

besserungen und Maßnahmen für die weitere Etablierung von Telemedizin und Videosprechstunden versprochen. So hat das Bundesministerium für Gesundheit z. B. zugesagt, dass „telemedizinische Leistungen [...] für die Versicherten niedrigschwellig verfügbar“ gemacht werden. Weiter hat das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt, dass „der Aufbau leistungsfähiger Strukturen und Angebote eine Entfaltung des Potenzials von Telemedizin [ermöglichen]“ werden.

Die erklärte „niedrigschwellige Verfügbarkeit“ sowie der „Aufbau leistungsfähiger Strukturen und Angebote“ zur „Entfaltung des Potenzials von Telemedizin“ setzen jedoch voraus, dass Ärzte die von ihnen angebotenen Videosprechstunden und sonstigen Fernbehandlungen bewerben dürfen. Das Werbeverbot für Fernbehandlung in seiner aktuellen Ausgestaltung steht dem allerdings entgegen und ist nicht mehr zeitgemäß.

Der Gesetzgeber hatte bisher von einer vollständigen Abschaffung des Werbeverbots für Fernbehandlung abgesehen und dies damit begründet, dass auch nach der Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts in § 7 Abs. 4 MBO-Ä ein Schutzbedarf fortbesteht. Dies betreffe nicht zuletzt das Bewerben von Fernbehandlungen, die durch Personen angeboten werden, bei denen weder die Fernbehandlung noch das Bewerben der Fernbehandlung durch eine rechtlich verbindliche Berufsordnung geregelt werden⁵⁵.

Solche Personenkreise sind insbesondere Heilpraktiker und Tierärzte. Für beide Berufsgruppen existieren zwar Berufsordnungen. Die für Heilpraktiker existierenden Berufsordnungen (z. B. die des Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.⁵⁶) sind jedoch einerseits nicht allgemein rechtsverbindlich und verbieten darüber hinaus die Bewerbung von Fernbehandlung nach Maßgabe des § 9 HWG⁵⁷. Die Muster-Berufsordnung der Bundestierärztekammer enthält andererseits keinerlei Regelung zu Fernbehandlung durch Tierärzte, d. h. trifft hierzu keine gesonderten Vorgaben⁵⁸.

Soweit also der Gesetzgeber – nach wie vor – vor einer vollständigen Abschaffung des Werbeverbots für Fernbehandlung zurückschreckt, bestünde die (alternative) Mög-

lichkeit das Verbot des § 9 S. 1 HWG auf diese Personenkreise einzuschränken und gleichzeitig die Regelung des § 9 S. 2 HWG zu streichen.

V. Fazit

Nach der Einführung des § 9 S. 2 HWG, die das strenge Werbeverbot für Fernbehandlung (§ 9 S. 1 HWG) eigentlich – entsprechend der Liberalisierung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä – lockern sollte, ist die rechtliche Situation in der Praxis nahezu unverändert: Die Bewerbung von Fernbehandlung ist rechtlich kaum zulässig. Die mit der Werbung für Fernbehandlung befassten Gerichte legen § 9 S. 2 HWG eng aus und lassen sich meist von einer veralteten Sichtweise leiten. Insgesamt tut sich die Rechtsprechung schwer, vom bekannten Bild, bei dem ein Arzt einen Patienten im Rahmen eines physischen Kontakts mit all seinen Sinnen vor Ort in der Praxis behandelt, abzurücken und die Möglichkeiten der modernen Medizin anzuerkennen.

Grund dafür ist auch die bislang zögerliche Haltung des Gesetzgebers, das Werbeverbot für Fernbehandlung insgesamt abzuschaffen. Für die Patientenversorgung in Deutschland ist das nachteilig – ebenso wie für den (Gesundheits-)Wirtschaftsstandort Deutschland und den Fortschritt der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Es wäre wünschenswert, wenn sich der Gesetzgeber hier neu orientieren und – im Zuge der vom Bundesministerium für Gesundheit im März 2023 veröffentlichten „Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“ – eine Streichung des § 9 HWG verabschieden könnte.

55) Vgl. BT-Dr. 19/13438, S. 77.

56) Abzurufen über <https://www.bdh-online.de/heilpraktiker/praxismanagement/gesetze/berufsordnung/>. Diese Berufsordnung gilt nicht für alle Heilpraktiker, sondern infolge der Satzung des BDH e. V. nur für seine Vereinsmitglieder.

57) So auch *Eichelberger*, in: *Ahrens/Büscher/Goldmann/McGuire*, FS f. *Henning Harte-Bavendamm*, S. 289, 300 m. w. N.

58) Abzurufen über <https://www.bundestieraeztekammer.de/btk/musterordnungen/>.

<https://doi.org/10.1007/s00350-023-6532-7>

Regelungsbedarf hinsichtlich der Patientenrechte in der Notfallrettung im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst

Sandra Hobusch

1. Einführung

Seit einigen Jahren wird die Reform der bundesdeutschen Notfallversorgung diskutiert. Der Anfang 2020 veröffentlichte Referentenentwurf des Bundesministerium für Gesundheit¹ für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung sah drei Regelungsbereiche vor: (1) Schaffung eines Gemeinsamen Notfallsystems, (2) Bildung von Integrierten Notfallzentren und (3) Schaffung des Rettungsdienstes als eigenen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Reformgesetz wurde in der letzten Le-

gislaturperiode nicht mehr verabschiedet. Die Reform der Notfallversorgung steht jedoch weiterhin auf der aktuellen politischen Agenda. In dem von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP vereinbarten Koalitionsvertrag ist die Reform der Notfallversorgung, inkl. die Schaffung des Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, verankert². Die Reform der Notfallversorgung ist dringend notwendig, um

1) Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf (Abruf am 8. 2. 2023).

2) Vgl. S. 66 des Koalitionsvertrages von 2021–2025, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> (Abruf am 8. 2. 2023).

die bislang getrennt organisierte ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung zu verzahnen und zu einem effizienten Gesamtsystem der Patientenversorgung zu entwickeln, um steigenden Fallzahlen gerecht zu werden, aber auch um die Fehlinanspruchnahme von Notaufnahmen der Krankenhäuser und von Rettungsmitteln durch Patienten mit leichten Erkrankungen entgegenzuwirken.

