriften auf ihre Verfassungsmäßigkeit zu untersuchen.

2.3.1.1. Problemstellung

Im Rettungswesen besteht die Besonderheit, daß der Staat und die Privaten dieselbe Tätigkeit wahrnehmen. Hieraus entwickelt sich aber im betriebswirtschaftlichen Sinne keine Komplementär-, oder im sozialen Sinne eine Kooperation, sondern vielmehr eine Konkurrenzsituation.

Obwohl man diese Problematik auch aus Wirtschaftszweigen wie z.B. dem Banken- und Sparkassengewerbe kennt, erscheint eine Konkurrenzsituation im Rettungsdienst als besonders prekär, weil daraus eventuell Nachteile für den Patienten entstehen können.

Gleichzeitig ist das Land Bayern per Gesetz dazu gezwungen, einen flächendeckenden Rettungsdienst zu gewährleisten.

Die Lösung dieser Problematik muß gleichzeitig noch mit dem Anspruch, den der Unternehmer aus einfachgesetzlichen Vorschriften oder aus subjektiv öffentlichen Rechten haben könnte, vereinbar sein.

2.3.1.2. Ansprüche auf Beteiligung am öffentlichen Rettungsdienst

Inwieweit und unter welchen Voraussetzungen der private Rettungsdienstunternehmer ein Recht auf Beteiligung am öffentlichen Rettungsdienst hat, hat die Rechtsprechung bisher offengelassen [121]. Das BVerfG hat diese Frage bewußt offengelassen, so daß es hier einer Erörterung bedarf [51].

Zunächst muß in diesem Zusammenhang geklärt werden, ob es sich bei der Zulassung zum Rettungsdienstunternehmer um eine Berufsentscheidung handelt, die eine hohe Bedeutung für die eigenverantwortliche Lebensführung hat. Das ist bei der Entscheidung, ob man eine Zulassung zu einem Gewerbe bekommt immer unzweifelhaft der Fall, so daß sich somit ein „Teilhaberecht“ im Sinne des Art. 12 GG und des Sozialstaatsprinzipes ergeben könnte. Diese Argumentation wurde auch immer wieder in verschiedenen Verfahren verwandt [155]. Das BVerfG hat diese Fragestellung schon früher grundsätzlich bejaht [38].

Ungewiß erscheint aber, ob diese Fragestellung hier überhaupt berechtigt ist.

Bei der Zulassung zum Rettungsdienstunternehmer geht es nämlich nicht um die Berufsentscheidung im vorgenannten Sinne, sondern vielmehr um die Frage, ob private Unternehmen, wenn sie an der Erfüllung öffentlicher Aufgaben der Daseins- und Gesundheitsvorsorge teilnehmen, wie es das Bayr.RDG bestimmt, aus den vorgenannten verfassungsrechtlichen Bestimmungen einen Anspruch auf Mitwirkung haben können.

Die herrschende Meinung sieht einen solchen verfassungsrechtlichen Anspruch nicht [63,154,169]. Vielmehr entscheidet der Staat über die Erledigung der von ihm wahrgenommenen Aufgaben und in diesem Rahmen auch über die von ihm zur Aufgabenwahrnehmung eingesetzten Stellen und Personen nach freiem Ermessen, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist [54,66,174,11]. In der Rechtsprechung des BVerwG ist anerkannt, daß dort, wo nach dem nicht zu be-
anstandenden Willen des Gesetzgebers die staatliche Organisationsgewalt bestimmend sein muß, daß Grundrecht der Berufsfreiheit nicht die Freiheit des Zugangs zum Beruf umfassen kann [64,53].

Auch aus der Rechtsprechung des BVerfG zur Berufsausbildung folgen keine verfassungsrechtlichen Ansprüche auf „Teilhabe“ am öffentlichen Rettungsdienst. Das Gericht hat jedoch entschieden, daß aus Art. 12 I GG in Verbindung mit staatlichen Ausbildungsmonopolen das Recht auf gleichberechtigte Zulassung zu einem Hochschulstudium besteht [55]. Es hat also aus dem Abwehrrecht des Art. 12 I GG in Verbindung mit Art. 3 I GG und dem Sozialstaatsprinzip ein grundrechtliches „Teilhaberecht“ geschaffen. Diese Rechtsprechung bezieht sich aber lediglich auf Ausbildungs- und nicht auf Verwaltungsmonopole, so daß der entscheidende Anknüpfungspunkt fehlt, nämlich, daß der Staat die Voraussetzungen der Freiheitsausübung erst bereitstellt [109].

2.3.1.3. Ansprüche auf Genehmigung als privater Rettungsdienstunternehmer neben dem öffentlichen Rettungsdienst

Wer Notfallrettung oder Krankentransport betreibt, bedarf gemäß Art. 3 I Bayr.RDG der Genehmigung. Dies gilt auch für eine wesentliche Änderung des Betriebes (Art. 3 I S. 3 Bayr.RDG).

Es erscheint fraglich, ob diese Genehmigungserfordernis im Hinblick auf Art. 12 GG verfassungsgemäß ist und ob andere bundesrechtliche Regelungen der Normierung des Art. 3 Bayr.RDG entgegenstehen.

Diese Genehmigungserfordernis erscheint als Verstoß gegen §1 I GewO, der keine Zulassungsschranken durch Landesrecht erlaubt [133,79]. Allerdings erklärt Art. 3 S.2 Sechstes Gesetz zur Änderung des Personenbeförderungsgesetzes (Gesetz vom 25.07.1989 BGBl. S. 1574) die GewO in diesem Zusammenhang für unanwendbar. Ein Verstoß gegen die GewO scheidet daher von vornherein aus.

Weitere einschlägige, bundesgesetzliche Regelungen sind nicht ersichtlich. Zu prüfen bleibt aber ein eventueller Verstoß gegen Verfassungsrecht.

Die Zulassung zum Rettungsdienst oder Krankentransport bedarf der Genehmigung, deren Voraussetzungen vom Bewerber unbeeinflussbare Bedingungen enthalten. Es stellt sich somit die Frage nach der Vereinbarkeit mit Art. 12 GG. In der juristischen Literatur wird sich hier häufig damit beholfen, daß man einen sogenannten „Erst-Recht-Schluß“ zieht:

Wenn schon objektive Zulassungsbeschränkungen zum Taxenverkehr gerechtfertigt sind, dann erst-recht zum Schutz des Rettungsdienstes, dessen Gefahrenpotential ungleich höher ist [187,188,122,152,151].

Es ist jedoch auf die besondere juristische Schlußform des argumentum a fortiori hinzuweisen, in dessen Gestalt das argumentum a minore ad maius der „Erst-Recht-Schluß“ auftritt. Das argumentum a fortiori gehört zu den rechtlichen Begründungen, die dazu eingesetzt werden, Konklusionen wirkungsvoll zu erreichen, die als haltbar angenommen werden sollen, die sich aber in strengen logischen Prüfungsverfahren als logisch ungültige Schlüsse erweisen [179]. Es gilt also nachzuweisen, daß dieser „Erst-Recht-Schluß“ auch tatsächlich auf den genannten Fall zutrifft und nicht die Methodologie der Juristerei anzuzweifeln [117].

Es erscheint also fraglich, ob die Gleichstellung der Schutzgüter angebracht ist. Das Schutzgut des Rettungswesens „Leben und Gesundheit“, genießt ohne Frage absolute Priorität. Somit scheint es einsichtig, daß manche eine gesonderte Prüfung verlangen, wenn sich die Regelungsbereiche unterscheiden [156,110,191,65]. Im Übrigen weisen Textvergleiche des Personenbeförderungsgesetzes mit dem Bayr.RDG viele Abweichungen auf. Allein aus diesem Grund erscheint bei der Übertragung von Grundsätzen Vorsicht geboten.

Der Wert, den die Rechte der Grundrechtsträger in Teilen des Schrifttums genießen, wird besonders deutlich, wenn davon gesprochen wird, daß der „Legitime“ [158] es nicht akzeptieren müsse, daß seine Kapazitäten nicht ausgelastet sind, nur weil ein Privater seinen Beruf ausüben wolle [158,69].

Aufgrund der vorgenannten Bedenken erscheint eine Prüfung der Verfassungskonformität anhand der Kriterien des BVerfG geboten.

2.3.1.4. Schutzbereich und Eingriff

Als Beruf im grundrechtlichen Sinne ist jede auf Dauer angelegte Tätigkeit einzuordnen, die der Schaffung und der Erhaltung der Lebensgrundlage dienen soll [64,58,96,107]. Der Unternehmer, der Notfallrettung und Krankentransport betreibt, unterliegt unzweifelhaft dem Berufsbegriff und damit dem Schutzbereich des Art. 12 GG (Gleiches gilt über Art. 19 III GG für jur. Personen wenn sie Gewinnerzielung anstreben).

2.3.1.5. Berufsausübung und Berufswahlregelungen

Wenn man prüfen will, ob es sich bei der Genehmigungspflicht um eine Berufsausübungs-, oder um eine Berufswahlregelung handelt, stellt sich die Frage, ob es sich bei Rettungsdienstunternehmern um ein eigenes Berufsbild handelt und bei Krankentransporten lediglich um eine Modalität der Personenbeförderung. In der Literatur wird die Auffassung vertreten, daß Krankenfahrten noch heute ein Teil der allgemeinen Personenbeförderung sind [153]. Auch der Gesetzgeber geht teilweise von dieser Grundlage aus [142,143,144]. Allerdings hat der Gesetzgeber mit dem Rettungsassistentengesetz (RettAssG) deutlich gemacht, daß er die Tätigkeiten der Rettungsassistenten als Beruf ansieht, da §1 des Gesetzes das Führen der Berufsbezeichnung Rettungsassistent von einer Erlaubnis abhängig macht (RettAssG vom 10.07.1989 (BGBl. I S.1384)).

Im Übrigen ist anzunehmen, daß ein Rettungsdienstleister wegen seiner medizinischen Fachkenntnisse anders einzustufen ist, als beispielsweise ein Kraftdroschenunternehmer. Hinzu kommt, daß das Rettungswesen ausdrücklich aus dem Regelungsbereich der Personenbeförderung herausgenommen ist. Somit erscheint es gesichert, daß das Berufsbild des Rettungsunternehmers eigenständig ist [145]. Daher handelt es sich bei den Genehmigungsvoraussetzungen um das „Ob“ einer Berufsaufnahme, also um eine Berufswahlregelung [158].

2.3.1.6. Anforderungen an den Genehmigungsinhaber Art. 7 I, Bayr.RDG

Das Bayr.RDG stellt in zweifacher Hinsicht einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 12 I GG dar. Zum einen durch die persönlichen Anforderungen des Art. 7 Bayr.RDG und zum anderen durch die Funktionsschutzklausel.

Der Erfordernis der fachlichen Eignung können keine Bedenken entgegengebracht werden.

Die Sicherheit, Leistungsfähigkeit und die Zuverlässigkeit des Rettungsdienstunternehmers sind geboten, da aufgrund der besonderen Situation und der Gefahren, die sich daraus ergeben (z.B. die Notwendigkeit der Schnelligkeit im Rettungsdienst), hohe Anforderungen an einen Rettungsdienstunternehmer gestellt werden müssen.

Bedenken an der Verfassungsmäßigkeit bestehen somit nicht.

2.3.1.7. Funktionsschutzklausel Art. 7 III Bayr.RDG

Die Funktionsschutzklausel des Art. 7 III Bayr.RDG besagt, daß die Genehmigung zu versagen ist, wenn zu erwarten ist, daß durch den Gebrauch der Genehmigung, das öffentliche Interesse an der Funktionstüchtigkeit des Rettungsdienstes beeinträchtigt wird. Diese Berufswahlschranke hat nur dann Bestand, wenn sie zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut erforderlich ist [59].

Ziel der Funktionsschutzklausel ist der Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung, die durch einen funktionierenden Rettungsdienst gefördert werden sollen.

2.3.1.8. Geeignetheit

Die objektive Zulassungsschranke muß geeignet sein, dieses Ziel zu erreichen.

Es ist davon auszugehen, daß ein ungehinderter Wettbewerb im Rettungsdienstwesen zu Preiskämpfen führen wird, so daß es legitim erscheint, dem entgegenzuwirken. Dies vor allem im Hinblick darauf, daß Preissenkungen zumeist über Kosteneinsparungen erwirtschaftet werden, so daß zu befürchten wäre, daß die Qualität der Rettungsdiensteinsätze abnehme. Die Funktionsschutzklausel ist somit geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen.

2.3.1.9. Erforderlichkeit

Weiterhin müßte die Funktionsschutzklausel erforderlich sein. Erforderlich ist ein Eingriff nur dann, wenn ein anderes, gleich wirksames, aber die Berufsfreiheit weniger einschränkendes Mittel fehlt [60].

2.3.1.10. Sicherstellungsverpflichtung

Gegen die Erforderlichkeit der Funktionsschutzklausel könnte die Sicherstellungsverpflichtung des Staates sprechen, wonach die Träger dafür sorgen müssen, daß ein funktionsfähiger Rettungsdienst gewährleistet ist. Sollten aufgrund wettbe-

werblicher Folgen die Privaten aus dem Rettungsdienst ausscheiden, wäre der Staat gezwungen, die Infrastruktur für einen funktionstüchtigen Rettungsdienst selbst zu schaffen. Folglich wäre hiernach das Ziel gar nicht gefährdet.

2.3.1.11. Einsatz von Steuermitteln

In Betracht käme auch die Finanzierung des Rettungsdienstes durch Steuermittel. Ein Ansatz, der auch in der Literatur an dieser Stelle schon vertreten wurde [170]. Eine derartige Finanzierung ist naheliegend, da der Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe ist, bei der solche Finanzierungsformen, z.B. im Rahmen der Feuerwehr, bereits praktiziert werden.

Somit liegt eine Finanzierung auf die gleiche Art und Weise nahe. Diese Steuermittel müßten allerdings erst dann eingesetzt werden, wenn durch ruinösen Wettbewerb eine Gefährdung der Funktionstüchtigkeit des Rettungsdienstes stattfinden würde. Einen ähnlichen Beschluß hat das BVerfG bereits im Zusammenhang mit dem Güterkraftverkehrsgesetz getroffen [56]. Auch hier ging es um Berufswahlschranken, in diesem Fall jedoch um Kontingentierungen des Güterfernverkehrs. Letztlich wurde diese Kontingentierung aber gerechtfertigt, da ein weiterer Rückgang bei der Deutschen Bundesbahn zu solchen Steueraufwendungen geführt hätte, daß andere Staatsaufgaben vernachlässigt werden hätten müssen [57].

Im Bereich des Rettungsdienstes ist davon auszugehen, daß die Umstrukturierungen, zumindest vorübergehend, zu Lücken in der Patientenversorgung führen würden. Diese Lücken entstünden immer dann, wenn ein privates Unternehmen aus dem Rettungsdienst ausscheidet und somit diese Lücke durch staatliche Intervention geschlossen werden müßte.

Für den Fall, daß die Zulassungsbeschränkung entfielen, wäre mit zunehmend ruinösem Wettbewerb zu rechnen, so daß zu befürchten wäre, daß sich der Ausfall von Unternehmern häufen könnte.

Diese zu erwartenden Lücken in der Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung stellen eine große Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung dar, so daß die Möglichkeit des Einsatzes von Steuermitteln aufgrund der Überlegung, bestehende Strukturen zu schützen, von vornherein als nicht praktikabel ausscheidet.

2.3.1.12. Ergebnis

Die Eignung und der legitime Zweck der Funktionsschutzklausel sind nach den Ausführungen nicht zu bezweifeln.

Insgesamt sind folgende Ergebnisse festzuhalten :

Der Berufsfreiheit, als maßgeblichem Gemeinwohlbelang, steht die Funktionstüchtigkeit des Rettungsdienstes gegenüber und damit in erster Linie der Schutz von Leben und Gesundheit. Hier kommt es auf die Mittel zur Zielerreichung und nicht auf das Fernziel an. Funktionstüchtigkeit bedeutet im eigentlichen Sinne nicht nur Finanzierbarkeit, sondern auch die organisatorische Gewährleistung einer lückenlosen Patientenversorgung.

Die Funktionsschutzklausel erscheint geeignet zur Erhaltung der Finanzierbarkeit des Rettungsdienstes.

Im Bereich der Erforderlichkeit ist festzuhalten, daß sich der Staat in der Sicherstellungsverpflichtung befindet. Allein die Sicherstellungsverpflichtung ist aber nach dem oben Aufgeführten keine Gewähr dafür, daß eine lückenlose Patientenversorgung stattfindet. Trotz der Sicherstellungsverpflichtung besteht die Gefahr, daß Wettbewerb, wenn auch nur kurzfristig, zu Lücken in der Versorgung führt. Der Einsatz von Steuermitteln, ab Überschreiten der finanzierbaren Anzahl von Anbietern, ist aus organisatorischen Gesichtspunkten abzulehnen, da der Staat kurzfristig seine Verpflichtung zur Gefahrenabwehr nicht mehr wahrnehmen könnte.

Die Funktionsschutzklausel ist insofern als verfassungskonform anzusehen.

2.3.2. Haftung Privater im Rettungsdienst

Neben den einzelnen Haftungsfragen, die das ärztliche, sowie das nichtärztliche Personal betreffen, ist zu klären, inwieweit die Haftung des Rettungsdienstunternehmers bei Fehlbehandlungen in Frage kommt.