Nachfolgend soll ein weiterer Regelungsbedarf aufgezeigt werden, nämlich die Ausgestaltung der Patientenrechte in den Landesrettungsdienstgesetzen (LRDG). Die im Interesse der Allgemeinheit als Daseinsvorsorge und Ordnungsverwaltung (nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr) bereitgestellte Notfallrettung stellt ab ihrer Inanspruchnahme durch den Notfallpatienten zugleich eine individuelle medizinische Versorgung dar, die den Belangen des Einzelnen dient. Der betroffene Notfallpatient hat ein erhebliches Interesse daran, dass die für ihn sehr wichtigen Rechtsgüter der Gesundheit und des Lebens durch einen organisierten Rettungsdienst geschützt sind und im Bedarfsfall die erforderliche medizinischen Maßnahmen ergriffen werden. Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass kein Regelungsbedarf bestehe, weil der Notfallpatient im Rahmen eines Behandlungsvertrages versorgt werde und die Patientenrechte in den §§ 630a ff. BGB gesetzlich verankert seien. Für den (in Baden-Württemberg³) privatrechtlich organisierten Rettungsdienst trifft diese Einordnung nach einhelliger Auffassung zu⁴. Dagegen sind die Rechtsnatur der Patientenversorgung im Rahmen der Notfallrettung im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst der anderen Bundesländer und die damit im Kontext stehende Frage, ob die §§ 630a ff. BGB Anwendung finden, umstritten.

2. Streitstand hinsichtlich der Rechtsnatur der Patientenversorgung im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst

Die Organisation des Rettungswesens gehört gem. Art. 30, 70 GG zur Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Die Bundesländer Bayern⁵, Berlin⁶, Brandenburg⁷, Bremen⁸, Hamburg⁹, Hessen¹⁰, Mecklenburg-Vorpommern¹¹,

Niedersachsen¹², Nordrhein-Westfalen¹³, Rheinland-Pfalz¹⁴, Saarland¹⁵, Sachsen¹⁶, Sachsen-Anhalt¹⁷, Schleswig-Holstein¹⁸ und Thüringen¹⁹ haben sich für eine öffentlich-rechtliche Ausgestaltung des Rettungsdienstes entschieden. Aus der öffentlich-rechtlichen Organisation des Rettungsdienstes leiten die Rechtsprechung²⁰ und die überwiegende Literatur²¹ ab, dass die bei Erfüllung der rettungsdienstlichen Aufgaben entstehenden Rechtsbeziehungen zu den Notfallpatienten ebenfalls als öffentlich-rechtlich zu qualifizieren seien. Mit der Versorgung des Patienten würde der Träger des Rettungsdienstes die ihm gesetzlich obliegende Notfallrettung wahrnehmen. In diesen hoheitlichen Aufgabenbereich sei der den Patienten unmittelbar versorgende Notarzt oder Leistungserbringer ebenfalls einbezogen, indem er die ihm übertragenen Aufgaben der Notfallrettung als hoheitliche Tätigkeit wahrnehme, ohne dass es dafür eines (zusätzlichen) privatrechtlichen (Dienst- oder Behandlungs-)Vertrages bedürfe.

Nach einer anderen in der Literatur²² anzutreffenden Ansicht gelten die §§ 630a ff. BGB für jede medizinische Behandlung eines Patienten, ohne dass die öffentlich-rechtliche Organisation des Rettungsdienstes daran etwas ändert.

Eine vermittelnde Auffassung verweist darauf, dass, wenn der Patient auf öffentlich-rechtlicher Grundlage behandelt wird, die §§ 630a ff. BGB zumindest nicht unmittelbar gelten, ohne dies jedoch weiter auszuführen²³. In der Umkehrung bedeutet diese Auffassung, dass zumindest eine entsprechende Anwendung der §§ 630a ff. BGB denkbar ist.

Die von der Rechtsprechung und der überwiegenden Literatur dominierte Einordnung der Rechtsbeziehung bedeutet im Ergebnis beispielsweise, dass der in Ulm (Baden-Württemberg) wohnende Notfallpatient auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages notfallmedizinisch versorgt

- 3) Vgl. zur privatrechtlichen Einordnung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg: BGH, Urt. v. 4.6.1992 – III ZR 93/91 –, NJW 1992, 2882 ff.; OLG Stuttgart, Beschl. v. 2.2.2004 – 1 W 47/03 –, NJW 2004, 2987 ff.; OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.5.2016 – 13 U 103/13 –, GesR 2017, 235 ff.
- 4) Vgl. z.B. *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 64. Ed. 1.11.2022, BGB § 630a, Rdnr. 19.
- 5) Vgl. Art. 1, 4 BayRDG v. 22.7.2008, GVBl. S. 429, zul. geändert durch Gesetz v. 9.12.2022, GVBl. S. 674; BGH, Urt. v. 9.1.2003 – III ZR 217/01 –, NJW 2003, 1184 ff.; BGH, Urt. v. 16.9.2004 – III ZR 346/03 –, NZV 2005, 84 ff.; *Lippert*, VersR 2004, 839 ff.; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 6) Vgl. §§ 1, 5 RDG Berlin v. 8.7.1993, GVBl. 1993, 313, zul. geändert durch Gesetz v. 23.1.2023, GVBl. S. 18; KG, Urt. v. 19.5.2016 – 20 U 122/15 –, juris; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 7) Vgl. §§ 2, 6 BbgRettG v. 14.7.2008, GVBl. I S. 186, zul. geändert durch Gesetz v. 19.6.2019, GVBl. I Nr. 42, S. 11.
- 8) Vgl. §§ 1, 24 BremHilfG v. 18.6.2002, Brem.GBl. S. 189, zul. geändert durch Gesetz v. 20.9.2022, Brem.GBl. S. 522.
- 9) Vgl. §§ 1, 12, 13 HmbRDG v. 30.10.2019, HmbGVBl. S. 367, zul. geändert durch Gesetz v. 12.6.2020, HmbGVBl. S. 331.
- 10) Vgl. §§ 1, 5 HRDG v. 16.12.2010, GVBl. I 2010, 646, zul. geändert durch Gesetz v. 9.12.2022, GVBl. S. 764, 766; BGH, Beschl. v. 17.12.2009 – III ZB 47/09 –, NVwZ-RR 2010, 502 ff.
- 11) Vgl. § 7 RDG M-V v. 9.2.2015, GVOBl. M-V 2015 S. 50, zul. geändert durch Gesetz v. 16.5.2018, GVOBl. M-V S. 183, 188; LG Neubrandenburg, Urt. v. 11.1.2005 – 4 O 165/04 –, MedR 2005, 283.
- 12) Vgl. §§ 1, 3 NRettDG v. 2.10.2007, Nds. GVBl. 2007, 473, zul. geändert durch Gesetz v. 29.6.2022, Nds. GVBl. S. 403; OLG Braunschweig, Beschl. v. 24.8.2020 und 28.10.2020 – 9 U 27/20 –, MedR 2022, 145 ff.

- 13) Vgl. §§ 2, 6 RettG NRW v. 24.11.1992, GV. NRW. S. 458, zul. geändert durch Gesetz v. 17.12.2015, GV. NRW. S. 886; BGH, Urt. v. 21.3.1991 – III ZR 77/90 – NZV 1991, 347 f.; OLG Hamm, Urt. v. 21.3.2017 – 26 U 157/16 –, BeckRS 2017, 144688; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 14) Vgl. §§ 2–4 RettDG RP v. 22.4.1991, GVBl. 1991, 217, zul. geändert durch Gesetz v. 11.2.2020, GVBl. S. 33; OLG Koblenz, Beschl. v. 16.8.2017 – 5 U 603/17 –, GesR 2018, 514 ff.; OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.1.2001 – 5 U 11/00 –, juris; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 15) Vgl. §§ 5, 6 SRettG v. 11.11.2020, Amtsbl. S. 1250; Saarländisches OLG, Urt. v. 13.6.2007 – 1 U 521/06 – 162 –, juris.
- 16) Vgl. §§ 3, 31 SächsBRKG v. 24.6.2004, SächsGVBl. S. 245, 647, zul. geändert durch Gesetz v. 25.6.2019, SächsGVBl. S. 521; BGH, Urt. v. 15.11.2018 – VI ZR III ZR 69/17 –, NVwZ-RR 2019, 245 ff.
- 17) Vgl. §§ 1, 4 RettDG LSA v. 18.12.2012, GVBl. LSA S. 624, zul. geändert durch Gesetz v. 15.12.2021, GVBl. LSA S. 586; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 18) Vgl. §§ 1, 3 SHRDG v. 28.3.2017, GVOBl. S. 256, zul. geändert durch Gesetz v. 6.11.2020, GVOBl. S. 802; OLG Schleswig, Beschl. v. 30.10.2006 – 4 U 133/05 –, BeckRS 2006, 14509.
- 19) Vgl. §§ 1, 5 ThürRettG v. 16.7.2008, GVBl. S. 233, zul. geändert durch Gesetz v. 7.12.2022, GVBl. S. 484; BGH, Urt. v. 12.1.2017 – III ZR 312/16 –, NVwZ-RR 2017, 378 ff.; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff.
- 20) Vgl. BGH, Urt. v. 9.1.2003 – III ZR 217/01 –, NJW 2003, 1184 ff., 1185; OLG Braunschweig, Beschl. v. 24.8.2020 und 28.10.2020 – 9 U 27/20 –, MedR 2022, 145 ff., 146; VG Neustadt/Weinstraße, Urt. v. 10.3.2015 – 5 K 836/14.NW –, juris Rdnr. 19.
- 21) Vgl. z.B. *Wagner*, in: MüKo/BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 630a, Rdnr. 41; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 64. Ed. 1.11.2022, BGB § 630a, Rdnr. 19; *Lafontaine*, in: jurisPK-BGB, 9. Aufl., § 630a BGB, Rdnrn. 62, 62.1; *Fehn/Lechleuthner*, MedR 2000, 114 ff., 115.
- 22) Vgl. *Lippert*, GesR 2015, 268 ff., 268, *Lentz*, retten 2014, 78 ff., 79.
- 23) *Spickhoff*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, BGB § 630a, Rdnr. 24.

wird, dagegen der auf der anderen Seite der Donau im bayrischen Neu-Ulm wohnende Patient im Rahmen einer hoheitlichen Tätigkeit der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr. In einen anderen Kontext gestellt bedeutet die Auffassung, dass die medizinische Behandlung eines Patienten im Rettungswagen (RTW) vor der Krankenhaustür eine hoheitliche Tätigkeit, dagegen im Schockraum hinter der Krankenhaustür eine privatrechtliche Tätigkeit im Rahmen eines (konkludent) geschlossenen Behandlungsvertrages ist.

Die Paradoxie der Beispiele gibt den Anlass, sich mit der Rechtsnatur der Patientenversorgung im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst näher zu beschäftigen. Im Ergebnis, um dieses vorwegzunehmen, erweist sich die Auffassung der Rechtsprechung und überwiegenden Literatur als zutreffend. Das wiederum wirft die Frage auf, ob die Patientenrechte in den Landesrettungsdienstgesetzen (LRDG) ausreichend ausgestaltet sind, wenn die §§ 630a ff. BGB nicht zur Anwendung kommen.

3. Rettungsdienst als Daseinsvorsorge und Ordnungsverwaltung (nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr)

Der Rettungsdienst ist zum einen eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge. Die Daseinsvorsorge ist ein Teilbereich der Leistungsverwaltung und davon geprägt, dass Leistungen, Einrichtungen oder Güter für die Bevölkerung bereitgestellt werden, die entweder existenziell notwendig oder einer im öffentlichen Interesse liegender wirtschaftlicher, sozialer oder kultureller Zwecksetzung dienlich sind²⁴. Zum anderen gehört der Rettungsdienst zur Ordnungsverwaltung, die die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung durch die Abwehr von Gefahren zum Gegenstand hat²⁵. Auf diese Gefahrenabwehr wird die öffentlich-rechtliche Rechtsnatur der Patientenversorgung durch das ärztliche und nichtärztliche Personal des Rettungsdienstes im Kern zurückgeführt²⁶. Die Gefahrenabwehr umfasst alle Maßnahmen zur Vermeidung, Reduzierung und Beseitigung von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung²⁷. Zum Schutzgut der öffentlichen Sicherheit gehören auch die Individualrechtsgüter, wie beispielsweise das Leben und die Gesundheit des Einzelnen, weil die Verletzung dieser Güter zugleich eine Störung der öffentlichen Sicherheit bedeutet²⁸. Um die Bevölkerung vor Gefahren für Leib und Leben zu schützen, werden im Rahmen des Rettungsdienstes Personal und Rettungsmittel bereitgehalten, um verletzte oder kranke Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder denen ohne unverzügliche medizinische Versorgung schwere gesundheitliche Schäden drohen, zu behandeln und sie vor weiteren Gefahren zu bewahren. Hinsichtlich der Ausgestaltung eines funktionierenden Rettungsdienstes hat der Gesetzgeber eine Einschätzungs- und Prognoseprärogative hinsichtlich der Beurteilung der Gefahrenlage, der daraus abzuleitenden notwendigen Organisation des Rettungsdienstes, der benötigten Personal- und Rettungsmittelkapazitäten, der durchzuführenden Aufgaben etc. sowie hinsichtlich der Auswirkungen seines Gesetzes²⁹.