2.3.3. Organisationsverschulden

Wenn bei der Organisation eines Betriebes Fehler auftreten, so können diese, genauso wie konkrete Behandlungsfehler, zu Gesundheitsrisiken führen. Je mehr Beteiligte am Rettungsdienst mitwirken, desto komplizierter wird die Organisation. Dies gilt insbesondere, wenn mehrere Rechtsträger an der Organisation beteiligt sind.

Der Unternehmer hat in diesem Zusammenhang sicherzustellen, daß die eingesetzten Rettungsmittel und Kapazitäten, für die von ihm übernommene und im Rahmen der Genehmigung zu leistende Tätigkeit, in jedem Fall ausreichen. So muß er sicherstellen, daß das vorhandene Personal immer, auch aufgrund von Weiterbildungsmaßnahmen, ausreichend für die im Rahmen der Genehmigung übertragenen Aufgaben qualifiziert ist.

2.3.3.1. Haftung aus Vertrag

Die direkte Haftung kann sich nach mehreren zivilrechtlichen Anspruchsgrundlagen richten.

Es kommt eine Haftung aus Vertrag in Betracht. Dieser Vertrag käme zwischen dem Unternehmer und dem Notfallpatienten zustande. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß überhaupt ein Vertrag zustande kommt. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn der Notfallpatient ansprechbar ist, und in die Behandlung oder den Transport einwilligt. Andernfalls kann, wenn keine ausdrückliche Erwähnung vorliegt, auch von einem konkludent geschlossenen Vertrag, der durch Schweigen zustande gekommen ist, ausgegangen werden.

Ist der Patient nicht ansprechbar, besteht, z.B. bei Kindern, die Möglichkeit, mit dem gesetzlichen Vertreter des Patienten einen Vertrag zu schließen. Bei allen anderen, oder im Falle der Unerreichbarkeit des gesetzlichen Vertreters, kommt es zu einem gesetzlichen Schuldverhältnis nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag (§677 BGB).

Ein Vertrag kommt nicht zustande, wenn sich der Notfallpatient bei Bewußtsein der Behandlung verweigert.

Im Einzelfall ist aber immer zu erörtern, ob ein Dienst-, oder ein Werkvertrag geschlossen wurde.

Im Normalfall schließt der Notarzt, oder die Organisation für die er tätig ist, einen Dienstvertrag gemäß §611 BGB, da die Qualifikation als Dienstvertrag am ehesten den Interessen der Parteien gerecht wird [173,163,80]. Somit ist der Notarzt verpflichtet, eine sorgfältige Behandlung durchzuführen, ohne dabei einen bestimmten Erfolg zu garantieren.

Der Unternehmer hingegen schließt einen Werkvertrag zur Erbringung der rettungsdienstlichen Leistung [182,81,172]. Der Unternehmer schuldet somit im Rahmen des Vertrages die Erbringung des Erfolges der rettungsdienstlichen Leistung, also des Transportes. Der Patient (zumindest der Privatpatient) schuldet neben der Honorarforderung die Mitwirkung an der Behandlung. In der Regel kommen hier also zwei unterschiedliche Verträge zustande, was nicht der Fall ist, wenn Rettungs- und Notarzdienst von derselben Organisation geleistet werden.

2.3.3.2. Haftung für Erfüllungsgehilfen

Beim Vertrag haftet der Unternehmer einerseits für Organisationsverschulden, wie eingangs bereits festgestellt wurde.

Andererseits haftet er für eventuelles Verschulden seines Erfüllungsgehilfen gemäß §278 BGB.

Die Zuordnung der Haftung richtet sich für den Rettungsassistenten als Erfüllungsgehilfen des Unternehmers nach Pflichtenkreisen. Daraus resultiert, daß, wenn der Rettungsassistent am Notfallort oder auf dem Transport einen Patienten alleine versorgt und dabei eine Schädigung verursacht, alleine der Unternehmer für seinen Erfüllungsgehilfen aus Vertrag haftet. Wenn der Rettungsassistent dem Notarzt lediglich assistiert, so ist eine Aufteilung nach Pflichtenkreisen nicht mehr möglich, weil der Rettungsassistent und der Notarzt eine gemeinsame unteilbare Leistung im Sinne von §631 BGB erbringen. Somit kommt nur noch eine gesamtschuldnerische Haftung von Notarzt und Unternehmer in Betracht [111]. Hierbei ist eine alleinige Außenhaftung des Notarztes mit einem internen Ausgleichsanspruch gegenüber dem Unternehmer denkbar. Bei der gesamtschuldnerischen Haftung finden, soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, die Vorschriften des §426 BGB Anwendung, wonach die Gesamtschuldner im Regelfall zu gleichen Teilen zur Einzelleistung verpflichtet sind.

2.3.3.3. Haftung für Verrichtungsgehilfen

Nach §831 BGB haftet auch derjenige, der einen anderen zu einer Verrichtung bestellt (Geschäftsherr), für den Schaden, den dieser einem Dritten in Ausführung der Verrichtung widerrechtlich zufügt. Dabei genügt dessen pflichtwidriges Handeln, ein schuldhaftes Handeln des Verrichtungsgehilfen ist nicht Voraussetzung der Haftung des Geschäftsherrn. Anders als bei der Haftung aus Vertrag für den Erfüllungsgehilfen, haftet der Geschäftsherr, also der Unternehmer, nach §831 für vermutetes eigenes Verschulden bei der Auswahl oder der Anleitung des Verrichtungsgehilfen. Das in §831 BGB vorausgesetzte Abhängigkeitsverhältnis des Verrichtungsgehilfen zum Geschäftsherrn ergibt sich in der Regel aus der arbeitsrechtlichen Abhängigkeit des Angestellten zu seinem Arbeitgeber, selbst wenn er höherwertige Dienste verrichtet. Rettungsassistenten sind regelmäßig als Verrichtungsgehilfen der Unternehmer anzusehen [132].

Der Unternehmer hat im Rahmen des §831 BGB die Möglichkeit, sich zu exkulpieren. Den Entlastungsbeweis gegenüber dem Geschädigten kann er dann führen, wenn er nachweist, daß er seine Rettungsassistenten sorgfältig ausgesucht, überwacht und angeleitet hat. Hier entfällt eine Haftung schon dann, wenn der Unternehmer eine langjährige pflichtgemäße Erfüllung der Tätigkeit durch den Rettungsassistenten nachweisen kann [148]. Hieraus ergibt sich, daß der Entlastungsbeweis im Regelfall relativ einfach gelingen kann. Diese Tatsache wirkt sich häufig zum Nachteil des Patienten aus. Sowohl Rechtsprechung als auch Schrifttum sind deswegen schon frühzeitig auf die Organhaftung ausgewichen. Gemäß §31 BGB haften juristische Personen, ohne die Möglichkeit sich zu exkulpieren, für unerlaubte Handlungen, Vertragsverletzungen, sowie für schuldloses, zum Schadensersatz verpflichtendes Handeln, das ihr Vorstand oder andere verfassungsgemäße Organe in Ausführung ihrer Aufgaben und Pflichten einem Dritten zugefügt haben [103].

Der Bereich der Gefährdungshaftung wird lediglich insoweit betroffen, als er auf Handeln beruht [102,103]. §31 BGB ist entgegen seinem Wortlaut auf alle juristischen Personen anwendbar [68].

In der Rechtsprechung wird §31 BGB extensiv ausgelegt, mit der Begründung, daß es juristischen Personen nicht freisteht, darüber zu befinden, für wen sie ohne Entlastungsmöglichkeit eintreten wollen. Somit kann es nicht darauf ankommen,

inwiefern die Stellung des Vertreters in der Satzung der juristischen Person vorgesehen ist und ob der Handelnde über Vertretungsmacht nach außen verfügt. Vielmehr genügt es, wenn der Handelnde durch die allgemeine betriebliche Übung bedeutsame und wesensmäßige Funktionen der Körperschaft zur selbständigen, eigenverantwortlichen Erfüllung zugewiesen bekommt, er also die Möglichkeit hat, die juristische Person auf diese Weise nach außen zu repräsentieren [164,29,18,21]. Das Schrifttum folgt dieser Auffassung zumindest im Ergebnis [97,99].

2.3.3.4. Gefährdungshaftung

Neben den Ansprüchen aus Verschuldenshaftung, können dem geschädigten Notfallpatienten unter Umständen auch Ansprüche aus Gefährdungshaftung zustehen. Hier kommt neben dem Fahrer des Rettungsfahrzeuges auch der Halter, also der Unternehmer in Betracht. Dies ist immer dann der Fall, wenn ein Notfallpatient während des Transportes im Notarztwagen einen Schaden erleidet. In diesem Fall sind verschuldensunabhängige Schadensersatzansprüche nach dem Straßenverkehrsgesetz (StVG) zu prüfen. In Betracht kommt eine Haftung nach §8a StVG. Voraussetzung für Ansprüche des beförderten Notfallpatienten gegen den Halter ist die entgeltliche Beförderung [105]. Der Begriff der Entgeltlichkeit ist hier aber weit auszulegen [10]. Für Rettungswageneinsätze werden regelmäßig auch Entgelte verlangt. Diese werden zwar nicht direkt vom Patienten gefordert, was allerdings die Anwendbarkeit von §8a StVG nicht beeinträchtigt. In der Vergangenheit wurde vertreten, daß ein Sanitätskraftwagen des Roten Kreuzes kein öffentliches Verkehrsmittel sei und auch nicht dem öffentlichen Verkehr diene. Überdies werde die Abrechnung nach dem Kostendeckungsprinzip veranschlagt, wonach die Entgeltlichkeit verneint wurde [22]. Nach §8a StVG ist aber das Erfordernis der Öffentlichkeit weggefallen, außerdem kommen sämtliche angeführte Kriterien für einen privaten Unternehmer nicht in Betracht.

Damit ist regelmäßig die Haftung eines Unternehmers, der Halter eines Rettungsfahrzeuges ist, gegeben. Der Umfang der Haftung richtet sich nach §7 StVG, wonach ein Haftungsausschluß beispielsweise bei einem unabwendbaren Ereignis anzunehmen ist [20,19]. Der Schadensersatzpflichtige ist gemäß §7 StVG der

Halter, also derjenige, der das Fahrzeug auf eigene Rechnung betreibt und die Verfügungsgewalt inne hat [42].

Eine weitergehende Haftung kommt nach §23 Personenbeförderungsgesetz in Betracht. Nach allgemeiner Ansicht handelt es sich jedoch bei §23 Personenbeförderungsgesetz nicht um eine Anspruchsgrundlage, aus welcher mögliche Schadensersatzansprüche hergeleitet werden könnten.

2.3.4. Europäisches Gemeinschaftsrecht

Die Einschränkungen, die die Genehmigungsvoraussetzungen für den einzelnen Unternehmer bewirken, könnten gegen die Niederlassungsfreiheit (Art. 52 ff. EGV) und die Dienstleistungsfreiheit (Art. 59 ff. EGV) verstoßen.

Bisher hat es keine solchen Fälle gegeben, da ein grenzüberschreitender und über den Rahmen der innerstaatlichen Angelegenheiten hinausgehender Sachverhalt gegeben sein muß [83].

Denkbar ist aber der Fall, daß sich ein EG-Ausländer in Bayern als Unternehmer niederlassen will.

Hier kommt ein Niederlassungsverbot im Sinne von Art. 52 EGV nicht in Betracht, da Art. 19 Bayr.RDG ausdrücklich auch andere Hilfsorganisationen zuläßt.

Auch ein Verstoß gegen die Dienstleistungsfreiheit scheidet aus, da nach Art. 59 I EGV der Dienstleistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat ansässig sein muß als der Empfänger [84]. Da die Dienstleistungsfreiheit ein Auffangtatbestand ist, kommt sie nicht zum Tragen, wenn der Leistungserbringer in Deutschland eine Niederlassung besitzt [85]. Die Beauftragung mit der Durchführung des öffentlichen Rettungsdienstes setzt regelmäßig zumindest den Betrieb von Rettungswachen voraus, so daß eine inländische Niederlassung vorliegt. Die Anwendung von Art. 59 EGV scheidet daher aus.

2.3.5. Problematik der Art. 12, 28 Bayr. RDG

Nach Maßgabe des Art. 12 II sind Krankenkraftwagen mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen. Beim Krankentransport hat mindestens ein Ret-

tungssanitäter, bei der Notfallrettung mindestens ein Rettungsassistent, den Patienten zu betreuen.

Hier soll lediglich die Problematik der Notfallrettung angesprochen werden, da sie für das Leben und die Gesundheit der Patienten erheblich höhere Gefahren birgt.

2.3.5.1. Qualifikationen von Rettungsassistenten

Die Ausbildung des Rettungsassistenten wird im RettAssG vom 10.07.1989 geregelt. Dieses Gesetz schützt die Berufsbezeichnung Rettungsassistent. Eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung wird gemäß §2 RettAssG auf Antrag erteilt, wenn der Antragsteller an einem einjährigen Lehrgang (alternativ 1200 Stunden) teilgenommen, die staatliche Prüfung bestanden und die ebenfalls einjährige praktische Tätigkeit (1600 Stunden) erfolgreich abgeleistet hat. Eine außerhalb Deutschlands erworbene abgeschlossene Ausbildung reicht aus, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandards anerkannt wird [119].

Die zu erfüllenden Voraussetzungen, die Zugang zur Regelausbildung verschaffen, sind nicht besonders hoch. Der Auszubildende muß das 18. Lebensjahr vollendet haben, gesundheitlich geeignet sein und einen Hauptschulabschluß oder einen gleich- oder höherwertigen Schulabschluß vorweisen können, oder aber über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen [146].

Außerdem bestehen zahlreiche Anrechnungsmöglichkeiten anderer Ausbildungen auf die Dauer des Lehrganges und der praktischen Ausbildung. Insbesondere werden die 520 Stunden Ausbildung zum Rettungsassistenten nach §8 II RettAssG auf den Lehrgang und die nach Abschluß dieser Ausbildung abgeleistete Tätigkeit im Rettungsdienst im Umfang ihrer Gleichwertigkeit angerechnet.

Die Einzelheiten der Prüfung zum Rettungsassistenten werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistenten vom 07.11.1989 (RettAssAPrv) geregelt. Die wesentlichen Aufgaben des Rettungsassistenten können §3 RettAssG entnommen werden. Seine Aufgaben sind im Sinne seiner Funktion als Helfer des Arztes zu sehen und umfassen insbesondere:

- Am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten zu übernehmen.
- Die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen.

- Die lebenswichtigen Körperfunktionen vor und während des Transportes zu beobachten und aufrechtzuerhalten.
- Kranke, Verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachgerechter Betreuung zu befördern.

Dem Rettungsassistenten ist mit diesem Aufgabenprofil die Einordnung in die Heilberufe und die Assistenzfunktion zuzuweisen. Die Tätigkeit des Rettungsassistenten unterscheidet sich auch wesentlich von der des Krankenpflegers/Krankenschwester, da hier die Übernahme der lebensrettenden Maßnahmen bis zum Zeitpunkt des Eintreffens des Notarztes im Vordergrund steht. Krankenpfleger/Krankenschwestern werden nach §4 I S.2 Nr.5 des KrPflG nur auf die Einleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des behandelnden Arztes geschult. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich auch die Anforderung des §8 III RettAssG für den Ergänzungslehrgang, den Krankenpfleger/Krankenschwestern belegen müssen, wenn sie sich zum Rettungsassistenten ausbilden lassen wollen [119].

Der §3 RettAssG beschreibt in diesem Zusammenhang die Problematik, daß der Rettungsassistent unter Umständen vor dem Notarzt eintrifft, und somit im Rahmen seiner Fähigkeiten eigentlich dem Arzt vorbehaltenen Maßnahmen treffen muß. Gleichwohl führt §3 RettAssG weder zu einer Aufweichung des im bundesdeutschen Gesundheitsrecht verankerten ärztlichen Behandlungsmonopols noch zu einer Festschreibung der Notkompetenz. Zu welchen konkreten Maßnahmen der Rettungsassistent ausgebildet wird, ist somit den RettAssAPrv zu entnehmen. Die RettAssAPrv enthalten allerdings keine konkreten Ausbildungspläne, sondern lediglich einen themenorientierten Ausbildungskatalog, so daß sie immer in Verbindung mit den Ausbildungsplänen der staatlich anerkannten Schulen zu sehen sind. Ob ein Rettungsassistent im Rahmen der Notkompetenz bestimmte Maßnahmen ausüben darf, hängt somit im Einzelnen von seinem Lehrplan ab [119].

2.3.5.2. Problematik der Defibrillation durch nichtärztliches Personal

Die Defibrillation ist in der Notfallmedizin eines der problematischsten Themen [168]. Aus diesem Grunde muß geprüft werden, ob die gesetzgeberischen Vorgaben ausreichenden Schutz für die Patienten bieten.

In einer Vielzahl von Studien wurde gezeigt, daß die Überlebensraten bei Kreislaufstillstand durch frühzeitige Defibrillation verbessert werden können, selbst wenn der Zeitvorteil nur gering ausfällt [6].