4. Ausgestaltung des Rettungsdienstes in den Landesrettungsdienstgesetzen

a) Aufgaben des Rettungsdienstes

Zur Erfüllung des rettungsdienstlichen Auftrages regeln die Bundesländer auf der Basis der ihnen in Art. 30, 70 GG für den Bereich der Gefahrenabwehr zugewiesenen Gesetzgebungskompetenz in ihren LRDG die Trägerschaft, Organisation, den Umfang der Aufgaben sowie die Finanzierung des Rettungsdienstes. Trotz der Heterogenität der

Landesgesetze lässt sich verallgemeinernd festhalten, dass die Aufgabe des Rettungsdienstes im Primärbereich darin besteht, die Notfallrettung und den qualifizierten Krankentransports von verletzten oder erkrankten Personen bedarfsgerecht und flächendeckend sicherzustellen. Weitere Aufgaben sind im Sekundärbereich der Intensivtransport (Notverlegung) des Patienten zwischen zwei Behandlungseinrichtungen sowie im Tertiärbereich der Transport von lebenswichtigen Arzneimitteln, Blutkonserven und Organen.

Die Notfallrettung lässt sich (unter Vernachlässigung der unterschiedlichen Regelungsnuancen in den einzelnen Ländergesetzen) beschreiben als eine „organisierte Hilfe, die in ärztlicher Verantwortlichkeit erfolgt und die Aufgabe hat, bei Notfallpatienten am Notfallort lebensrettende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden durchzuführen, gegebenenfalls ihre Transportfähigkeit herzustellen und diese Personen gegebenenfalls unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in eine weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung zu befördern.“³⁰ Die Notfallrettung kann auch unterhalb der Katastrophenschwelle³¹ als Großschadensereignis³² bzw. Massenansturm³³ zu Tage treten, bei dem ein Notfallereignis mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken bewältigt werden muss. Von der Notfallrettung abzugrenzen und für die weiteren Ausführungen ohne Bedeutung ist der Notdienst, den die Kassenärztlichen Vereinigungen während der sprechstundenfreien Zeiten der vertragsärztliche Versorgung gem. § 75 Abs. 1b SGB V sicherzustellen haben (auch als ärztlicher Notfall- oder Bereitschaftsdienst bezeichnet).

Der qualifizierte Krankentransport besteht in der Beförderung von sonstigen Kranken, Verletzten oder Hilfsbedürftigen, die nach ärztlicher Verordnung während der Beförderung einer fachgerechten Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes während der Beförderung zu erwarten ist³⁴. Bei den transportierten Personen handelt es sich nicht um Notfallpatienten, ferner

24) Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 17. Aufl., München 2009, Abschnitt § 1, Rdnr. 16a; Forsthoft, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1. Band, 10. Aufl., München 1973, S. 370.

25) Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 17. Aufl., München 2009, Abschnitt § 1, Rdnr. 15; In einigen Rettungsdienstgesetzen wird die Zugehörigkeit zu beiden Verwaltungsbereichen ausdrücklich betont, vgl. z. B. § 2 Abs. 1 S. 1 BbgRettG: „Der Rettungsdienst dient der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr.“; § 6 Abs. 1 S. 2 RettG NRW: „Beide Aufgabenbereiche bilden eine medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr.“

26) BGH, Urt. v. 9.1.2003 – III ZR 217/01 –, NJW 2003, 1184 ff., 1184.

27) Statt vieler: Graulich, in: Lisken/Denninger, Handbuch des Polizeirechts, 7. Aufl., München 2021, Abschnitt E., Rdnr. 1.

28) Bäcker, in: Lisken/Denninger, Handbuch des Polizeirechts, 7. Aufl., München 2021, Abschnitt D., Rdnr. 53.

29) BVerfG, Beschl. v. 8.6.2010 – 1 BvR 2011/07, 1 BvR 2959/07 –, NVwZ 2010, 1212 ff., 1216.

30) DIN 13050 Rettungswesen – Begriffe, Punkt 3.33; Roth, Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, Stuttgart 2018, S. 116.

31) Katastrophe ist ein über das Großschadensereignis hinausgehendes Ereignis mit einer wesentlichen Zerstörung oder Schädigung der örtlichen Infrastruktur, das im Rahmen der medizinischen Versorgung mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes alleine nicht bewältigt werden kann (DIN 13050, Punkt 3.18); Müssig, iX-Forum 2019, Ausgabe 6, S. 34 ff., 36.

32) Z. B. in § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG verwendeter Begriff.

33) Z. B. in § 24 Abs. 1 S. 3 BremHilfeG verwendeter Begriff.

34) Z. B. so formuliert in § 2 Abs. 2 NRettDG.

werden sie nicht medizinisch behandelt. Im Mittelpunkt des qualifizierten Krankentransports steht die Transportleistung, so dass die Anwendung der §§ 630a ff. BGB bereits mangels medizinischer Behandlung ausscheidet³⁵. Deshalb ist der qualifizierte Krankentransport im Kontext der hier aufgeworfenen Fragen nicht von Interesse, so dass auf ihn nachfolgend nicht näher eingegangen wird.

b) Trägerschaft und Organisation

Die Trägerschaft für die bodengebundene Notfallrettung liegt meist bei Landkreisen, kreisfreien Städten oder Zweckverbänden und die der Luftrettung beim jeweiligen Land. Ferner ist typischerweise geregelt, dass die Träger die Durchführung des Rettungsdienstes selbst wahrnehmen (durch eigene Bedienstete der Feuerwehr) oder sich Dritter (Hilfsorganisationen oder private Unternehmen als Leistungserbringer) für die Aufgabenerledigung bedienen können. Zudem hat der Träger für die notärztliche Versorgung als Teil des Rettungsdienstes zu sorgen. Das Notarztssystem ist überwiegend als sog. Rendezvous-System organisiert. In ihm wird der Notarzt im Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) parallel zum Rettungswagen (RTW) oder nachträglich auf Anforderung der RTW-Besatzung zur Einsatzstelle gefahren. Bundesweit sind ca. 87 Prozent der Notarztssysteme als Rendezvous-System organisiert. In nur noch knapp 9 Prozent ist das Kompakt- oder Stationssystem anzutreffen, in dem der Notarzt gemeinsam mit dem nichtärztlichen Personal im Notarztwagen (NAW) zum Einsatzort fährt. Die übrigen Notarztssysteme sind als Mischform organisiert³⁶. Der Notarzt und das beim Leistungserbringer oder bei der Feuerwehr des Rettungsdienststrägers beschäftigte Rettungsfachpersonal (Notfallsanitäter, Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Rettungshelfer³⁷) bilden eine Funktionseinheit und unterliegen demselben Haftungsregime³⁸.

Als Einsatzzentrale für den Rettungsdienst eines Rettungsdienstbereichs ist eine Rettungsleitstelle (ggf. zusammen mit der Feuerwehr-Einsatz-Leitstelle als integrierte Leitstelle) zu betreiben. Die Rettungsleitstelle nimmt die eingehenden Hilfeersuchen entgegen und veranlasst und koordiniert die notwendigen Einsatzmaßnahmen. Ihr kommt die Aufgabe zu, im Notfall die zur Abwehr der drohenden Gefahr für Leib und Leben erforderlichen Entscheidungen zu treffen³⁹. Die Rettungsleitstelle entscheidet grundsätzlich mit verbindlicher Wirkung für das Personal des Rettungsdienstes. Sie hat jedoch keine Weisungsbefugnis gegenüber dem Notarzt hinsichtlich der während eines Einsatzes zu klärenden medizinischen Angelegenheiten (vgl. z. B. § 6 Abs. 3 NRettDG).

c) Rechtsposition des Notfallpatienten

Die von der Rettungsleitstelle getroffenen Entscheidungen haben für den Notfallpatienten faktisch ebenfalls eine verbindliche Wirkung. Der Patient hat keinen Einfluss darauf, wie die Leitstelle das Hilfeersuchen bewertet und welche Anordnungen sie hinsichtlich Personal und Rettungsmittel trifft. Er erhält auf sein Hilfeersuchen hin die von der Rettungsleitstelle unter Berücksichtigung der vom Rettungsdienststräger vorgegebenen Alarm- und Ausrückeordnung ausgewählte Notfallversorgung und muss diese (abgesehen vom Fall der Behandlungsverweigerung) so hinnehmen, wie sie erbracht wird. Der Notarzt oder das Rettungsfachpersonal trifft am Einsatzort die Entscheidung, welche medizinische Maßnahmen zu ergreifen sind, und setzt damit die Pflicht des Rettungsdienststrägers um, für eine bedarfsgerechte medizinische Notfallrettung der Bevölkerung zu sorgen. Das bedeutet für den einzelnen Notfallpatienten, dass ihm anders als in der vertragsärztlichen Versorgung oder im Krankenhausbereich nicht die Freiheit eingeräumt ist, sich seinen Retter auszusuchen und auf die Behand-

lungsinhalte mangels in der Regel fehlender Behandlungsalternativen in nennenswerter Weise Einfluss zu nehmen.

Freilich kann er die notfallmedizinische Versorgung insgesamt ablehnen. Die Notfallrettung ist im Unterschied zu anderen dem Gefahrenabwehrrecht unterliegenden Bereichen nicht mit Zwangs- und Eingriffsbefugnissen gegenüber dem Patienten ausgestattet. Sie trägt damit dem aus der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) folgenden Selbstbestimmungsrecht des Notfallpatienten sowie seinem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) Rechnung. Diese grundrechtlich verbürgten Rechte sind für den Einzelnen Freiheitsrechte, so dass die Entscheidung über die medizinische Behandlung (nach entsprechender Aufklärung) grundsätzlich dem Notfallpatienten zusteht. Die Rechtsstellung des Patienten schließt zum einen ein, dass der Notfallpatient die Behandlung wie auch den Transport in eine für die Weiterbehandlung geeignete Einrichtung verweigern kann, selbst wenn er damit im schlimmsten Fall eine Selbstgefährdung willentlich in Kauf nimmt. Einer solchen Entscheidung kann und wird der Behandler zwar durch eine schonungslose Aufklärung entgegenwirken, dennoch muss er eine Behandlungs- und Transportverweigerung letztlich hinnehmen, auch wenn sie für ihn unbegreiflich ist. Zum anderen kann sich der Notfallpatient gänzlich gegen die Inanspruchnahme eines rettungsdienstlichen Leistungserbringers entscheiden und die Notfallaufnahme eines Krankenhauses in Umgehung der vorgesehenen Rettungskette selbst aufsuchen. Hinsichtlich dieser vom Art. 2 GG gedeckten Verhaltensweisen des Patienten sind richtigerweise gesetzlich weder Strafandrohungen noch mit Verwaltungszwang durchsetzbare ordnungsbehördliche Maßnahmen vorgesehen. In anderen dem Gefahrenabwehrrecht unterliegenden Bereichen sind derartige Reaktionen durchaus zu finden (wie beispielsweise die Regelung von bußgeldbewehrten Ordnungswidrigkeit bei Missachtung bestimmter Verhaltensregeln oder die zwangsweise Krankenhausunterbringung bei Missachtung einer infektionsschutzrechtlichen Quarantäneanordnung). Mangels Sanktionen und Zwangsbefugnissen steht es dem einzelnen Notfallpatienten frei, sich unvernünftig oder selbstgefährdend zu verhalten. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Selbstgefährdung nicht mehr auf einem freien Willensentschluss beruht. Wenn der Notfallpatient krankheitsbedingt nicht zur Einsicht in die Schwere seiner Erkrankung und die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung fähig ist, kommt eine Behandlung und Unterbringung des Patienten gegen seinen natürlichen Willen nach den Regeln des jeweiligen Landesgesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) in Betracht.

d) Zwischenergebnis

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Rettungsdienststräger in seinem Bereich die Notfallrettung als gesetzlich vorgesehene Aufgabe der Daseinsvorsorge und der Ordnungsverwaltung (nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr) wahrzunehmen hat. Die von ihm einbezogenen Notärzte und Leistungserbringer setzen diese Aufgabe um und sorgen dafür, dass die Notfallpatienten im Bedarfs-

35) *Lentz*, retten 2014, 78 ff., 79.