Kammerflimmern ist mit 66% die Hauptursache des plötzlichen Herztodes außerhalb von Krankenhäusern [73]. Die Häufigkeit iatrogenen Herzstillstände beträgt bei wiederbelebten Patienten 14% [4]. Häufige Ursachen waren Fehler in der Digitalis-Medikation und in der antiarrhythmischen Therapie [4].

Unter den zahlreichen Faktoren, die die Überlebensrate nach präklinischer Reanimation beeinflussen, kommt der Zeitspanne zwischen Beginn des Kammerflimmerns und der Defibrillation eine entscheidende Bedeutung für das Überleben des Patienten zu, wenn noch weitere Bedingungen erfüllt sind [147].

Zum einen ist erforderlich, daß ein Herzkreislaufstillstand überhaupt beobachtet wird und innerhalb kürzester Zeit eine Notfallmeldung eingeht. Zum anderen muß die kardiopulmunale Reanimation innerhalb von 4 Minuten eingeleitet werden und binnen 8 Minuten eine Defibrillation stattfinden [73,10,93]. Erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen müssen binnen 16 Minuten stattfinden [73]. Diese Problematik verdeutlicht, daß es in entscheidender Weise darauf ankommt, in welchem Zeitraum eine Defibrillation nach Eintreten des Notfalles vorgenommen werden kann [2].

2.3.5.3. Erfordernis der Defibrillation durch nichtärztliches Personal

Der Erfolg einer medizinischen Behandlung hängt nach den Eingangs gemachten Feststellungen entscheidend von dem Zeitraum ab, der zwischen dem Kammerflimmern und dem Erfolgen einer definitiven Behandlung liegt, also dem Zeitpunkt, in dem das Kammerflimmern beseitigt und der Kreislauf wiederhergestellt ist [94].

Höherwertige Rettungsmittel, wie Notarztwagen und Rettungshubschrauber, treffen im Normalfall erst nach den Rettungssanitätern, die im Rettungswagen anrü-

cken, ein. Selbst in Stadtgebieten mit sehr gut ausgebauten Rettungssystemen, haben Rettungswagen (RTW) eine durchschnittliche Eintreffzeit von 4 Minuten [42]. Notarztwagen (NAW) und Rettungshubschrauber (RTH) benötigen durchschnittlich 7-8 Minuten bis sie an der Einsatzstelle eintreffen [3]. Die Notwendigkeit möglichst frühzeitiger Defibrillation hat schon in der Vergangenheit in Verbindung mit der Entwicklung halbautomatischer Defibrillatoren dazu geführt, daß vermehrt auch entsprechend qualifiziertes, nichtärztliches Personal in diesem Bereich tätig geworden ist [6].

Man könnte jetzt so argumentieren, daß nach den Eingangs erstellten Erkenntnissen lediglich wenige Minuten Differenz zwischen der durchschnittlichen Eintreffzeit und dem Erfordernis des Eingreifens liegen, so daß eine Defibrillation durch nichtärztliches Personal nicht unbedingt notwendig ist. Gleichzeitig ist aber zu beachten, daß einige Minuten für den Notfallpatienten unter Umständen bereits zu lebensgefährlichen Lücken in der Sicherstellung der Versorgung führen können. Diese eventuell entstehenden Lücken lassen sich jedoch aus den praktischen Erwägungen der Finanzierbarkeit nicht durch eine Erweiterung des Notarztsystems schließen [74].

Somit bleibt festzuhalten, daß die Notärzte auch in Zukunft nur wenige Minuten zu spät am Einsatzort eintreffen werden, um den Herzkreislaufstillstand infolge Kammerflimmerns noch abwenden zu können.

Die RTW - Besatzungen können in der Zwischenzeit lediglich Basisreanimationsmaßnahmen durchführen, wie die Lagerung, das Freimachen der Atemwege, die Herzmassage und die Maskenbeatmung mit sauerstoffangereicherter Atemluft.

Diese Basisreanimationsmaßnahmen sind aufgrund ihrer relativ geringen Effizienz nur bei einer geringen Anzahl von Patienten geeignet, die Zeit bis zur endgültigen Behandlung zu überbrücken.

Es erscheint aber sowohl aus medizinischer als auch aus rechtlicher Sicht problematisch, ob man dem nichtärztlichen Rettungspersonal die Defibrillation zur Durchführung überlassen kann.

Neben München haben auch noch andere Städte in der Bundesrepublik die Durchführung durch Rettungsassistenten vornehmen lassen [3].

Weder das ärztliche Standesrecht noch andere Rechtsvorschriften umschreiben exakt, welches Aufgabengebiet der Arzt, Kraft seiner akademischen Ausbildung und seiner erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, zur ausschließlichen Zustän-

digkeit zugewiesen bekommt. In diesem Zusammenhang wird häufig §1 I Heilpraktikergesetz (HPG) bezüglich des Begriffes „Ausübung der Heilkunde“ herangezogen [90]. Im konkreten Fall bietet er aber keine befriedigende Lösung, da er lediglich legal definiert, daß Ausübung der Heilkunde jede berufs-, oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen ist.

Als Maßnahme zur Beseitigung eines Herzkreislaufstillstandes oder eines lebensbedrohlichen Kammerflimmerns ist die Reanimation - ob mit Geräten oder manuell ausgeübt - eine invasive Maßnahme am Notfallpatienten [125].

Der Einsatz des Defibrillators ist als Ausübung der Heilkunde primär Aufgabe des Arztes [125]. Fraglich erscheint in diesem Zusammenhang lediglich, ob der Arzt alle Maßnahmen eigenhändig durchführen muß, oder ob diese Maßnahmen auch durch Dritte unter Aufsicht des Arztes durchgeführt werden können.

Grundsätzlich ist eine Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nachgeordnetes Personal nur dort unstatthaft, wo sich der Arzt im Rahmen von §613 BGB zur höchstpersönlichen Leistungserbringung verpflichtet hat, oder sich aus der Art der zu erbringenden Leistung ergibt, daß nur ein Arzt sie durchführen kann. §613 BGB ist auch auf den ärztlichen Behandlungsvertrag im Sinne von §611 BGB anwendbar. Trotzdem kommt hier der Rechtsgedanke der Geschäftsführung ohne Auftrag zum Tragen, wonach notfallmedizinische Maßnahmen, die medizinischen Sachverständerfordern, auch vom Notarzt am Notfallpatienten durchgeführt werden müssen. Bei anderen Maßnahmen ist eine Delegation auf nachgeordnetes, nichtärztliches Personal möglich. Der Notarzt trägt in diesen Bereichen die Verantwortung für die Auswahl des Helfers, der Rettungsassistent die Verantwortung für die von ihm übernommene Durchführung.

Soweit eine Delegation zulässig ist, wird der Rettungsassistent im Rahmen des ihm übertragenen Aufgabenbereiches tätig und erbringt assistierende Leistungen [7].

Die Defibrillation ist danach eine ärztliche Aufgabe, die unter bestimmten, noch weiter festzulegenden Voraussetzungen auf den Rettungsassistenten zur Durchführung übertragen werden kann.

Problematisch erscheint allerdings, inwiefern bei halb- oder ganzautomatischer Defibrillation überhaupt eine Diagnose gestellt wird. Die Diagnose wird hierbei nämlich vom Automaten erstellt und nicht vom Notarzt. Eine solche Diagnose

erscheint vergleichbar mit der Ferndiagnose, die lediglich standesrechtlich unzulässig ist. Eine Automatendiagnose ist somit nur unter Notstandsgesichtspunkten für den Notfallpatienten zu rechtfertigen. In Fällen, in denen keine Notstandslage vorliegt, werden Maschinenbefunde immer kontrolliert, was den beruflichen Grundprinzipien des Arztes entspricht [17].

Außerdem gilt es zu prüfen, inwiefern der Bereich der Notkompetenz sich von der grundsätzlichen Delegation abgrenzen läßt.

Eine Situation, in der von Notkompetenz gesprochen wird, erfordert bestimmte Voraussetzungen:

- Der Rettungsassistent muß auf sich alleine gestellt sein und ärztliche Hilfe darf nicht rechtzeitig einholbar sein.
- Die Maßnahmen, die der Rettungsassistent aufgrund eigener Diagnosen durchführt, müssen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten dringend erforderlich sein [78].
- Das gleiche Ziel darf durch weniger eingreifende Mittel nicht erreicht werden können und die Hilfeleistung muß unter den gegebenen Umständen für den Rettungsassistenten zumutbar sein [165,120].

Die Ausübung der Notkompetenz durch den Rettungsassistenten richtet sich nach den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit, wonach das am wenigsten eingreifende Mittel, das zum Erfolg führt, anzuwenden ist.

Im Rahmen der Notkompetenz ist davon auszugehen, daß der Rettungsassistent, auch ohne ausdrückliche oder konkludente Delegation, ärztliche Maßnahmen in eigener Verantwortung durchführen kann [131]. Hierbei darf es sich aber lediglich um überbrückende Maßnahmen handeln, die der Lebenserhaltung, der Abwendung schwerer Gesundheitsgefahren und Schäden des Notfallpatienten dienen sollen. Dieser klare Verstoß gegen den Vorbehalt des Arztes bei der Ausübung der Heilkunde durch den Rettungsassistenten ist regelmäßig durch den rechtfertigenden Notstand des §34 StGB begründet.

Damit entfällt auf der Rechtswidrigkeitsebene die Strafbarkeit des durchführenden Rettungsassistenten. Diese Rechtfertigung greift auch in den Bereich des Zivilrechts ein, so daß eine zivilrechtliche Haftung bei ordnungsgemäßer Durchführung des Eingriffs in die körperliche Integrität des Patienten als nicht rechtswidrig ein-

zustufen ist [131]. Diese Rechtfertigung entfällt natürlich, wenn der Rettungsassistent nicht nach den Regeln der Kunst vorgegangen ist.

Bei allen Möglichkeiten, die ein Rettungsassistent im Rahmen der Notkompetenz hat, darf allerdings nicht übersehen werden, daß das Eintreffen des Notarztes nicht aufgrund organisatorischer Mängel verhindert wird, oder aber, daß die Durchführung aufgrund organisatorischer Mängel qualitativ nicht den erforderlichen Ansprüchen genügt.

Bei Delegation sind grundsätzlich drei Faktoren zu unterscheiden:

- Es muß überprüft werden, ob eine Maßnahme überhaupt zur Delegation geeignet ist.
- Ob die ausgewählte Person die Maßnahme auch im Einzelfall oder auf Dauer durchführen kann [129,127].
- Eine ordnungsgemäße Überwachung des nichtärztlichen Personals muß sichergestellt werden.

An Rettungsassistenten können Maßnahmen der Defibrillation nur dann delegiert werden, wenn eine ständige ärztliche Kontrolle sichergestellt ist, und die Übernahme nicht nur rechtlich, sondern auch tatsächlich möglich ist. Der Rettungsassistent setzt sich dem Vorwurf des Übernahmeverschuldens aus, wenn er den Patienten aufgrund mangelnder Kenntnis oder Befähigung schädigt. Hieraus resultiert, daß die Träger der Rettungsdienste fortlaufend die Qualifikation der Rettungsassistenten durch den ärztlichen Leiter individuell kontrollieren lassen müssen [126].

Sollte diese Überprüfung nicht stattfinden, würden sich die Rettungsdienstträger selbst dem Vorwurf des Organisationsverschuldens aussetzen, falls einer ihrer Rettungsassistenten nicht ordnungsgemäß handelt.

Bei der Defibrillation kommen zum Eingangs Geschilderten noch einige Besonderheiten hinzu, die grundsätzlich für alle Anweisungen an nachgeordnetes, nicht-ärztliches Personal, gültig sind. So sind gewisse Mindestanforderungen von der jeweiligen Organisation, der der Rettungsassistent angehört, zu stellen, was die Ausbildung sowie die Organisation und die logistischen Anforderungen angeht. Vor allem ist es wichtig, daß der durchführende Rettungsassistent die zur Defibrillation anzuwendenden Geräte beherrscht. Weiterhin ist es essentiell, daß er über

fundiertes Wissen der Reanimationsabläufe verfügt. Hierzu gehören sowohl Kenntnisse über die Anatomie und Physiologie des Herzens, sowie der Elektrokardiographie bei verschiedenen Formen des Herzkreislaufstillstandes. Neben der theoretischen Beherrschung der Abläufe muß zwingend ein praktisches Training der unterschiedlichen Einzelabläufe absolviert werden.

Bevor überhaupt ein Frühdefibrillationsprogramm eingeführt wird, muß das Rettungssystem hinreichend auf die Tauglichkeit der Frühdefibrillation durch nichtärztliches Personal analysiert werden [7]. Diese Analyse ist erforderlich, da die Frühdefibrillation nur Sinn macht, wenn ein gestaffeltes Rettungssystem vorliegt, denn im Kompaktsystem trifft der Notarzt nicht nach dem Rettungsassistenten ein. Weiterhin sollte das durchschnittliche zeitliche Intervall zwischen Eintritt des Herzkreislaufstillstandes und dem Beginn von Basisreanimationsmaßnahmen nicht mehr als 8 Minuten betragen, was die oben aufgeführten Maximalzeiten deutlich machen. Das durchschnittliche Intervall zwischen Beginn der Basismaßnahmen und dem Eintreffen des Notarztes sollte wiederum 14 Minuten nicht überschreiten [7].

Ein Frühdefibrillationsprogramm ist von Ärzten zu leiten und zu koordinieren, die entsprechend qualifiziert sind. Diese Qualifikation kann z.B. regelmäßige notfallmedizinische Aktivität oder auch die Befähigung zum leitenden Notarzt sein [92]. Die Aufgaben dieser ärztlichen Leiter von Frühdefibrillationsprogrammen sind im wesentlichen die Ausbildung von nichtärztlichem Personal, aber auch von Notärzten, sowie die Nachbesprechung aller Fälle, bei denen eine automatisierte externe Defibrillation (AED) zum Einsatz gekommen ist [6,92]. Weiterhin ist darauf hinzuwirken, daß die Leiter der Frühdefibrillationsprogramme eine standardisierte Datenerfassung, Qualitätssicherung sowie intensiven Datenschutz und eine geeignete Dokumentation betreiben.

Sowohl beim nichtärztlichen als auch beim ärztlichen Personal ist die regelmäßige Fortbildung nach der einführenden Ausbildung als ein absolutes Muß anzusehen. Eine weiterführende Qualifikation sollte erfolgsorientiert gestaltet sein, da lediglich das regelmäßige Abprüfen von Lernerfolgen ein funktionierendes Frühdefibrillationsprogramm gewährleistet. Im Rahmen dieser Weiterbildungen ist es zudem zwingend erforderlich, daß die Lerninhalte schwerpunktmäßig in der Handhabung von AED's liegen [6].

2.3.5.4. Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß, unter den Gegebenheiten einer fundierten und qualitativ hochwertigen Ausbildung der Rettungsassistenten, eine Frühdefibrillation im Rahmen der Notkompetenz möglich sein sollte. Gleichzeitig erscheint diese Konsequenz aufgrund der unterschiedlichen Eintreffzeiten von Notärzten und nichtärztlichem Rettungspersonal als sinnvoll.

Voraussetzung ist allerdings, daß die durchführenden Rettungsassistenten regelmäßig durch speziell qualifizierte Notärzte geschult und (auch im speziellen) in der Handhabung von AED`s weitergebildet werden.

Außerdem ist zu beachten, daß lediglich bestimmte Geräte zur Verwendung durch nichtärztliches Personal geeignet sind. Hierzu zählen nach einer Empfehlung der BÄK lediglich Geräte, deren Sensitivität mehr als 95% und deren Spezifität mehr als 98% betragen [6]. Weiterhin müssen die Geräte über die Möglichkeit einer Echtzeitdokumentation sowie der Erstellung eines EKG`s zur nachträglichen Dokumentation verfügen.

2.3.5.5. Haftungsfragen im Bereich des nichtärztlichen Personals

Im Bereich der Haftung von Rettungsassistenten sind grundsätzlich zwei Bereiche zu unterscheiden [104]:

- Eine strafrechtliche Haftung.
- Eine zivilrechtliche Haftung, bei Fehlverhalten in vorwerfbarer Weise.

2.3.5.6. Die Strafrechtliche Verantwortlichkeit

Die Strafrechtliche Verantwortlichkeit untergliedert sich in die unterschiedliche Delikte:

- Unterlassene Hilfeleistung.
- Garantenstellung.
- Verschulden bei der Übernahme und Fehlbehandlung.

2.3.5.6.1. Unterlassene Hilfeleistung §323c StGB

Grundsätzlich ist im Rahmen des §323c StGB zwischen spontaner und organisierter Hilfeleistung zu unterscheiden. Gleichzeitig ist wie bei allen Unterlassungsdelikten zu prüfen, ob der Täter eine Garantenstellung innehat oder nicht.

Die Vorschrift des §323c StGB ist ein sogenanntes „Jedermanns-Delikt“. Dies bedeutet, daß derjenige, der bei einem Unglücksfall vorsätzlich keine Hilfe leistet, oder nicht nach seinen objektiven Fähigkeiten die bestmögliche und wirksamste Hilfe, oder nicht sofort leistet, sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig macht, unabhängig davon, ob er Passant, Arzt oder nichtärztliches Rettungspersonal ist.

Diese Hilfeleistungspflicht gilt auch, wenn der Hilfeleistende den Tod des Patienten zwar nicht mehr abwenden kann, aber zumindest die Schmerzen des Verletzten lindern könnte [30,71]. Dem Ruf zu einem Notfall muß ein Rettungsassistent im Rahmen der spontanen Hilfeleistungspflicht folgen, wenn er schneller und wirksamer helfen kann als andere am Notfallort Anwesende [46]. Die Pflicht zur spontanen Hilfeleistung gilt für den Rettungsassistenten aber auch dann, wenn er zu einer anderen Verrichtung unterwegs ist, aber die zu erbringende Hilfeleistung leisten kann, ohne eine andere wichtige Pflicht zu verletzen.

Das Gleiche gilt, wenn die Hilfeleistung am Unfallort bei pflichtgemäßem Ermessen dringlicher geboten erscheint als die Erbringung der Pflicht zu deren Verrichtung der Rettungsassistent eigentlich unterwegs ist.

Beim §323c StGB ist das strafwürdige Verhalten das „Untätig-Bleiben“. Dies bedeutet, daß auch wenn der Rettungsassistent den Tod eines Patienten nicht hätte abwenden können, eine Strafbarkeit nach §323c StGB in Betracht kommt, wenn der Rettungsassistent eine Tätigkeit unterlassen hat.

Wenn ein Rettungsassistent zu einem Notfallpatienten gerufen wird, der keine Vitalfunktionen mehr zeigt, so muß er unter Umständen trotzdem Wiederbelebungsversuche einleiten, da im Einzelfall damit zu rechnen ist, daß lediglich ein kurzfristiges Herzkreislaufversagen vorliegt, das durch Wiederbelebungsversuche rückgängig gemacht werden kann. Derartige Wiederbelebungsmaßnahmen sind im Rahmen des §323c StGB solange erforderlich, bis der Zeitraum für eine irreversible Schädigung des Hirns verstrichen ist [70].

Wenn nicht deutlich ist, zu welchem Zeitpunkt der Herzkreislaufstillstand eingetreten ist, darf der Rettungsassistent sich nicht mit den Mindestzeiträumen zufrieden geben.

Der Vorwurf, die Hilfeleistungspflicht verletzt zu haben, kann dem Rettungsassistenten dann nicht im strafrechtlichen Sinne gemacht werden, wenn er im Rahmen seiner Ausbildung eine bestimmte Qualifikation nicht erlangt hat und aufgrund dieser mangelnden Qualifikation nicht helfen kann.

2.3.5.6.2. Garantenstellung

Bei dem §323c StGB handelt es sich um ein sogenanntes „echtes Unterlassungsdelikt“. Dies bedeutet, daß das Unterlassen der gebotenen Hilfeleistung Tatbestandsmerkmal des §323c StGB ist. Es besteht aber neben diesem echten Unterlassungsdelikt auch die Möglichkeit, andere Straftatbestände durch Unterlassen zu begehen (§13 StGB). Hierbei ist eine Strafbarkeit aber nicht generell anzunehmen, wenn ein Handeln hätte stattfinden sollen. Es müssen noch andere Kriterien dazukommen, die die Pflicht des Unterlassenden begründen, sodaß ein bestimmter Taterfolg nicht eintritt. Eine solche Pflicht ergibt sich regelmäßig, wenn der Täter eine Garantenstellung für das zu schützende Rechtsgut begründet hat.

Für die Begründung einer solchen Garantenpflicht gibt es mehrere Möglichkeiten. Sie kann auf Gesetz, Vertrag, Übernahme einer Aufgabe, auf enger Familien-, Lebens- oder Gefahrengemeinschaft, oder auf vorangegangenen gefährdendem Tun beruhen [121,77].

Wenn ein Rettungsassistent freiwillig oder aufgrund dienstvertraglicher Anweisungen die Behandlung eines Patienten übernimmt, so ergibt sich hieraus für ihn in der Regel eine Garantenstellung. Sie verpflichtet ihn, seinen Dienst in dem übernommenen Umfang wahrzunehmen [29].

Der Rettungsassistent, der sich im Rahmen eines Einsatzes an den Unglücksort begibt, zu dem er dienstlich verpflichtet ist, aber keine oder nicht die ihm mögliche Hilfe leistet, oder aber von vorn herein nicht zu dem Unglücksort fährt, erfüllt den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung (§230 StGB). Es kann sich hier auch um den Tatbestand der fahrlässigen Tötung (§222 StGB) durch Unterlassen handeln, wenn er durch sein Tätigwerden den oder die körperliche Beeinträchtigung des Opfers hätte verhindern, oder zumindest seine Schmerzen hätte lindern können.

Hier ist der Erfolg des Nichtstuns im Gegensatz zum §323c StGB, bei dem das bloße Unterlassen strafbewehrt ist, erforderlich. Für eine Bestrafung des Rettungsassistenten ist es somit erforderlich, daß der Beweis geführt werden kann,

daß das Unterlassen ursächlich für den eingetretenen Körperschaden war. Die Ursächlichkeit muß dann aber verneint werden, wenn dem Rettungsassistenten zuzubilligen ist, daß er auch bei einem Tätigwerden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Taterfolg in seiner konkreten Form auch bei einem ordnungsgemäßen Tätigwerden nicht hätte verhindern können [178,190].

Die Delikte der vorsätzlichen Körperverletzung (§223 StGB) und des Totschlages (§212 StGB) kommen im Gegensatz zum Delikt der fahrlässigen Körperverletzung (§230 StGB) in Ermangelung eines Verletzungs- oder Tötungsvorsatzes im Regelfall nicht in Betracht.

2.3.5.6.3. Verschulden bei der Übernahme und Fehlbehandlung

Nach der Rechtsprechung, die das BVerfG bestätigt hat, ist ein ärztlicher Heileingriff als tatbestandliche Körperverletzung zu bewerten, bei dem die Rechtswidrigkeit durch die Einwilligung des Patienten entfällt [29,47,61]. Das Gleiche hat für den Rettungsassistenten insoweit zu gelten, als er seine Tätigkeiten ordnungsgemäß ausführt. Hierbei ist zu beachten, daß die Anforderungen an einen Rettungsassistenten insoweit zu relativieren sind, als er am Unfallort unter erschwerten Bedingungen handelt [82]. Die Situation, in der er handelt, ist aus ex ante Sicht prospektiv und nicht in Verbindung mit nachträglich zur Verfügung stehenden Erkenntnissen zu betrachten.

Ein Verschulden kann sich daraus ergeben, daß der Rettungsassistent eine Tätigkeit übernimmt, die spezielle Kenntnisse voraussetzt, über die er jedoch nicht verfügt.

Fahrlässigkeit ist dem Rettungsassistenten insofern vorzuwerfen, als er eine Tätigkeit übernimmt, bei der er hätte erkennen können, daß er für die Übernahme nicht ausreichend qualifiziert ist. Genauso ist dem Rettungsassistenten der Fahrlässigkeitsvorwurf entgegen zu halten, wenn er durch eine Fehlbehandlung Verletzungen hervorruft, die er bei Beachtung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt hätte Vermeiden können.

2.3.5.7. Zivilrechtliche Haftung

Im Laufe der vergangenen Jahre haben die zivilrechtlichen Klagen im Bereich von im Rettungsfall entstandenen Schäden massiv zugenommen. Daher soll an dieser

Stelle auch erörtert werden, inwieweit eine Haftung für einen Rettungsassistenten auch zivilrechtliche Folgen haben kann.

2.3.5.8. Sorgfaltspflichten

Die Sorgfaltsanforderungen im Zivilrecht werden bezüglich der vertraglichen Haftung in §276 Abs.2 S.2 BGB geregelt. Hiernach hat der Schuldner Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten.

Die Legaldefinition des §276 Abs.2 S.2 BGB besagt, daß Fahrlässigkeit das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt ist. Das ein Rettungsassistent eine vorsätzliche Schädigung des Patienten begeht, soll an dieser Stelle nicht erörtert werden, da es regelmäßig ausscheidet.

Die zivilrechtliche Haftung des §276 Abs.2 S.2 BGB beurteilt das fahrlässige Handeln anders als das Strafrecht. Die Warte, von der aus die Fahrlässigkeit betrachtet wird, ist im Zivilrecht eine objektive [30, 98].

Es kommt also darauf an, welche Sorgfalt im Verkehr erforderlich gewesen wäre und nicht auf die Möglichkeiten, die der Handelnde in dieser speziellen Situation aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten gehabt hätte. Die genaue Bestimmung der Sorgfalt bemißt sich bei der zivilrechtlichen Haftung danach, wie sich ein gewissenhaft und sorgfältig handelnder Angehöriger der Berufsgruppe in der konkreten Situation verhalten hätte. Hieraus ergibt sich, daß der Rettungsassistent soweit er im Rahmen der Tätigkeiten handelt, die in seiner Berufsgruppe anerkannt und üblich sind, jedwede Schadensersatzpflicht abwenden kann. Dies ist natürlich nur solange der Fall, wie der Rettungsassistent auch über die gebotenen Fähigkeiten verfügt, die im Rahmen seiner Ausbildung zu erlernen sind. Hierauf muß der Vertragspartner vertrauen dürfen [101].

2.3.5.9. Haftung aus Vertrag und Geschäftsführung ohne Auftrag

Im Zivilrecht gibt es mehrere Anspruchsgrundlagen, auf die sich ein Notfallpatient berufen kann, wenn er aufgrund von Fehlbehandlungen einen Schaden erlitten hat. Diese Anspruchsgrundlagen können je nach Fallgestaltung auch nebeneinander bestehen.

In Betracht kommt ein Vertrag des Notfallpatienten und der Hilfsorganisation, oder dem Träger des Rettungsdienstes, bei dem der Rettungsassistent angestellt ist. Zunächst muß geprüft werden, ob zwischen den Parteien überhaupt ein Vertrag zustande kommt. Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn der Notfallpatient ansprechbar ist und in die Behandlung oder den Transport einwilligt. Andernfalls kann, wenn keine ausdrückliche Erwähnung vorliegt, auch von einem konkludent geschlossenen Vertrag, der durch Schweigen zustande gekommen ist, ausgegangen werden.

Ist der Patient nicht ansprechbar, kommt es zu einem gesetzlichen Schuldverhältnis nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag (§677 BGB).

Eine Haftung des Rettungsassistenten auf Schadensersatz aus dem Behandlungs- oder Transportvertrag scheidet aus, da der Rettungsassistent nicht Vertragspartner des ansprechbaren Notfallpatienten, sondern lediglich Erfüllungsgehilfe des Vertragspartners Hilfsorganisation/Feuerwehr ist. Im Falle der Geschäftsführung ohne Auftrag muß der Rettungsassistent die im Verkehr erforderliche Sorgfalt walten lassen, was sich aus §276 BGB ergibt. Weil es sich bei der Geschäftsführung ohne Auftrag um eine Ausnahmesituation handelt, begrenzt das Gesetz die Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit (§677 BGB). Der Rettungsassistent kann im Falle des Außerachtlassens seiner Verpflichtungen, genauso wie der Rettungsdienstunternehmer, die Hilfsorganisation oder der Notarzt von dem Notfallpatienten in Anspruch genommen werden [118]. Dies gilt auch für Rettungsassistenten der Feuerwehr oder der Bundeswehr.

Der §680 BGB will allerdings lediglich den spontanen Helfer begünstigen. Somit wird man im Hinblick darauf, daß sowohl Notarzt als auch nichtärztliches Rettungspersonal die Aufgabe der qualifizierten Hilfeleistung berufsmäßig übernehmen, an die Begrenzung auf grob fahrlässige Schadensverursachung einen strengen Maßstab setzen müssen.

2.3.5.10. Haftung aus unerlaubter Handlung

Der geschädigte Notfallpatient kann seine Schadensersatzansprüche aus §823 Abs.1, 2 BGB in Verbindung mit einem Schutzgesetz geltend machen. Im Zusammenhang mit dieser Vorschrift erhält er auch die Möglichkeit, ein Schmerzensgeld nach §847 BGB zu erstreiten. Weiterhin steht den Angehörigen des

verletzten oder getöteten Notfallpatienten unter Umständen ein Anspruch auf Unterhalt nach §844 BGB zu. Voraussetzung für eine Haftung aus unerlaubter Handlung ist eine tatbestandsmäßige, rechtswidrige und schuldhafte Körperverletzung oder Gesundheitsbeschädigung, aus der unmittelbar ein Schaden für den Patienten erwächst.

Eine Behandlung kann aber nur unter bestimmten Bedingungen rechtswidrig sein. Zum einen besteht die Möglichkeit, daß der Patient gegen seine Willen behandelt wird. Zum anderen kann ein Patient, wenn er bewußtlos ist, gegen seinen früher geäußerten oder mutmaßlichen Willen behandelt werden [149].

Auch eine Rechtswidrigkeit kommt in Betracht und zwar dann, wenn Diagnose oder Therapiefehler zu einem Schaden führen, die der Rettungsassistent aufgrund seiner Ausbildung hätte erkennen können oder müssen. Dies ist anzunehmen, weil der Patient lediglich einer ordnungsgemäßen Behandlung tatsächlich oder mutmaßlich zugestimmt hat. Die Verschuldenshaftung hat eine objektive Bemessungsgrundlage, wodurch als Maßstab ein sorgfältig handelnder Rettungsassistent in dieser konkreten Situation mit seinem theoretischen Handeln an die Stelle des tatsächlich handelnden Rettungsassistenten gedacht wird. Gleichzeitig ist zu beachten, daß ein Rettungsassistent im Notfalleinsatz unter bestimmten erschwerten Bedingungen handelt, so daß seine Handlung niemals so bemessen werden kann, als fände sie unter „Nicht-Notfall-Bedingungen“ statt.

2.3.6. Der Notarztdienst Art. 21 Bayr.RDG

Der Notarztdienst wird in Art. 31 Bayr.RDG geregelt. Im Rahmen dieser Arbeit soll der Notarztdienst sowie seine Sicherstellung vorgestellt werden. Weiterhin bedarf es einer Abgrenzung zum Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, sowie einer Darstellung des Fachkundenachweises Rettungsdienst. Im Übrigen sollen Haftungsfragen der Notärzte angesprochen werden.

Eine planmäßige Beteiligung von Ärzten am Rettungsdienst gibt es erst seit 1957. Damals wurden zeitgleich in Köln und Heidelberg das Modell „Notarzt im Rettungsdienst“ eingeführt. Inzwischen sind flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik Notärzte regelmäßig an Rettungseinsätzen beteiligt, was auch durch die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer normiert ist. Bundesrechtlich gibt es bis heute keine Regelungen, die die Teilnahme von Notärzten an Rettungs-

dienstleistungen regeln. Die Ansprüche, die die Unfallopfer als Krankenversicherte haben, sind im SGB V geregelt. Hier findet sich in §133 SGB V allerdings lediglich ein Anspruch auf Rettungs- und Krankentransporte (§60 SGB V).

Diese Diskrepanz zwischen Bundes- und Landesgesetzen besteht trotz des 2.NOG zum SGB V fort, insbesondere weil in dem neugefaßten §75 SGB V der Sicherstellungsauftrag für den Notarzt nicht mehr grundsätzlich der Kassenärztlichen Vereinigung zugeordnet wird. Diese Diskrepanz hat der Gesetzgeber in Bayern erkannt und berücksichtigt sie insofern, als daß er in §21 I S.1 Bayr.RDG den Notarztendienst ausdrücklich der Kassenärztlichen Vereinigung zuweist [137].

2.3.6.1. Abgrenzung zum Notdienst der kassenärztlichen Vereinigung

Gemäß §75 I SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen ausreichenden Notdienst innerhalb der sprechstundfreien Zeit sicherzustellen. Damit ist den gesetzlich Versicherten auch außerhalb normaler vertragsärztlicher Sprechstundenzeiten eine gesetzlich geregelte Versorgung zugesichert. Allerdings ist die ärztliche Versorgung hier lediglich auf die im Rahmen normaler Sprechstunden stattfindenden, ambulanten Behandlungen beschränkt. Zielgruppe sind somit Patienten, die Erkrankungen oder Symptome aufweisen, die ein Abwarten bis zur Sprechstundenzeit nicht erlauben [87].

Dieser Notdienst wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Weise wahrgenommen, daß sie Dienstpläne aufstellen, in denen alle Vertragsärzte eines bestimmten Bezirks regelmäßig eingeteilt werden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß nicht nur Internisten, Pädiater und Anästhesisten für die Sicherstellung des Notdienstes eingesetzt werden, sondern auch Dermatologen, Gynäkologen und Orthopäden, also Fachärzte, die in ihrem Praxisalltag keinerlei Notfälle behandeln. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten ist im Rahmen des Notdienstes juristisch als Dienstvertrag im Sinne von §611 BGB zu beurteilen [44, 25, 48].

Der Arzt ist in diesem Zusammenhang Kraft seiner Zulassung öffentlich-rechtlich verpflichtet, den Patienten zu behandeln, wenn dieser ihn darum bittet. Insofern besteht Kontrahierungszwang [95,67,108]. Die Vertragsärzte sind zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet.