36) *Luxem* u. a., Notfallsanitäter heute, 7. Aufl., München 2020, S. 1185.

37) *Luxem* u. a., Notfallsanitäter heute, 7. Aufl., München 2020, S. 1188.

38) BGH, Urt. v. 9.1.2003 – III ZR 217/01 –, NJW 2003, 1184 ff., 1186.

39) BGH, Urt. v. 25.9.2007 – KZR 48/05 –, NVwZ-RR 2008, 79 f., 80.

fall die erforderliche notfallmedizinische Versorgung erhalten. Die Gewährleistung der ständigen Verfügbarkeit der Leitstelle, des Personals des Rettungsdienstes und der Rettungsmittel führt jedoch dazu, dass der Notfallpatient kein individuelles Recht zur Auswahl des Notarztes und des Leistungserbringers hat. Ferner hat er auf die Entscheidung des Notarztes oder des Rettungsfachpersonals, welche medizinische Maßnahme durchgeführt wird, keinen nennenswerten Einfluss. Ihm steht allenfalls das Recht der Behandlungsverweigerung zu. Dieser Befund spricht gegen die in der Literatur anzutreffende Auffassung, dass zwischen dem Notarzt und/oder dem rettungsdienstlichen Leistungserbringer auf der einen Seite und dem Notfallpatienten auf der anderen Seite ein Behandlungsvertrag besteht. Bedingt durch den Kontext der Gefahrenabwehr handelt es sich bei der Notfallrettung um eine hoheitliche Tätigkeit, die nicht unmittelbar dem Privatrecht unterliegt. Der diesbezüglichen Auffassung der Rechtsprechung und der überwiegenden Literatur ist somit zuzustimmen. Wenn jedoch die §§ 630a ff. BGB nicht zur Anwendung kommen, ist der Frage nachzugehen, ob die Rechte des Patienten in der Notfallrettung in den Landesrettungsdienstgesetzen (LRDG) vergleichbar mit denen der §§ 630a–630g BGB ausgestaltet sind. Die für den Behandlungsvertrag geltenden Vorschriften enthalten verschiedene Pflichten auf seiten der Behandler, wie die Pflicht zur Behandlung nach allgemein anerkannten fachlichen Standards, die Pflichten zur Selbstbestimmungsaufklärung und zur Einholung der Einwilligung des Patienten in die Behandlung, die wirtschaftliche Informationspflicht über die nicht bestehende Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte sowie die Dokumentationspflicht, die mit einem Einsichtsrecht des Patienten in seine Patientenakte flankiert ist⁴⁰.

5. Ausgestaltung der Patientenrechte in der Notfallrettung in den Landesrettungsdienstgesetzen und künftiger Regelungsbedarf

a) Notfallmedizinische Versorgung nach allgemein anerkannten fachlichen Standards

aa) Notfallrettung als individuelle medizinische Versorgung des Patienten

Die Notfallrettung ist nicht nur Teil der im Interesse der Allgemeinheit liegenden Daseinsvorsorge und Ordnungsverwaltung, sondern stellt ab ihrer Inanspruchnahme durch den Notfallpatienten zugleich eine individuelle medizinische Versorgung dar, die den Belangen des Einzelnen dient. Der betroffene Notfallpatient hat ein erhebliches Individualinteresse daran, dass die für ihn sehr wichtigen Rechtsgüter der Gesundheit und des Lebens durch einen organisierten Rettungsdienst geschützt sind und er im Bedarfsfall die notwendige medizinische Versorgung erfährt. Damit geht einher, dass sich die für die Allgemeinheit bereitgestellte Notfallrettung aus der Sicht des Patienten als individuelle medizinische Leistung darstellt.

Die Notfallrettung hat drei Facetten: (1) die medizinischen Maßnahmen am Notfallort, (2) die Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten sowie (3) den Transport unter fachgerechter Betreuung in eine weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung⁴¹. In den letzten Jahrzehnte hat sie sich zunehmend zu einer präklinischen Versorgung des Notfallpatienten entwickelt, bei der es nicht mehr nur um die Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten und dessen Transport in das nächstgelegene Krankenhaus geht. Vielfach beginnt die notfallmedizinische Versorgung des Patienten bereits am Einsatzort⁴². Zu dieser Entwicklung haben nicht nur die Weiterentwicklung der Notfallmedizin und der medizinisch-technische Fortschritt hinsichtlich mobiler Medizintechnik, sondern

auch die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters⁴³ im Jahre 2014 beigetragen. Zu den Aufgaben des Notfallsanitäters gehören das Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung des Patienten und ärztlich veranlasster Maßnahmen sowie heilkundlicher Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben sind (§ 4 Abs. 2 NotSanG). Seit 2021 dürfen Notfallsanitäter bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren (tele-)ärztlichen Versorgung unter bestimmten Voraussetzungen auch heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver Art, eigenverantwortlich durchführen (vgl. § 2a NotSanG⁴⁴).

bb) Notfallmedizinische Versorgung im Kontext des Begriffs der medizinischen Behandlung

Was die am Notfallort durchzuführenden Maßnahmen anbetrifft, variiert die Begriffswelt der LRDG. Verwendet werden die Bezeichnungen medizinische Versorgung⁴⁵, präklinische Versorgung⁴⁶, präklinische notfallmedizinische Versorgung⁴⁷, notfallmedizinische Versorgung⁴⁸, Versorgung⁴⁹, präklinische medizinische Versorgung⁵⁰, lebensrettende Maßnahmen⁵¹, lebenserhaltende Maßnahmen⁵², Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden⁵³. Auch wenn die Begriffe voneinander abweichen, so liegt allen das gemeinsame Verständnis zugrunde, dass es um eine „medizinische Akutversorgung“⁵⁴ zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden sowie zur Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatienten geht.