Abschließend läßt sich festhalten, daß der wesentliche Unterschied zum Notarzt-dienst in der Art der Erkrankung des zu behandelnden Patienten liegt. Beim Not-dienst besteht in der Regel keine akute Gefährdung für Leib oder Leben des Pati-enten, so daß z.B. auch keine Sonderrechte im Sinne von §35, 38 StVO für die Anfahrt des Arztes zum Patienten gewährt werden.

2.3.6.2. Der Notarzt im Rettungsdienst

Aufgabe des Notarztdienstes ist es, im organisierten Zusammenwirken mit den Einrichtungen des Rettungsdienstes, wie Rettungsleitstellen und Rettungswachen, den Notfallpatienten bis zu seiner Übergabe an ein Krankenhaus durch notfallme-dizinisch ausgebildete Ärzte zu versorgen [189,186,128]. Dies erfolgt überwiegend durch das zu einem Rettungswagen parallele Ausrücken eines Notarztes in einem Notarzt-Einsatzfahrzeug im Rendezvous-System oder in einem Notarztwagen im Kompaktsystem oder in einem Rettungshubschrauber, sobald der Rettungsleitstel-le eine medizinische Indikation für einen Notarzteeinsatz bekannt wird.

Entscheidender Unterschied zum vertragsärztlichen Notdienst ist beim Rettungs-dienst die Tatsache, daß der Rettungsdienst völlig losgelöst von einem eventuel-len Versicherungsschutz jedem Notfallpatienten zuteil wird, ohne einen eventuel-len finanziellen Ersatz in den Vordergrund zu rücken. Diese Situationen, in denen Notfallpatienten von Rettungsdiensten behandelt werden müssen, sind regelmäßig Unglücksfälle. Unglücksfälle sind plötzlich eintretende Ereignisse, die eine erhebli-che Gefahr für Individualrechtsgüter hervorrufen oder hervorrufen zu drohen [38]. Die Abwendung solcher Gefahren ist Aufgabe des Rettungsdienstes, der folglich in der Lage sein muß, unmittelbare, komplexe und zeitnahe Hilfe zu leisten. Hier-für sind spezialisiertes Personal und besonderes Rettungsgerät erforderlich, über das der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verfügt [87].

Handelt es sich um einen gewöhnlichen Unglücksfall, also keinen, bei dem im Sinne des Art. 21 III S.1 Bayr.RDG eine größere Anzahl von Verletzten zu versor-gen ist, so ist der Notarzt medizinischer Leiter des Rettungseinsatzes (Art. 2 Bayr.RDG).

Dies bedeutet, daß er nicht nur in den speziellen medizinischen Maßnahmen ge-schult und in deren Durchführung ständig trainiert sein muß, sondern daß er auch die Geräte, Fahrzeuge und taktischen Besonderheiten des Rettungsdienstes,

sowie die technische Hilfeleistung zu beherrschen hat. Gleichfalls ist es erforderlich, daß der Notarzt die Spezialabteilungen der Kliniken der Umgebung kennt. Deshalb sind im Rettungseinsatz die medizinischen Maßnahmen regelmäßig nur ein Teil des Gesamteinsatzes, da auch das nichtärztliche Personal vom Notarzt geführt werden muß und der Notarzt die Koordination mit den anderen, am Einsatz Beteiligten (Feuerwehr, Polizei, Technisches Hilfswerk), vornehmen muß.

2.3.6.3. Überschneidungen der Dienste

Problematisch gestaltet sich die Notfallsituation dann, wenn medizinisch unqualifizierte Personen die Notfallmeldung absetzen, was jedoch in der Regel der Fall ist. In diesen Fällen können die den Notfall meldenden Personen in der Regel nicht einschätzen, welche Art der Verletzung vorliegt und welche Form der Hilfe benötigt wird [114]. Insbesondere kann nicht eingeschätzt werden, inwiefern eine zeitnahe Hilfe erforderlich ist. Daher ist häufig eine Überschneidung der Dienste Ursache für einen nicht notwendigen Rettungseinsatz oder für eine gefährliche Situation für den Patienten, da der Arzt im KV Notdienst weder die entsprechende Qualifikation für den Einsatz, noch die entsprechenden Geräte zur Verfügung hat. Überdies kann der Arzt im KV Notdienst im Regelfall das erforderliche Zeitfenster für einen Rettungseinsatz nicht einhalten. Die Ursache für diese Situation liegt, neben der Unkenntnis des Notfallmeldenden, im Wesentlichen an der Unkenntnis großer Teile der Bevölkerung über die Existenz zweier getrennter Dienste.

2.3.6.4. Rettungs- und Notarzdienst in Bayern

Nach Art. 18 I des Bayr.RDG haben die Landkreise und die kreisfreien Städte die Aufgabe, Notfallrettung und Krankentransport flächendeckend sicherzustellen. Diese Aufgabe wird von ihnen im Rahmen des übertragenen Wirkungskreises wahrgenommen. Gemäß Art. 18 II Bayr.RDG legt das Bayerische Staatsministerium des Inneren - nach Anhörung der beteiligten kommunalen Spitzenverbände - durch Rechtsvorschrift die Rettungsdienstbereiche fest. Die Landkreise und die kreisfreien Städte übertragen die Aufgaben des Rettungsdienstes (Art. 18 I Bayr.RDG) zur Durchführung dem Bayerischen Roten Kreuz (BRK) mit Bergwacht und Wasserwacht, dem Arbeiter Samariter Bund (ASB), dem Malteser Hilfsdienst

(MHD), der Johanniter Unfallhilfe (JUH), der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) oder vergleichbaren Hilfsorganisationen (Art. 19 I SA.1 Bayr.RDG). Soweit die Hilfsorganisationen zur Durchführung des Rettungsdienstes nicht bereit oder in der Lage sind, führt der Rettungszweckverband die Aufgabe selbst durch seine Verbandsmitglieder oder Dritte durch (Art. 19 I S.2 Bayr.RDG).

Der Rettungszweckverband gewährleistet darüber hinaus gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Mitwirkung von Ärzten im Rettungsdienst (Notarztdienst) (Art. 21 I S.1 Bayr.RDG). Die Einzelheiten werden durch einen gesonderten Vertrag geregelt (Art. 21 I S.2 Bayr.RDG). Die Benutzung rettungsdienstlicher Leistungen wird mit Entgelten belegt (Art. 24 I Bayr.RDG).

2.3.6.5. Haftung von Notärzten

Im Wesentlichen gelten die für den Rettungsassistenten unter 2.3.4.5 – 2.3.4.10 aufgezeigten Regelungen der Haftung aus Vertrag, GOA oder unerlaubter Handlung. In der Literatur gibt es jedoch unterschiedliche Auffassungen, inwiefern Amtshaftungsansprüche für Notärzte in Betracht kommen.

2.3.6.6. Anwendbarkeit von §839 BGB

Es gilt zu untersuchen, inwieweit die Anspruchsvoraussetzungen des §839 BGB erfüllt sind, so daß eine Anwendbarkeit überhaupt in Betracht kommt.

2.3.6.7. Ausübung eines öffentlichen Amtes

In der Literatur wird vertreten, daß von Notärzten verletzte Patienten nach den Regeln des §839 I 1 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG einen Amtshaftungsanspruch haben [88]. Gemäß §839 BGB hat ein Beamter einem Dritten den Schaden zu ersetzen, den er diesem - aus der vorsätzlichen oder fahrlässigen Verletzung einer dem Beamten gegenüber diesem Dritten obliegenden Amtspflicht - zufügt. Demzufolge haftet nach außen zunächst der Beamte. Dabei ist die Haftung aus §839 I S.1 BGB weitreichender als die aus §823 I S.1 BGB, denn §839 I S.1 BGB

greift selbst dann ein, wenn die Tatbestände des §823 I S.1 BGB nicht erfüllt sind und ersetzt außerdem noch Vermögensschäden [49].

Die Verantwortlichkeit trifft jedoch aufgrund von Art. 34 GG grundsätzlich den Staat oder die Körperschaft, in deren Dienst der Beamte steht. Hier geht es allerdings darum, zu erörtern, ob die tatbestandlichen Voraussetzungen des §839 I S.1 BGB in Bayern überhaupt vorliegen, wenn Notärzte zum Einsatz kommen [100].

Zunächst setzt §839 I S.1 BGB voraus, daß der Schaden in Ausübung eines öffentlichen Amtes entstanden sein muß. Das bedeutet, daß die Zielsetzung, in deren Sinn die Person tätig geworden ist, der hoheitlicher Verwaltung zuzurechnen sein muß [180,185,175,160]. Das ist immer dann der Fall, wenn die ausgeübten Tätigkeiten des Beamten öffentlich-rechtlicher Natur sind [20].

In dem Fall, daß Hilfspersonen (Verwaltungshelfer, Beliehene) tätig werden, muß festgestellt werden, ob deren Handeln öffentlich-rechtlicher oder privat-rechtlicher Natur ist und ob ein so unmittelbarer Zusammenhang mit der Tätigkeit der Körperschaft besteht, daß die fragliche Handlung noch der Verwaltung zurechenbar ist [35,39,20,184,37,40,41]. Somit wäre Voraussetzung für einen Staatshaftungsanspruch des Patienten zunächst, daß die notärztliche Tätigkeit nach dem Bayr.RDG hoheitlich ist und daß im Rahmen dieser hoheitlichen Tätigkeit ein Schaden beim Patienten entstanden ist.

Es gilt zu untersuchen, ob die Notarzteinsätze in einem solch engen Zusammenhang zu der Tätigkeit hoheitlicher Verwaltung stehen, daß man die Einsätze selbst als hoheitliches Handeln und damit öffentlich-rechtlich qualifizieren muß. Zunächst ist festzustellen, daß der Rettungsdienst im Allgemeinen dem Schutz von Menschenleben dient. Das Leben ist als subjektives Rechtsgut, als Bestandteil der öffentlichen Sicherheit zu qualifizieren. Die Verteidigung der öffentlichen Sicherheit ist Bestandteil der Gefahrenabwehr, welche immer öffentlich-rechtlicher Natur ist. Im Allgemeinen ist der Rettungsdienst somit der öffentlichen Verwaltung zuzurechnen [159]. Gleichzeitig dient der Rettungsdienst aber auch der Daseinsvorsorge, was im Einzelnen bedeutet, daß Rettungsdienst und Notarztdienst der Gesundheitsvorsorge dienen und damit schlichte Hoheitsverwaltung darstellen [121]. Das schlichte hoheitliche Verwaltungshandeln wird auch vom Begriff der hoheitlichen Verwaltung erfaßt, allerdings lediglich in dem Fall, in dem die öffentliche Verwaltung die Bewältigung der Aufgabe öffentlich-rechtlich organisiert hat [12,180] (dies ist z.B. regelmäßig bei den Stadtwerken der Fall).

Wenn eine privatrechtliche Organisation gewählt ist, kommt es regelmäßig dazu, daß der Zurechnungszusammenhang zur hoheitlichen Verwaltung nicht mehr vorliegt [180,15,23,161].

An dieser Stelle wird zur Erörterung, ob es sich um eine hoheitlich oder privatrechtlich organisierte Tätigkeit handelt, in der Literatur regelmäßig die StVO zu Auslegungszwecken herangezogen [88,45]. Dienlich sind hier die Regelungen zu Sondernutzungsrechten, also Fahrten mit Blaulicht und Einsatzhorn. Diese Sondernutzungsrechte sind in den §§ 35 und 38 StVO geregelt. Man kommt dabei zu dem Ergebnis, daß es sich im Rahmen von §§35, 38 StVO um eine privatrechtliche Tätigkeit handelt [45]. Dies ergibt sich daraus, daß gemäß §35 Va StVO Fahrzeuge des Rettungsdienstes von den Vorschriften der StVO befreit sind, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten, oder schwere Schäden abzuwenden. §38 I StVO normiert, daß blaues Blinklicht und Einsatzhorn nur verwendet werden dürfen, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden. In den Fällen, in denen die Polizei oder Feuerwehr die Sonderrechte in Anspruch nehmen, ist unzweifelhaft eine hoheitliche Tätigkeit anzunehmen. Beim Rettungsdienst soll dies anders sein, da er aus dem Bereich der Hoheitlichkeit ausgeklammert ist. Diese Annahme wird darauf gestützt, daß der Gesetzgeber im Wortlaut des §35 I StVO diejenigen Dienststellen aufgeführt hat, die grundsätzlich hoheitliche Aufgaben erfüllen. Im letzten Halbsatz des §35 I StVO ist normiert, inwieweit dies zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben dringend geboten ist.

§35 Va StVO enthält diesen Halbsatz nicht. Daraus wird geschlossen, daß der Gesetzgeber den Rettungsdienst in den §35 I StVO aufgenommen hätte, wenn er die Rettung von Menschenleben als hoheitliche Aufgabe angesehen hätte [45]. Gleichzeitig wird der Rettungseinsatz im Zusammenhang mit der StVO als ein spezialgesetzlich normierter Fall des rechtfertigenden Notstandes gesehen, woraus sich ergibt, daß eine hoheitliche Tätigkeit nicht vorliegen kann, soweit im Rahmen strafrechtlicher Rechtfertigungsgrundsätze gehandelt wird [106].

Die Gegenauffassung führt an, daß der Regelungsgegenstand der Straßenverkehrsordnung nicht die Qualifizierung einer bestimmten staatlichen Tätigkeit als hoheitlich ist, sondern lediglich eine Regelung des Straßenverkehrs [180,26,36,130,86].

Mit diesem Argument wird die sachliche Einschlägigkeit verneint. Hierbei ist anzumerken, daß im Vorliegenden eine Argumentation genutzt wird, die bei juristischer Auslegung von Vorschriften durchaus üblich ist, indem sie die zwar richtige aber unerwünschte Vorgehensweise als nicht praktikabel ablehnt. Dieser Ansicht zufolge taugt die Heranziehung der StVO somit nicht zur Klärung der Rechtsnatur des Rettungsdienstes. Im Übrigen ist der fehlende Halbsatz darauf zurückzuführen, daß der Rettungsdienst dann, wenn er nicht unmittelbar der Lebensrettung und somit nicht der Gefahrenabwehr, sondern der Daseinsvorsorge diene, wie z.B. beim Krankentransport, auch als privat-rechtliche Organisation denkbar ist [180]. Hierbei verkennt diese Auffassung allerdings, daß Art. 4 I S.1 Bayr.RDG ausdrücklich auch von Notfallrettung spricht.

2.3.6.8. Zusammenfassendes Ergebnis zur hoheitlichen Tätigkeit

Die unterschiedlichen Auffassungen haben durchaus ihre Berechtigung. Es gilt allerdings, einen genaueren Blick auf das Bayr.RDG zu werfen, das zur Auslegung ausreichende Hinweise liefert.

Zunächst ist das Rettungswesen, wie schon erörtert, der Daseinsvorsorge zuzurechnen. Damit ist die Aufgabe zunächst einmal öffentlich-rechtlich. Dieser öffentlich-rechtliche Zurechnungszusammenhang bleibt auch davon unberührt, daß Teile des Rettungswesens von Privaten übernommen werden.

Eine weitere Tatsache, die den Zurechnungszusammenhang stützt, ist die Regelung der Vorschriften des Art. 24 Bayr.RDG über die Benutzungsentgelte. Benutzungsentgelte sind ein Mittel des öffentlichen Gebührenrechts und nicht etwa des zivilen Schuldrechts. Es wird also nicht ein Honorar als Bestandteil eines Vertrages gefordert, sondern vielmehr ein Entgelt für die Benutzung einer öffentlichen Einrichtung erhoben. Weiterhin spricht für das Vorliegen des Zurechnungszusammenhanges zur öffentlichen Verwaltung, daß die Aufgabe der Sicherstellung gemäß Art. 18 Bayr.RDG nicht schon erfüllt ist, wenn die Aufgaben an die in Art. 19 Bayr.RDG genannten Hilfsorganisationen übertragen worden sind. Vielmehr ist es erforderlich, daß auch die ordnungsgemäße Ausführung sichergestellt wird.

Für den notärztlichen Bereich ergibt sich der Zurechnungszusammenhang auch aus der Tatsache, daß Krankenhäuser verpflichtet sind, Notärzte für den Rettungsdienst bereitzustellen. Der Mitwirkung an dieser hoheitlichen Aufgabe kön-

nen sie sich nicht verweigern. Genauso wie Krankenhäuser, sind auch Notärzte zur Mitwirkung verpflichtet, da sie von ihren Vorgesetzten angewiesen werden, Notarzteinsätze zu übernehmen. Dieser dienstlichen Anweisung müssen die Notärzte aufgrund ihrer arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nachkommen.

Einer kurzen Erörterung bedarf noch der Art. 21 Abs.1 S.2 Bayr.RDG, wonach die Einzelheiten in einem Vertrag zu regeln sind. Dies könnte zunächst als Hinweis darauf gelten, daß es sich um eine zivilrechtliche Vertragslösung handelt. Damit wäre dann die notärztliche Tätigkeit eine aus der Verwaltung losgelöste, zivilrechtliche. Betrachtet man die Vorschrift allerdings im Gesamtzusammenhang des Art. 21 Abs.1 Bayr.RDG, fällt auf, daß die Ärzte im Rettungsdienst mitwirken und dies durch den Rettungszweckverband und die Kassenärztliche Vereinigung gewährleistet wird. Daher handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung. Der Notarzt ist dem Rettungsdienst in einer funktionellen Weise zuzuordnen, so daß er an der öffentlich-rechtlichen Qualifizierung des Rettungsdienstes teilhat [159]. Damit ist diese Vereinbarung öffentlich-rechtlicher Natur. Der Zurechnungszusammenhang zur hoheitlichen Verwaltung besteht also. Somit handelt der Notarzt in Ausübung eines öffentlichen Amtes im Sinne des §839 Abs.1 S.1 BGB.