Der in § 630a BGB anzutreffende Begriff der medizinischen Behandlung wird dagegen in den LRDG nicht verwendet. Insoweit stellen sich die beiden Fragen, ob sich die

40) Die in § 630h BGB enthaltenden Beweislastregeln für Behandlungs- und Aufklärungsfehler werden in die nachfolgende Erörterung nicht einbezogen, weil es bei ihnen vor allem um Verfahrensrechte des Patienten geht und damit eine etwas anders gelagerte Fragestellung berührt ist. Verfahrensrechte haben keine unmittelbaren Berührungspunkte mit den rettungsdienstlichen Aufgaben als Teil der Gefahrenabwehr. Deshalb spricht viel dafür, dass die öffentlich-rechtliche Organisationsform eines Rettungsdienstes der Anwendung des § 630h BGB nicht entgegensteht. Allerdings stellt sich die Frage, ob § 630h BGB angesichts seines Focus auf die vertragliche Haftung für Amtshaftungsfälle zur Anwendung kommt; verneinend z.B. OLG Braunschweig, Beschl. v. 24.8.2020 und 28.10.2020 – 9 U 27/20 –, MedR 2022, 145ff.; bejahend z.B. KG, Urt. v. 19.5.2016 – 20 U 122/15 –, MedR 2017, 388ff. mit Anm. v. Voigt, MedR 2017, 375ff.

41) *Schwind*, in: *Schwind* (Hrsg.), Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz Kommentar, Wiesbaden, Loseblattsammlung, Stand Januar 2023, § 2 NRettDG Abschnitt 3.1.3.

42) *Müssig*, GSZ 2022, 74ff., 76; *Pitz/Hartweg*, SGB 2019, 395ff., 403.

43) Notfallsanitätergesetz (NotSanG) v. 22.5.2013, BGBl. I S. 1348.

44) Eingeführt durch Art. 12 des Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze v. 24.2.2021, BGBl. I S. 274.

45) § 3 Abs. 3 BbgRettG; § 3 Abs. 2 HRDG; § 2 Abs. 2 S. 1 SRettG.

46) § 24 Abs. 2 Nr. 1 BremHilfG.

47) § 2 Abs. 1 S. 1 SHRDG.

48) Art. 2 Abs. 2 S. 1 BayRDG; § 2 Abs. 2 S. 1 RettDG RP.

49) § 2 Abs. 2 S. 1 RDG Berlin.

50) § 2 Abs. 1 RettDG LSA.

51) § 24 Abs. 2 Nr. 1 BremHilfG; § 3 Abs. 1 S. 1 HmbRDG; § 2 Abs. 2 S. 1 RDG M-V; § 2 Abs. 2 S. 1 RettG NRW; § 2 Abs. 2 S. 1 SächsBRKG; § 3 Abs. 3 S. 1 ThürRettG.

52) § 3 Abs. 2 S. 1 BbgRettG; § 2 Abs. 2 S. 1 RDG Berlin.

53) § 3 Abs. 2 S. 1 BbgRettG; § 2 Abs. 2 S. 1 RDG M-V; § 3 Abs. 3 S. 1 ThürRettG.

54) *Schwind*, in: *Schwind* (Hrsg.), Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz Kommentar, Wiesbaden, Loseblattsammlung, Stand Januar 2023, § 2 NRettDG Abschnitt 3.1.3.

am Einsatzort durchzuführende medizinische Akutversorgung unter diesen Begriff subsumieren lässt und, wenn ja, ob es einer Aktualisierung der Begrifflichkeiten der LRDG bedarf, nachdem der Bundesgesetzgeber 2013 den gesetzlichen Terminus der medizinischen Behandlung eingeführt hat.

Der der Begriff der medizinischen Behandlung i. S. des § 630a BGB ist nicht mit Heilbehandlung oder Heilkunde gleichzusetzen, auch wenn er diese einschließt. Er ist ein weit gefasster Begriff, der sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen am Körper eines Menschen umfasst, um Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen nicht krankhafter Natur zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Erfasst davon werden nicht nur Maßnahmen mit dem Ziel der Krankenbehandlung, sondern auch die Behandlungen, die kosmetischen Zwecken dienen⁵⁵. Ferner ist nicht nur die medizinische Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte, sondern auch durch Heilpraktiker, Hebammen, Psychotherapeuten, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten und Krankenhäuser erfasst⁵⁶.

Angesichts dessen, dass der Begriff der medizinischen Behandlung so weit gefasst ist, werden sich die vom ärztlichen oder nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal getroffenen Maßnahmen am Einsatzort in der Regel unter diesen Begriff subsumieren lassen. Gleichwohl ist es im Einzelfall vorstellbar, dass die vor Ort ergriffenen Maßnahmen ausschließlich der Herstellung der Transportfähigkeit dienen, ohne dass ein medizinisches Behandlungsgeschehen vorliegt, so gesehen vom OLG Braunschweig hinsichtlich der ausschließlichen Überprüfung der Vitalparameter, um entscheiden zu können, ob und in welcher Form der Transport erfolgen kann⁵⁷. Bei derartigen Maßnahmen handelt es sich im Grunde genommen, um einen sich dem qualifizierten Krankentransport annähernden Grenzbereich, der selten auftreten, aber nicht auszuschließen sein wird. Deshalb ist es folgerichtig, dass für die im Rahmen der Notfallrettung zu ergreifenden Maßnahmen in den LRDG andere Begriffe als der der medizinischen Behandlung verwendet werden. Dadurch erübrigt sich die womöglich eher schwierigere Abgrenzung zwischen den Maßnahmen, die eine medizinische Behandlung zur Abwehr der Gesundheitsgefahren darstellen, und denen, die ausschließlich der Prüfung und Herstellung der Transportfähigkeit dienen.

cc) Regelungen der LRDG zur Beachtung des allgemein anerkannten fachlichen Standards

Aber wie verhält es sich mit gesetzlichen Vorgaben zur Einhaltung fachlicher Standards bei Durchführung der Rettungsmaßnahmen? § 630a Abs. 2 BGB verpflichtet die Behandler dazu, den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu folgen. Diese Standards werden von den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und der Erfahrungen des jeweils relevanten berufsfachlichen Bereichs geprägt. Sie sind Ausdruck dessen, was ein durchschnittlich qualifizierter, gewissenhafter und aufmerksamer Angehöriger des jeweiligen Fachgebietes in der konkreten Behandlungssituation aus der Sicht seines Fachbereichs hätte leisten müssen⁵⁸.