2.3.6.9. Notarzt als Beamter im Sinne des §839 Abs.1 S.1 BGB

Eine weitere Voraussetzung für die Anwendbarkeit des §839 Abs.1 S.1 BGB ist die Erfordernis, daß der Notarzt als Beamter im Sinne der Vorschrift zu qualifizieren ist.

Hierbei ist zu beachten, daß nicht der Beamtenbegriff des formell gemäß §6 Abs.1 und Abs.2 BBG ernannten Beamten einschlägig ist, sondern vielmehr der haftungsrechtliche Beamtenbegriff. Dem haftungsrechtlichen Beamtenbegriff zufolge sind alle Personen, die mit hoheitlichen Aufgaben betraut sind, als Beamte zu qualifizieren [183,175].

Wie oben bereits erörtert, handelt der Notarzt in einem direkten Zusammenhang zur hoheitlichen Verwaltung. Der haftungsrechtliche Beamtenbegriff ist mithin einschlägig.

2.3.6.10. Amtspflichtverletzung und Drittbezogenheit der Amtspflicht

Die Amtspflicht des Notarztes muß zur Haftungsbegründung drittbezogen sein. Drittbezogen bedeutet in diesem Zusammenhang, daß nicht nur Allgemeininteressen, sondern auch Individualinteressen bestehen [27].

Unter 2.2.2. wurde bereits festgestellt, daß der Rettungsdienst der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge dient. Demzufolge handelt es sich zunächst immer um Allgemeininteressen, die betroffen sind. Daneben ist allerdings zu beachten, daß der zu behandelnde Patient ein berechtigtes Individualinteresse an einer fachgerechten Behandlung hat. Dieses Interesse ist, neben dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Abwicklung des Notarzteinsatzes, als berechtigtes Individualinteresse anzusehen.

Eine Drittbezogenheit der Amtspflichtverletzung im Sinne des §839 Abs.1 S.1 BGB ist somit zu bejahen.

2.3.6.11. Rechtswidrigkeit

Für die Einschlägigkeit des §839 Abs.1 S.1 BGB, müßte das pflichtwidrige Verhalten des Notarztes rechtswidrig sein.

Hierzu ist festzuhalten, daß allein das Vorliegen der Tatbestandsmerkmale des §839 Abs.1 S.1 BGB die Rechtswidrigkeit indiziert.

2.3.6.12. Verschulden

Für eine Haftung nach §839 Abs.1 S.1 BGB ist weiterhin ein Verschulden des Notarztes erforderlich.

In Betracht kommt vorsätzliches oder fahrlässiges Handeln. Vorsatz dürfte in der Regel ausscheiden, da dies in der Praxis nicht vorkommt. Interessant erscheint also im Rahmen der Praxisrelevanz das fahrlässige Handeln.

Im Fall der fahrlässigen Amtspflichtverletzung ist §839 Abs.1 S.2 BGB zu beachten, wonach auch bei Vorliegen der Voraussetzungen des §839 Abs.1 S.1 BGB ein Anspruch ausgeschlossen ist, wenn der Verletzte auf andere Weise Ersatz erlangen kann.

Diese Haftungsbeschränkung ist allerdings dahingehend zu begrenzen, daß nicht mehr die bloße Möglichkeit eines anderweitigen Ersatzes mit dem Ziel der Entlastung des Staates ausreicht [180]. Es ist vielmehr darauf abzustellen, ob der anderweitige Ersatzanspruch den Zweck hat, den Schädiger endgültig auf Kosten des Dritten zu entlasten [16,181]. Dies kommt vor allem immer dann in Betracht, wenn Ansprüche gegen Versicherungen (private Krankenversicherungen, private Rentenversicherungen, Lebensversicherungen, Unfallversicherungen etc.) vorliegen. Diese Versicherungen hat der Verletzte regelmäßig abgeschlossen, um sich oder seine Familie abzusichern. Eine Entlastung des Schädigers hat er bei Abschluß der Police nicht in Betracht gezogen. Entsprechende Ansprüche gegen Versicherungen scheiden somit als Möglichkeit, auf andere Weise Ersatz zu erlangen, aus. Also können sie auch nicht zu einer Beschränkung der fahrlässigen Amtshaftung gemäß §839 Abs.1 S.2 BGB führen.

Ob überhaupt Fahrlässigkeit vorliegt, bestimmt sich nach Maßgabe des §276 Abs.1 S.2 BGB. Nach der Vorschrift handelt fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

Hierbei ist erforderlich, daß die Fahrlässigkeit sich auf die Vorhersehbarkeit des Schadens bezieht [14]. Die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ist allerdings von der zu erwartenden Sorgfalt, sowie dem Leistungsniveau des Amtsträgers zu unterscheiden. Der Sorgfaltsmaßstab orientiert sich im Rahmen des §839 Abs.1 S.1 an den Anforderungen, die an einen durchschnittlichen Beamten zu stellen sind [13]. Dies bedeutet, daß es auf die Fähigkeiten und Kenntnisse ankommt, die für die Führung des übernommenen Amtes durchschnittlich erforderlich sind.

Diese Kenntnisse muß der Beamte entweder besitzen oder erlangen. Für den Notarzt ergibt sich daraus die Konsequenz, daß er nach den Regeln der medizinischen Kunst und der Einsatzsituation angemessen handeln muß.

Der Notarzt muß also nicht alle denkbaren Einsatzmöglichkeiten oder Varianten beherrschen und voraussehen, sondern lediglich im Rahmen der ärztlichen Kunst und der üblichen Situationen, die der Notarztendienst mit sich bringt, handeln, um einer Haftung aus §839 Abs.1 S.1 BGB nicht ausgesetzt zu werden.

Verfehlt der Notarzt die vorgenannten Anforderungen, so trifft ihn ein Verschulden im Sinne des §839 Abs.1 S.1 BGB.

2.3.6.13. Zusammenfassung

Das Ergebnis hat lediglich für den Notarzt im Rettungsdienst Gültigkeit.

Es ist festzuhalten, daß der Notarzt im Rettungsdienst einen Amtshaftungsanspruch der den Rettungsdienst tragenden Körperschaft auslösen kann, wenn er seine Amtspflichten schuldhaft verletzt.

Die Ansprüche gegen die Körperschaft ergeben sich aus §839 Abs.1 S.1 BGB im Vergleich mit Art. 34 GG.

Im Einzelnen resultiert die Amtshaftung daraus, daß der notärztliche Rettungsdienst eine hoheitliche Aufgabe im Rahmen der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge darstellt.

Wenn dem Notarzt Fahrlässigkeit anzulasten ist, ist der Maßstab, nachdem sich die Sorgfaltswidrigkeit bemißt, §276 Abs.1 BGB.

2.3.7. Der Fachkundenachweis Rettungsdienst

In der Bundesrepublik gibt es im Unterschied zu anderen Ländern noch keinen Facharzt für Notfallmedizin. Die notfallmedizinische Qualität wird in der Bundesrepublik durch den Fachkundenachweis Rettungsdienst sichergestellt.

Die alte Fassung des Art. 21 I S.3 verlangte von den Notärzten, daß sie über besondere Kenntnisse im notfallmedizinischen Bereich sowie über praktische Erfahrungen in der Notfallmedizin verfügen. Gleichzeitig verlangte der Art. 21 I S.3, daß dies durch den Fachkundenachweis Rettungsdienst der Bayerischen Landesärztekammer oder gleichwertige Qualifikationen sichergestellt wird. Durch den Klammerzusatz blieb unklar, inwieweit der Fachkundenachweis auch für fachspezifische Notärzte als Qualifikation ausreichend ist [141]. Dies stellt die neue Fassung klar, weil sie verdeutlicht, daß lediglich die Landesärztekammer die Qualifikation festlegt und deren Erwerb bestätigt.

Der Fachkundenachweis Rettungsdienst wurde 1995 in den Richtlinien der Bundesärztekammer normiert [124]. Die Bayerische Landesärztekammer hat daraufhin eine Richtlinie für den Fachkundenachweis Rettungsdienst beschlossen [36]. Der Fachkundenachweis Rettungsdienst ist seit 01.01.1995 in Bayern für den Einsatz im Rettungsdienst Voraussetzung [9]. Gefordert wird von den Notärzten, nach der Approbation oder der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes, mindestens

ein Jahr klinische Tätigkeit im Akutkrankenhaus nachzuweisen. Davon sind mindestens drei Monate auf einer Intensivstation oder einer Notaufnahmestation abzuleisten, um grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen in der notfallmedizinischen Versorgung von Patienten mit vitalbedrohlichen Zuständen zu erwerben. Weiterhin ist die Teilnahme an, von der Bayrischen Landesärztekammer anerkannten, interdisziplinären Kursen in allgemeiner und spezieller Notfallmedizin, mit insgesamt 80 Stunden Dauer vorgeschrieben. Diese Kurse sollen nach dem Willen der Bundesärztekammer insbesondere die folgenden Inhalte umfassen [8]:

- Die sachgerechte Lagerung von Notfallpatienten.
- Manuelle und maschinelle Beatmung.
- Endotracheale Intubation.
- Schaffung von peripheren und zentralvenösen Zugängen.
- Die Technik und Durchführung der wichtigsten Notfallpunktionen.
- Reanimation.

Zusätzlich ist ein Einsatzpraktikum im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber unter der Leitung eines erfahrenen Notarztes vorgeschrieben. Dieses Einsatzpraktikum muß mindestens 10 Einsätze mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen beinhalten, und ist von dem Notarzt zu bescheinigen.

Der Beschluß der Bayrischen Landesärztekammer läßt erkennen, daß eine erfolgreiche Absolvierung eines Kurses oder einer Ausbildung nicht erforderlich ist. Auch der Gesetzgeber hat in Art. 21 I S.5 normiert, daß lediglich Erfahrungen und Kenntnisse erforderlich sind. Eine, mit einer Überprüfung dieser Kenntnisse endende, Ausbildung war offensichtlich nicht gewollt [123].

Aufgrund dieser Tatsache stellt sich, insbesondere im Hinblick auf die fehlende Überprüfung der Lernerfolge, die Frage, inwiefern diese Ausbildung den Qualitätsanforderungen gerecht wird, die an einen im Rettungsdienst tätigen Notarzt zu stellen sind. Um diese Problematik zu lösen, bieten sich verschiedene Lösungswege an, von denen für im Rettungsdienst tätige Notärzte momentan lediglich einer in Frage kommt. Zum einen muß als Lösungsansatz hier die Forderung an den Gesetzgeber gestellt werden, der Möglichkeit entstehender Qualifikationslücken durch eine eindeutige Regelung, oder aber durch die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin entgegenzuwirken.

Zum anderen besteht für Notärzte wie für jeden anderen Arzt die Möglichkeit der Fortbildung, die über die allgemeine Verpflichtung der Berufsordnung hinausgeht. Im übrigen kann man davon ausgehen, daß Notärzte zur Fortbildung verpflichtet sind, da die Berufsordnung fordert, in dem Maße von den Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie sie zur Erhaltung und Entwicklung der Fachkenntnisse notwendig sind, die zur Ausübung des Berufes erforderlich sind. Die Art der Fortbildung ist dem Einzelnen grundsätzlich freigestellt. Im Bereich der Fortbildung zum Thema Notfallmedizin gibt es inzwischen eine Vielzahl von geeigneten Weiterbildungsveranstaltungen.

Der 50. Bayerische Ärztetag hat 1997 probeweise die Einführung eines Fortbildungszertifikates beschlossen. Der Deutsche Ärztetag ist dem 1999 mit einer gleichen Empfehlung zur Fortbildung auf freiwilliger Basis gefolgt. Mit dem Zertifikat kann Dritten gegenüber die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen dokumentiert werden. Nicht verpflichtend ist der Nachweis des Erfolges dieser Fortbildung. Andererseits läßt das Zertifikat einen breiten Raum für Fortbildungen verschiedenster Art zu.

Es bietet sich an, ein Zertifikat als Gegenstand der notfallmedizinischen Ausbildung einzuführen, wie es beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft bayrischer Notärzte (AgbN) anbietet. Aufgebaut ist das Zertifikat der AgbN aus verschiedenen Modulen, wobei ein Modul jeweils ein spezielles notfallmedizinisches Thema in Theorie und Praxis umfaßt. Durch die Einführung der modulhaften Fortbildungsreihe (mit Zertifikat) würden für den Notarztendienst in Bayern folgende Vorteile erreicht:

- Einheitliche Vermittlung von notfallmedizinischen Standards.
- Steigerung der Handlungskompetenz des Notarztes.
- Sicherung der notfallmedizinischen Maßnahmen und Techniken.
- Vereinheitlichung der notfallmedizinischen Therapie im Team (mit dem Rettungsdienstpersonal).

Voraussetzung für die Teilnahme an dem Notarztzertifikat (AgbN) ist der Fachkundenachweis Rettungsdienst, eine mindestens einjährige praktische Erfahrung als Notarzt zum Zeitpunkt der Zertifizierung. Das Notarztzertifikat kann den Fachkundenachweis Rettungsdienst freilich nicht ersetzen, da den Anforderungen des

Art. 21 I S.5 Bayr.RDG auch weiterhin genüge getan werden muß. Die Erfolgskontrollen am Ende der einzelnen Module müssen erfolgreich absolviert werden, um das Notarztzertifikat der AgbN zu erhalten.

Grundsätzlich besteht jedes Modul aus Kolloquien, praktischen Übungen, theoretischen und praktischen Erfolgskontrollen. In den einzelnen Modulen sind nach Themen geordnet folgende Inhalte vorgesehen:

- Internistische Notfälle.
- Chirurgische Notfälle – Traumamanagement.
- Anästhesiologische Notfälle – Atemwegsmanagement und Narkose.
- Pädiatrische Notfälle.
- Neurologische und psychiatrische Notfälle.
- Zertifizierter Reanimationsstandard.
- Rettung.
- Besondere Notfälle.

Für jeden dieser Lerninhalte ist von der AgbN eine eintägige Fortbildung vorgesehen. Pro Modul können nach den Bestimmungen der Bayerischen Landesärztekammer je nach Konzeption bis zu 5 Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer im Ansatz vermittelt werden. Nach dem Besuch der jeweiligen Lerneinheiten kann das Fortbildungszertifikat der Bayerischen Landesärztekammer beantragt werden.

Das Besondere am Notarztzertifikat ist die spezielle Zertifizierung am Ende der Fortbildung, wobei die Tutoren nicht nur die Leistungen bei den Praxisbeispielen bewerten, sondern vor allem auch die Maßnahmen der Versorgung gemeinsam mit den Probanden besprochen werden. Damit ist nicht nur die geforderte Evaluation gesichert, sondern der Fortbildungseffekt wird noch weiter intensiviert.

Das Notarztzertifikat stellt damit nicht nur eine Erweiterung der Fortbildungsangebote dar, sondern beurteilt die daraus resultierenden Leistungen. Das Ganze wird in die derzeit existierende Konzeption der Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer integriert und kann damit eine Steigerung der Motivation für den Einzelnen darstellen.

Eine solche Fortbildung erscheint für jeden im Notarzdienst tätigen Mediziner als geboten, soweit und solange die bestehende Fortbildungserfordernis nicht ausreicht.

2.3.8. Erprobung ärztlicher Leiter

Nachfolgend werden die Grundlagen des neu geschaffenen ärztlichen Leiters untersucht, der erstmals in der neuen Fassung des Bayr. RDG vom 06.01.1998, zunächst zur Probe, aufgenommen wurde.

2.3.8.1. Einleitung

Die Ärztliche Stellung im Rettungsdienst war bisher traditionell auf die Rolle des Notarztes in der notfallmedizinischen Versorgung beschränkt und hat erst in den letzten Jahren durch die Einführung des Leitenden Notarztes eine Erweiterung erfahren. Aufgrund der fehlenden ärztlichen Entscheidungskompetenz für die Planung und Durchführung des Rettungsdienstes war es nicht gesichert, daß medizinische Belange in ausreichendem Umfang berücksichtigt wurden.

Fehlende ärztliche Mitverantwortung bei der Steuerung und Organisation der präklinischen Notfallversorgung stellte einen gravierenden Mangel in der Notfallversorgung dar [113].

2.3.8.2. Grundlagen des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst

Das Bayr.RDG führt in Art. 32 einen Ärztlichen Leiter, der zur qualitativen Verbesserung des Rettungsdienstes, sowie zur Weiterentwicklung desselben in ausgewählten Rettungsdienstbereichen erprobt werden soll [139]. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) wird vom jeweiligen Rettungszweckverband bestimmt.

Die Aufgaben des ÄLRD sind im Wesentlichen:

- Den Rettungszweckverband bei Entscheidungen über Zahl, Standort und Ausstattung von Rettungseinrichtungen zu beraten und zu unterstützen.

- Im Zusammenwirken mit den Durchführenden der Notfallrettung und den Notärzten eine weitgehend einheitlich pharmakologische und medizinische Ausstattung und Ausrüstung der Fahrzeuge festlegen.
- Die Einsatzstrategien und das Einsatzgeschehen in der jeweiligen Rettungsleitstelle überwachen, um bei Bedarf die vorhandenen Dispositionsanweisungen zu verbessern.

Die aus diesen Vorgängen gewonnenen Erkenntnisse sollen dann gezielt der Fort- und Weiterbildung des Rettungsdienstpersonals und der Notärzte dienen [76].

2.3.8.3. Zielsetzung und Durchführung der Einführung Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Durch diese Neuerungen erhofft sich der Gesetzgeber eine effizientere Qualitätssicherung [150].

Diese Gesetzesänderung soll allerdings nicht abschließend sein, vielmehr will der Gesetzgeber mit der Erprobung des ÄLRD zunächst einige Rettungsdienstbereiche gemäß §7 I, III der dritten Bayrischen Verordnung zur Ausführung von Notfallrettung, Krankentransport und Rettungsdienst vom 23.03.1998 (AV Bayr.RDG) (Hof, Kempten, Allgäu, Regensburg und Rosenheim) zur Erprobung mit einem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ausstatten und dann, wie in Art. 32 IV Bayr.RDG vorgesehen, weitere Regelungen treffen (GVBl. S. 211).

Bei der Erfüllung seiner Aufgaben wirkt der ÄLRD mit dem Betreiber der Rettungsleitstelle, den Durchführenden der Notfallrettung und den Notärzten zusammen [14]. Dem Ärztlichen Leiter stehen dabei eine Reihe von Befugnissen zu, die im Einzelnen in Art. 32 III Bayr.RDG und in §7 IV AV Bayr.RDG genannt sind. Aufgrund der Tatsache, daß sich der Freistaat Bayern durch die Einführung des ÄLRD auf juristisches Neuland begeben hat, erscheint es sinnvoll, daß die Regelung in ihrer gesetzlichen Feinsteuerung erst nach der Erprobung in den einzelnen Rettungsdienstbereichen erfolgt [112,5]. Die Erprobung ÄLRD wird zunächst als Pilotprojekt angesehen und fachlich von der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilian Universität München betreut. Dazu gehört:

- Die fachliche Mitwirkung bei der Festlegung der einzelnen Erprobungsbe-
reiche.
- Die Auswahl der in Betracht kommenden Ärzte.
- Die Erarbeitung und Durchführung eines Traineeprogramms.
- Die Etablierung und Betreuung der erforderlichen EDV Struktur.
- Die Leitung und Durchführung der wissenschaftlichen Datenaufbereitung.
- Das kontinuierliche Coaching der beauftragten Ärzte und die Leitung der
wissenschaftlichen Evaluierung und Effizienzkontrolle.

All diese Maßnahmen erschienen vor allem vor dem Hintergrund erforderlich, daß, bis zur Einführung des ÄLRD, nichtmedizinisches Personal über wichtige Bereiche im Rettungswesen zu bestimmen hatte.

So entschied nichtärztliches Personal:

- Wann und wie ein Notarzt zum Einsatz kommt.
- Wie die Notfallrettung strukturell und organisatorisch durchgeführt werden
sollte.
- Welche Einsatzstrategien verfolgt werden sollten.
- Wie im Einsatzfall die notärztliche Besetzung eines Rettungswagens quali-
fiziert sein mußte.
- Wie die Rettungswagen pharmakologisch auszustatten waren.
- Inwiefern die Dokumentation einzelner Rettungsleitstellen ausgewertet
wurde.
- Ob und wie nichtärztliches Personal fortgebildet werden sollte.
- Welche hygienischen Maßnahmen zu treffen waren.

Diese Aufzählung macht deutlich, daß, anders als in Klinik und ärztlicher Praxis, grundsätzliche Fragen der Notfallversorgung dem ärztlichen Einfluß völlig entzo-
gen waren [150,139]. Folglich erschien die Notfallrettung in der Vergangenheit
mehr als Krankentransportdienstleistung.

Der Gesetzgeber hat also mit der Einführung des ÄLRD eine gesetzliche Grundla-
ge zur Qualitätssicherung in der Notfallmedizin geschaffen. Die Medizin kann auf
dieser Grundlage mehr in den Mittelpunkt des gesamten Rettungswesens rücken.
In der Folge davon wird die Patientenversorgung immer mehr den anerkannten

Regeln der Medizin entsprechen, und in der präklinischen Medizin werden immer mehr kontinuierliche Qualitätsmanagementstrategien entwickelt werden können. Insbesondere erscheint vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Notkompetenz eine Überwachung durch ärztliches Personal sowohl wünschenswert als auch geboten.

Anzumerken ist noch, daß es bei der Schaffung des ÄLRD nicht darum gehen kann, inwiefern Bereiche des Rettungswesens zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal aufzuteilen sind, sondern es vielmehr darum geht, auch bei der Durchführung des Rettungsdienstes und bei der Ausbildung des Personals durch die Hilfsorganisationen medizinische Belange zu berücksichtigen [112].

Die Funktion des ÄLRD sollte weiterhin von einem klinisch und notfallmedizinisch tätigen Arzt wahrgenommen werden. Ein ausschließlich in der präklinischen Notfallmedizin oder in der Verwaltung tätiger Arzt würde über kurze Zeit Gefahr laufen, seine praktische medizinische Kompetenz zu verlieren. Eine ähnliche Problematik eröffnet sich, wenn man die Aufgabe an einen ausschließlich klinisch tätigen Arzt weitergibt, da ihm die speziellen Anforderungen der präklinischen Notfallmedizin nicht aus aktueller persönlicher Erfahrung geläufig sind. Daher muß es sich um einen Arzt handeln, der diese beiden Bereiche abdecken kann. Bedacht werden muß auch, daß der Ärztliche Leiter Rettungsdienst über gewisse Fähigkeiten im Bereich der Verwaltungsorganisation verfügen sollte.

2.3.8.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Erprobung des ÄLRD eine große Chance für ein effektives Qualitätsmanagement im Bayrischen Rettungsdienst darstellt. Insbesondere im Bereich der Notkompetenz erscheint es zwingend erforderlich, überregionale Standards zu entwickeln, die auch im Rahmen der Fortbildungen effektiv eingesetzt werden können. Außerdem kann durch die Hinzuziehung ärztlichen Personals die Qualität der Notfalleinsätze, im Rahmen der sowohl technischen als auch pharmakologischen Ausstattung von Rettungsmitteln, immens gesteigert werden. Im Übrigen kann lediglich eine überregionale Institution, die auch die einzelnen Dokumentationen verfolgt, über die Einrichtung und Ausstattung von Rettungsleitstellen entscheiden.

3. Zusammenfassung und Ausblick

In der Gesamtbetrachtung erscheint die Neuregelung des Bayr.RDG als gelungene Gesetzesnovelle. Die für den Gesetzgeber entscheidende Frage der Steigerung der medizinischen Qualität der Notfallversorgung, bei gleichzeitiger Erhaltung der Finanzierbarkeit, scheint in positiver Form beantwortbar zu sein. Für die wirtschaftliche Erwartung scheint es annehmbar, daß sich die Wirtschaftlichkeit der Novelle mittelfristig auswirken wird. Dies insbesondere im Hinblick auf die Erprobung des ÄLRD, der bei konsequenter überregionaler Einsetzung zu einer Effizienzsteigerung der einzelnen Abläufe führen wird.

Im Bereich des Notarztdienstes hätte der Gesetzgeber eine Regelung treffen können, die die Qualifikation von Notärzten an eine Leistungs- und Wissenskontrolle bindet. In diesem Rahmen wäre es wünschenswert, wenn die Bayerische Landesärztekammer von der Möglichkeit Gebrauch machte, dieses Versäumnis des Gesetzgebers auszuräumen.

Inwieweit sich rechtliche Fragen im Bereich der Haftung endgültig klären werden, wird die Rechtsprechung der obersten Gerichtshöfe erst noch zeigen müssen. Dies ist insbesondere im Falle der Anwendbarkeit von Amtshaftungsansprüchen der Fall. Hier wäre es vor allem für Notärzte und Leitende Notärzte wünschenswert gewesen, eine abschließende Regelung durch den Gesetzgeber oder den BGH zu haben.

Im Rahmen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals ist - insbesondere im Bereich der Notkompetenz - abzuwarten, inwieweit Qualifikationen im Zusammenhang mit einer zentraleren Steuerung an den Anforderungen ausgerichtet werden können. Auch hier erscheint es wünschenswert, eine einheitliche Regelung zu finden, was die Aus- und Weiterbildung nichtärztlichen Personals für bestimmte Gefahrensituationen betrifft, insbesondere solche, bei denen eine Falschbehandlung zu lebensgefährlichen Verletzungen der Patienten führen kann. Auch hier sind durch die Erprobung ÄLRD neue Möglichkeiten eröffnet worden, die sowohl die Sicherheit der Patienten, was ihre medizinische Versorgung anbelangt, als auch die rechtliche Sicherheit der Rettungsassistenten im Hinblick auf die Problematik des Übernahmeverschuldens, gewährleisten können.

Was Private im Rettungsdienst anbelangt, so hat der Gesetzgeber durch die Schaffung des Verwaltungsmonopols eine rechtlich eindeutige Situation geschaffen. Die Möglichkeiten der privaten Unternehmer werden zwar massiv eingeschränkt, aber gleichzeitig erscheinen sie in diesem Zusammenhang absolut legitim für die Sicherheit und Funktionstüchtigkeit des Rettungsdienstes. Bezüglich der verfassungsrechtlichen Problematik, ist in diesem Zusammenhang allerdings die Funktionsschutzklausel zu überdenken, die nicht zwingend erforderlich erscheint und die in Anbetracht des Eingriffes in Art. 12 GG einer neuerlichen Überarbeitung durch den Gesetzgeber bedarf.

Literaturverzeichnis

- 1 **AG Regensburg**, Urt. vom 17.05.1995; 21 Cs 107 Js 25352/84.
- 2 **Ahnefeld F. W.**, Zukunftsperspektiven in der Notfallmedizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin, 1991, S.292- 296 (S.293).
- 3 **Arntz H. R., Storch W. H., Schröder R.**, Frühdefibrillation durch ersteintreffende Rettungskräfte, Dt. Ärzteblatt 1990 S. C 1341- S. C1343
- 4 **Ärzte Zeitung**, 17.06.1991, S.1.
- 5 **BÄK**, Empfehlung zum ÄLRD, Biese A. (Hrsg.), Handbuch des Rettungswesens, Loseblatt Stand 1995 München D V 2.5.
- 6 **BÄK**, Reanimation – Empfehlungen zur Wiederbelebung, 2. Auflage Köln 2000, S.47 – S.49.
- 7 **BÄK**, Stellungnahme zur Notkompetenz und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst, abgedruckt in: MedR, 1993, S.42.
- 8 **Bayr. Ärzteblatt**, 3/1994, (S.78).
- 9 **Bayr. Ärzteblatt**, 3/1994, (S.79).
- 10 **Becker H.**, Beispiel Frühdefibrillation: Wie ist die Situation der Medizintechnik im Rettungsdienst, Notfallmedizin, 1984, S. 435 - 438.
- 11 **BGH NJW**, 1962, S.1914 – S. 1915 (S.1915).
- 12 **BGH NJW**, 1962, S.796 - S. 797.
- 13 **BGH NJW**, 1965, S. 962.
- 14 **BGH NJW**, 1965, S.962.
- 15 **BGH NJW**, 1973, S.1650 – S.1651.
- 16 **BGH NJW**, 1978, S.495 – S.496.
- 17 **BGH NJW**, 1979, S.1248.

- 18 **BGH NJW**, 1980, S.2810.
- 19 **BGH NJW**, 1991, S.1171.
- 20 **BGH NJW**, 1991, S.2954.
- 21 **BGH NJW**, 1992, S.1684.
- 22 **BGH VersR**, E 64, S.1055.
- 23 **BGH VRS**, E 13, S.18.
- 24 **BGH**, NJW, 1981, S.50 – S.51 (S.51).
- 25 **BGHSt**, E 11, S.111.
- 26 **BGHSt**, E 14, S.213.
- 27 **BGHSt**, E 2, S.69.
- 28 **BGHSt**, E 6, S.147.
- 29 **BGHZ**, E 108, S.230 – S.234, (S.233).
- 30 **BGHZ**, E 109, S.163 – S. 169, (S.167).
- 31 **BGHZ**, E 120 S.187 – S.188.
- 32 **BGHZ**, E 2, S.94.
- 33 **BGHZ**, E 24, S.213.
- 34 **BGHZ**, E 39, S.283.
- 35 **BGHZ**, E 39, S.358 – S.365, (S.362).
- 36 **BGHZ**, E 4, S.138.
- 37 **BGHZ**, E 42, S.176 – S.181, (S.179).
- 38 **BGHZ**, E 43, S.291 – S. 320, (S.315).
- 39 **BGHZ**, E 49, S.108 – S.112, (S.112).
- 40 **BGHZ**, E 68, S.217 – S.218.
- 41 **BGHZ**, E 69, S.128 – S.134, (S.130).
- 42 **BGHZ**, E 71, S.212.

- 43 **BGHZ**, E 76, S.259 – S.264, (S.261).
- 44 **BGHZ**, E 89, S.250 – S.259, (S.255).
- 45 **Bloch C.**, Amtshaftung bei rettungsdienstlichem Notarzteeinsatz, NJW 1993, S.1513 – S. 1515.
- 46 **Bockelmann P.**, Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968, S.19 – S.22, (S.21).
- 47 **Bockelmann P.**, Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968, S.525.
- 48 **Brox H.**, Schuldrecht besonderer Teil, 24. Aufl., München 1999, Rndr. 288a.
- 49 **Brox H.**, Schuldrecht besonderer Teil, 24. Aufl., München 1999, Rndr.483.
- 50 **Bundesministerium für Verkehr**, Unfallverhütungsbericht, 1997, BT Drs. 13/11252 vom 3.07.1998.
- 51 **BVerfG**, Beschl. vom 13. 01. 1992 - 1 BVR 872/91, abgedruckt in: Gerdemann W., Kobermann H., Kutter S. E., Krankentransport und Rettungswesen, Losebl. Stand 1978 München.
- 52 **BVerfG**, Beschl. vom 13.01.1992 – BvR 872/91, abgedruckt in: Gerdemann W., Kobermann H., Kutter S. E.: Krankentransport und Rettungswesen, Losebl. Stand 1978, München.
- 53 **BVerfG**, E 11, S.30 – S.52, (S.40).
- 54 **BVerfG**, E 16, S.6 – S.42, (S.24).
- 55 **BVerfG**, E 33, S.303 – S.343, (S.331).
- 56 **BVerfG**, E 40, S.196 – S.233, (S.218).
- 57 **BVerfG**, E 40, S.196 – S.237, (S.220).
- 58 **BVerfG**, E 54, S.301 – S. 314, (S.313).
- 59 **BVerfG**, E 7, S.377 – S.414, (S.408).

- 60 **BVerfG**, E 80, S.1 – S.48, (S.30).
- 61 **BVerfG**, NJW, 1979, S.1925.
- 62 **BVerfG**, Vorprüfungsbeschuß vom 18.11.1985 – BvR 1462/83- abgedruckt in: Gerdemann W., Kobermann H., Kutter S. E.: Krankentransport und Rettungswesen, Losebl. Stand 1978 München.
- 63 **BVerwG**, Beschl. vom 14.09.1983, abgedruckt in: Buchholz R., Loeser R., Roman H., Verwaltungsverfahren und Verwaltungsentscheidung, 1. Aufl. Baden - Baden 1997, §48 VwGO Nr.119, S.310.
- 64 **BVerwG**, E 7, S.377 – S.416, (S.398).
- 65 **BVerwG**, Urt. Vom 26. 10. 1995, abgedruckt in: NJW 1996, S.1608 - S.1609.
- 66 **BVerwG**, Urt. vom 27.09.1961, abgedruckt in: DnotZ 1962, S.149 – S.161, (S.155).
- 67 **Bydlinski F.**, Zu den dogmatischen Grundlagen des Kontrahierungszwanges, AcP 1980, S.1.
- 68 **Conig W.**, in: von Staudinger J. (Hrsg.), Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Albrecht K. D. (Bearb.), Berlin, 1998, §31 Rndr. 42.
- 69 **Conrad C.-A.**, Regorz B., Gesetz über die Notfallrettung und den Krankentransport für Schleswig – Holstein, Kommentar Losebl. Stand 2000, Walluf, §11 Erl. 3.
- 70 **Cramer H.**, in: Schönke A., Schröder H., Strafgesetzbuch, Kommentar, 25. Aufl., München 1997, §330c Rndr.15.
- 71 **Cramer H.**, in: Schönke A., Schröder H., Strafgesetzbuch, Kommentar, 25. Aufl., München 1997, §330c Rndr.10.
- 72 **Curio F.**, Die Geschichte des Krankentransports, Diss. Köln 1971, S. 32 –

S.62, (S.43).