Mit Blick darauf ist der Frage nachzugehen, ob zum Schutz des Notfallpatienten in den LRDG ausreichende Vorgaben zur Beachtung der allgemein anerkannten fachlichen Standards durch das ärztliche und nichtärztliche Personal des Rettungsdienstes enthalten sind.

Die LRDG sehen die Bestellung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) für die einzelnen Rettungsdienstbereiche vor, der für die medizinische Beaufsichtigung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals verantwortlich ist. Insoweit kommt dem ÄLRD regelmäßig die Aufgabe zu, Leitlinien für die Patientenversorgung

oder Behandlungsstandards festzulegen oder medizinische Fragen durch Weisung zu klären. Dabei kann er auf die Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften⁵⁹ und die im sog. Pyramidenprozess erarbeiteten Behandlungsalgorithmen⁶⁰ zurückgreifen. Diese Algorithmen beziehen sich auf invasive Maßnahmen und Medikamente, die Gegenstand der Ausbildung zum Notfallsanitäter sein sollen. Sie stellen einen Fachkonsens von ärztlichem und nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal, von ÄLRD, Vertretern von medizinischen Fachgesellschaften, Ausbildungseinrichtungen und Prüfungsbehörden, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Unternehmen, Ärztekammern, von der BÄK und KBV sowie von Kommunen und Ländern dar⁶¹. Ferner gibt es in einzelnen Bundesländern auch landesbezogene Behandlungsalgorithmen⁶². Die Algorithmen stellen Checklisten dar, mit deren Hilfe in Notfallsituationen standardisiert vorgegangen werden kann, so dass sie zur sicheren und optimalen Patientenversorgung beitragen⁶³. Sie werden jedoch erst durch eine entsprechende Entscheidung des ÄLRD für das ärztliche und nichtärztliche Rettungsdienstpersonal verbindlich. Für seine Entscheidungen trägt der ÄLRD die Anordnungsverantwortung und ist somit nach den allgemeinen Haftungsgrundsätzen den einschlägigen Standards verpflichtet. Wenn er den sog. Facharztstandard für die notärztliche Tätigkeit oder den für das Rettungsfachpersonal geltenden Fachstandard unterschreitet, geht er letztlich Haftungsrisiken ein⁶⁴. Gleichwohl ist in den LRDG meist nicht ausdrücklich geregelt, dass der ÄLRD die Patientenversorgung im Rahmen der Notfallrettung unter Berücksichtigung der für die beteiligten Berufsgruppen geltenden allgemein anerkannten fachlichen Standards zu beaufsichtigen hat. Lediglich vereinzelt finden sich Bezugnahmen auf einschlägige Fachstandards. Beispielsweise sehen Art. 12 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 BayRDG sowie § 10 Abs. 1 S. 5 Nr. 1 RettDG RP vor, dass der ÄLRD die Patientenversorgung im Rettungsdienst durch ärztliches und nichtärztliches Personal unter Berücksichtigung der Vorgaben der medizinischen Fachgesellschaften sowie landesweit einheitlicher Standards zu überwachen hat.

Durch die in den LRDG vorgesehene Bestellung eines ÄLRD und die ihm übertragene Aufgabe der medizinischen Aufsicht über das Personal des Rettungsdienstes wird zwar einer dem Fachstandard entsprechenden Notfallrettung Rechnung getragen. Gleichwohl könnte dem Patientenschutz dadurch stärker Rechnung getragen werden, dass die Beachtung der allgemein anerkannten fachlichen Standards sowohl für die ÄLRD bei der Wahrnehmung seiner Befugnisse gegenüber dem Personal als auch für das ärztliche und nichtärztliche Personal bei der Durchführung der Notfallrettung gesetzlich vorgesehen wird.

55) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 17; Wagner, in: MüKo/BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 630a, Rdnr. 10.

56) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 11, 18; Wagner, in: MüKo/BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 630a, Rdnr. 12.

57) OLG Braunschweig, Beschl. v. 24. 8. 2020 und 28. 10. 2020 – 9 U 27/20 –, MedR 2022, 145 ff., 147.

58) Lafontaine, in: jurisPK-BGB, 9. Aufl., § 630a, Rdnr. 205.

59) Z. B. Reanimationsleitlinie, unter <https://www.grc-org.de/wissenschaft/leitlinien> (Abruf am 27. 3. 2023).

60) <https://www.bv-aelrd.de/course/view.php?id=3> (Abruf am 27. 3. 2023).

61) Lechleuthner, Notarzt 2014, 112 ff.

62) Z. B. NUN-Algorithmen in Nds. https://www.mi.niedersachsen.de/startseite/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/landesausschuss-rettungsdienst-94255.html (Abruf am 27. 3. 2023).

63) Luxem u. a., Notfallsanitäter heute, 7. Aufl., München 2020, S. 1138.

64) Dittrich/Lippert, MedR 2022, 15 ff., 18 m. w. N.

b) *Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung und zur Einholung der Einwilligung des Notfallpatienten*

aa) Notwendigkeit der Einwilligung des Patienten in die medizinische Versorgung zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts

Medizinische Maßnahmen haben Einfluss auf die Gesundheit, den Körper und das Leben des Patienten, so dass sie zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts und mit Blick auf die Verfassungsgarantie der freien Entfaltung der Persönlichkeit und der Achtung der persönlichen Würde des Patienten nur mit dem Willen des Patienten vorgenommen werden dürfen⁶⁵. Nach der Rechtsprechung erfüllt jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende medizinische Behandlungsmaßnahme den objektiven Tatbestand einer vorsätzlichen Körperverletzung, auch wenn sie dem fachlichen Standard entsprechend und erfolgreich durchgeführt worden ist. Damit ihr die für die strafrechtliche Verantwortlichkeit und die zivilrechtliche Haftung erforderliche Rechtswidrigkeit fehlt, bedarf sie einer Rechtfertigung. Diese ergibt sich im medizinischen Behandlungsgeschehen in der Regel aus der vor Durchführung der Behandlung erteilten Einwilligung des Patienten⁶⁶. Deshalb muss vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, vom Behandelnden die Einwilligung des Patienten eingeholt werden (so auch in § 630d Abs. 1 BGB geregelt). Dies wiederum erfordert, dass der Patient über die für die Einwilligung wesentlichen Umstände, wie z. B. Verlauf der geplanten Maßnahme, Erfolgsaussichten und Risiken