- 73 **Deutscher Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung der BÄK**, Frühdefibrillation durch Rettungssanitäter, abgedruckt in: Biese A. (Hrsg.), Handbuch des Rettungswesens, Losebl. Stand 1995 München, D IV 2.7.
- 74 **Deutscher Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung der BÄK**, Frühdefibrillation durch Rettungssanitäter, abgedruckt in: Biese A. (Hrsg.), Handbuch des Rettungswesens, Losebl. Stand 1995 München D IV 2.7.
- 75 **DIN 75080** Teil 1.
- 76 **DIVI**, Empfehlung zum ÄLRD, abgedruckt in: Biese A. (Hrsg.), Handbuch des Rettungswesens, Losebl. Stand 1995 München, D V 2.5.
- 77 **Dreher E., Tröndle H.**, Kommentar zum StGB, 51. Aufl., München 1999, §13 Rndr. 3.
- 78 **Dreher E., Tröndle H.**, Kommentar zum StGB, 51. Aufl., München 1999, §34 Rndr. 3 – 4.
- 79 **Ehlers D.**, Wirtschaftsaufsicht, in: Achterberg N., Verwaltungsrecht Bd. I, Heidelberg 1990, Rndr. 191.
- 80 **Ermann W., Küchenhoff G.**, Handkommentar zum BGB Bd.1, Münster u.a. 2000, vor §611 Rndr. 57.
- 81 **Ermann W., Küchenhoff G.**, Handkommentar zum BGB Bd.1, Münster u.a. 2000, §631 Rndr. 31.
- 82 **Eser A.**, in: Schönke A., Schröder H., Strafgesetzbuch, Kommentar, 25. Aufl. München 1997, §223 Rndr. 35.
- 83 **EuGH**, Urt. vom 20.04.1988, Rs.204/87.
- 84 **EuGH**, Urt. vom 23.04.1991, Rs C-41/90, Slg. 1991, I-1979.
- 85 **EuGH**, Urt. vom 25.07.1991, Rs C-221/89.

- 86 **Eyermann E., Fröhler F.**, Kommentar zur Verwaltungsgerichtsordnung, 9. Aufl. München 1988, §40 Rndr. 54.
- 87 **Fehn K., Lechleutner A.**, Amtshaftung bei notärztlichem Behandlungsfehler, MedR 2000, S. 114- S.121 (S.115).
- 88 **Fehn K., Lechleutner A.**, Amtshaftung bei notärztlichem Behandlungsfehler, MedR 2000, S. 114- S.121 (117).
- 89 **Gesetz vom 07. 08. 1974**, BGBl. I S.1881.
- 90 **Gesetz vom 17. 02. 1939**, RGBI. S.251.
- 91 **Gesetz vom 30. 11. 1942**, RGBI. I S.17.
- 92 **Gorgaß B., Ahnefeld F.**, Rettungsassistent und Rettungssanitäter, 3. Aufl. Berlin u.a. 1993, S.28.
- 93 **Gorgaß B., Ahnefeld F.**, Rettungsassistent und Rettungssanitäter, 3. Aufl. Berlin u.a. 1993, S.190.
- 94 **Grosser K. D.**, Frühdefibrillation durch Rettungssanitäter, Deutsches Ärzteblatt, 16.06.1990, S.28.
- 95 **Grunsky W.**, Deutsches Rechtslexikon Bd. 2, 2. Aufl. München u.a. 1992, S.741.
- 96 **Gubelt M., Münch I. v., Kuhnig P.**, Grundgesetz Bd. I, München 1995, Art. 12 Rndr. 8.
- 97 **Hadding W., Soergel H.T.**, Bürgerliches Gesetzbuch Kommentar, 12. Aufl., Stuttgart 1987, §31 Rndr.18.
- 98 **Hanau P.**, Münchner Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch von Rebmann K. (Hrsg.), 3. Bd., 3. Aufl. München 1992, §267 Rndr. 78.
- 99 **Hassold G.**, Die Lehre vom Organisationsverschulden, JuS 1982, S. 586-

- S. 588.
- 100 **Hausner H.**, Mitwirkung Privater am Rettungsdienst, Diss. Regensburg, 1993.
- 101 **Heinrichs H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl. München 2001, §276 Rndr. 15.
- 102 **Heinrichs H.**, Kurzkomentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl., München 2001, §31 Rndr. 2.
- 103 **Hübner A., Drost H.**, Ärztliches Haftungsrecht, Berlin 1955, S.18.
- 104 **Jäckel C.**, Berührungspunkte des Notarztes mit der Rechtsprechung. Systematik und praktische Empfehlungen für die notärztliche Tätigkeit, Der Notarzt 2000, S.83-85.
- 105 **Jagus H.**, Straßenverkehrsgesetz Kommentar, 35. Aufl. München 1999, §7 StVG.
- 106 **Jarass H. D.**, Rettungsdienst und EG Recht (Rechtsgutachten), 1990, S. 34.
- 107 **Jarass H., Pieroth B.**, Grundgesetz, 4. Aufl. München 1997, Art. 12 Rndr. 4.
- 108 **Kilian W.**, Kontrahierungszwang und Zivilrechtssystem, AcP 1980, S.47.
- 109 **Kirchhoff P.**, Mittel staatlichen Handelns, in: Isensee J., Kirchhoff P., Hdb. des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland Bd. III. , Heidelberg 1988, §59 Rndr. 35.
- 110 **Kirchner C.**, Verfassungsrechtliche Grenzen einer Regulierung durch Landesgesetze, Staatswissenschaften und Staatspraxis, 1993, S.595 – S.618, (S.605).
- 111 **Kleinwerfers K., Wilts W.**, Ordnungswidrigkeiten Gesetz Kommentar,

- München 1975.
- 112 **Klingshirn H.**, Bayern stellt Weichen im Rettungsdienst, Notfall und Rettungsmedizin 1998, S.181- S. 184.
- 113 **Klingshirn H.**, Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst, Notfallmedizin 1996, S.101- S. 103.
- 114 **Knuth P.**, Rettungsdienst und ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notfallmedizin 1999, S.352 – S.353.
- 115 **Koch B.**, Entwicklungstendenzen im Rettungsdienst und Verkehrsgeschehen, Notfallmedizin 1988, S.424 – S. 431.
- 116 **Koch B., Kuschinsky B.**, Notärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Bestands- und Strukturanalyse, Schriftenreihe Rettungsdienst, Nottuln 1997, Bd. 14 .
- 117 **Koch H., Rüßmann H.**, juristische Begründungslehre, München 1982, §23, S. 2.
- 118 **Kühn D.**, Rettungsdienst, München 1998, Kap 38.8 S.648.
- 119 **Kühn D.**, Rettungsdienst, München 1998, Kap. 38.3. S. 649
- 120 **Küper W.**, Die sogenannten Gefahrtragungspflichten im Gefüge des rechtfertigenden Notstandes, JZ 1980, S.755.
- 121 **Lackner K.**, Strafgesetzbuch Kommentar, 23. Aufl. München 1999, §13 Anm. 3.
- 122 **Lindlahr K.**, Der Rettungsdienst im Spannungsverhältnis zur Krankenbeförderung durch freie Unternehmer, Der Landkreis 1985, S.554- S. 556 (S.555).
- 123 **Lipp M.**, Fachkundenachweis Rettungsdienst, abgedruckt in: Notfall Medizin 1/1995, S.37 - S.41 (S.38).

- 124 **Lipp M.**, Fachkundenachweis Rettungsdienst, Notfall Medizin 1/1995, S.37 - S.41 (S.40).
- 125 **Lippert H. D.**, Die Defibrillation – delegierte ärztliche Aufgabe oder eine eigene Aufgabe des Rettungsassistenten, MedR 1995, S.235 - S.238 (S.236).
- 126 **Lippert H. D.**, Die Defibrillation – delegierte ärztliche Aufgabe oder eine eigene Aufgabe des Rettungsassistenten, MedR 1995, S.235 - S.238, (S.237).
- 127 **Lippert H. D.**, Organisationsverschulden Hochschulklinika, NJW 1984, S.2606.
- 128 **Lippert H. D.**, Rechtsstellung des Notarztes im organisierten Rettungswesen, MedR 1983, S.168.
- 129 **Lippert H. D., Weißbauer W.**, Rettungswesen, Berlin u.a. 1984, Rndrn. 419 u. 333.
- 130 **Lippert H. D., Weißbauer W.**, Das Rettungswesen, Berlin u.a. 1984, Rndr. 499.
- 131 **Lippert H. D., Weißbauer W.**, Rettungswesen, Berlin u.a. 1984 Rndr. 464 – Rndr. 465 m. w. N.
- 132 **Lippert H. D., Weißbauer W.**, Rettungswesen, Berlin u.a. 1984, S.115.
- 133 **Locher M., Jarass G.**, Wirtschaftsverwaltungsrecht mit Wirtschaftsverfassungsrecht, 3. Aufl. Neuwied 1997, §15 Rndr. 33.
- 134 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.1.
- 135 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.12.
- 136 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.13.
- 137 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.17.

- 138 **LT Drs. Bayern**, 11/16437 S.13.
- 139 **LT Drs. Bayern**, 13 / 8388 S.21.
- 140 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.14.
- 141 **LT Drs. Bayern**, 13/8388 S.19.
- 142 **LT Drs. Bremen**, 13/314 S.21.
- 143 **LT Drs. Hamburg**, 14/300 S.15.
- 144 **LT Drs. Hessen**, 12/7214 S.42
- 145 **LT Drs. Niedersachsen**, 12/3016, S.6.
- 146 **Maßbeck P.**, Der Rettungsassistent, in: Bertschat F.L., Lehrbuch für den Rettungsdienst, Berlin 1999, Kap.1.1.
- 147 **Maurer D., Dick W.**, Die Notfallmedizin auf dem Prüfstand, Anästhesist 1996, S.864 – S. 867.
- 148 **Medicus D.**, Allgemeiner Teil des BGB, 7. Aufl. Heidelberg 1997, §30 III – IV.
- 149 **Mertens H. J.**, in: Münchener Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, von Rebmann K. (Hrsg.), 3. Bd., 3. Aufl. München 1992, §823, Rndr. 370.
- 150 **Möcke H.P.**, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, in: Dt. Ärzteblatt 1994, S.278- S. 280.
- 151 **Oehler H.**, Die Befugnisse des Gesetzgebers im Rahmen der Gefahrenabwehr, Rettungsdienst 1996, S.619 – S.633, (S.621).
- 152 **Oehler H.**, Wer rettet den Rettungsdienst?, Rettungsdienst 1997, S.556 – S.567, (S.562).
- 153 **Ossenbühl F.**, Rettungsdienst und Berufsfreiheit München, 1991, S.43.
- 154 **Ossenbühl F.**, Staatshaftungsrecht, 4. Aufl. München 1991, S.178.

- 155 **OVG Berlin**, Urt. vom 12.02.1992 – OVG 1 B 32.98 – abgedruckt in: Rettungsdienst 1992, S.989 – S.1021, (S.999).
- 156 **OVG Lüneburg**, Beschluß vom 17. 06. 1994, abgedruckt in: NdsVBl. 1995, S.42.
- 157 **OVG Lüneburg**, Beschluß vom 21.01.1987, abgedruckt in: NdsRPfl. 1987, S.140.
- 158 **OVG Münster**, Beschluß vom 02. 08. 1994 abgedruckt in: NWVBl. 1995, S.27.
- 159 **Papier H. J., Maunz T., Dürig G.**, Grundgesetzkommentar Bd. I, München Stand 2001, Art. 34 Rndr. 139.
- 160 **Papier H. J., Maunz T., Dürig G.**, Grundgesetzkommentar Bd. I, München Stand 2001, Art. 34, Rndrn. 111 u. 120.
- 161 **Papier H. J.**, Münchener Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch von Rebmann K. (Hrsg.), Bd. 5, 3. Aufl. München 1992, §839 Rndr. 147.
- 162 **PBefEignungsVO**, Nachweis der fachlichen Eignung zur Führung von Unternehmen des Straßenpersonenverkehrs, BGBl. I vom 10. 04. 1979, S.458.
- 163 **Putzo H.**, Kurzkommentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl., München 2001, Einführung vor §611 Anm.2.
- 164 **RGZ**, 157, S.235.
- 165 **Roxin C.**, Strafrecht Allgemeiner Teil Bd.1, München 1997, §16 Rndr. 19.
- 166 **Rupp H. H.**, Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe, Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.), 4. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes, Bonn

- 1978, S.19.
- 167 **Schäfer S., Koch B.**, Präklinische Notfallversorgung in Deutschland, Notfall Medizin 1999, S.462 – S.465.
- 168 **Schneider T.**, über die Sicherheit der Defibrillation, Notfall und Rettungsmedizin 1998, S.371- S. 373.
- 169 **Scholz R., Maunz T., Dürig G.**, Grundgesetzkommentar Bd. I München, Stand 2001, Art.12, Rndr. 41.
- 170 **Schulte M.**, Rettungsdienst durch Private, Berlin 1999.
- 171 **Sefrin P.**, Veränderungen im Rettungsdienst und ihre Auswirkungen, Der Notarzt 1999, S. 59- S. 62.
- 172 **Soergel H.**, Münchener Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch von Rebmann K. (Hrsg.), 3. Bd., 3. Aufl., München 1992, §631 Rndr. 59.
- 173 **Söllner A.**, Münchener Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, von Rebmann K. (Hrsg.), 3. Bd., 3. Aufl., München 1992, §611 Rndr. 44.
- 174 **Steiner W.**, Staatliche Gefahrenvorsorge und technische Überwachung, Heidelberg, 1984, S. 52.
- 175 **Stern K.**, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland Band 1, 2. Aufl. München 1984, S.387.
- 176 **Storch W., Arntz H. R., Stern R., Schröder R.**, Sind unsere Rettungsdienste gut organisiert ?, Notfallmedizin 1991, S.400- S. 407.
- 177 **Stree W.**, in: Schönke A., Schröder H., Strafgesetzbuch, Kommentar, 25. Aufl., München 1997, §13 Rndr. 9.
- 178 **Stree W.**, in: Schönke, A., Schröder H., Strafgesetzbuch, Kommentar, 25.

- Aufl., München 1997, §13 Rndr. 61.
- 179 **Tammelo I., Schreiner H.**, Grundzüge und Grundverfahren der Rechtslogik, Bd. 2, Pullach 1997, S.53.
- 180 **Thomas H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl., München 2001, § 839, Rndr. 11.
- 181 **Thomas H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl., München 2001, § 839, Rndr. 54.
- 182 **Thomas H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt O. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 60. Aufl., München 2001, Einf. vor § 631 Anm.5.
- 183 **Thomas H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt P. (Hrsg.) und Bassenge P. (Bearb.), 59. Aufl., München 2001 § 839, Rndr. 27 u. 29.
- 184 **Thomas H.**, in: Kurzkomentar BGB, von Palandt, O. (Hrsg.) und Bassenge, P. (Bearb.) 60. Aufl., München 2001, § 839 Rndr. 25.
- 185 **Thomas H.**, in: Münchener Kommentar, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch von Rebmann K. (Hrsg.), Bd. 5, 3. Aufl., München 1992, §839 Rndr. 141.
- 186 **Thomsen H.**, Der ärztliche Notfalldienst, Diss. Marburg 1986, S.168.
- 187 **Ufer M. R.**, Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz Kommentar, Wiesbaden 1997, § 22 Erl. 5.
- 188 **Ufer M. R.**, Rechtsgrundlagen des Rettungsdienstes, in: Kontokllias J., Arzt im Rettungsdienst, 2. Aufl. Edewecht 1994, S.54.
- 189 **Ufer M. R.**, Strukturwandel im Notarztdienst aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung, Notfallmedizin 1996, S.94 - S.96.
- 190 **Weißbauer W., Lippert H. D., Sefrin P.**, Erstversorgung nach den DIVI, 5. Aufl., München u.a., S.23.

191 **Winkler M.**, Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes contra Berufsfreiheit der Rettungsdienstunternehmer, DÖV 1995, S.899 – S.904.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor jur. Dr. G. H. Schlund, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht München a.D., für die Überlassung des Themas. Er hat mir stets hilfreich zur Seite gestanden und mir die Möglichkeit zur Durchführung der vorliegenden Dissertation an der Klinik für Anaesthesiologie der Technischen Universität München gegeben. Hierfür sei ihm herzlich gedankt.

Lebenslauf

Am 28.03.1973 wurde ich in Diepholz / Niedersachsen geboren.

Nach 4 Jahren Grundschule in Hannover besuchte ich die Freie Waldorfschule Evinghausen.

1993 bestand ich dort das Abitur.

Nach verschiedenen berufsfindenden Praktika, begann ich im April 1994 mit dem Studium der Volkswirtschaftslehre in Osnabrück.

Im gleichen Jahr begann ich im Oktober mit dem Studium der Medizin an der Universität in Leipzig.

Dort bestand ich am 27. März 1997 das Physikum und wechselte zum Sommersemester des gleichen Jahres an die Universität Hamburg, an der ich am 23. August 1999 den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestand.

Ab dem Wintersemester 1999/2000 studierte ich an der Technischen Universität München und bestand dort am 25. August 2000 den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Am 23. Oktober 2000 begann ich mit dem Praktischen Jahr an der Technischen Universität München. Mit dem 3. Staatsexamen schloß ich mein Medizinstudium dort am 06.11.2001 ab. Seitdem befinde ich mich im AiP.

München, den

Unterschrift: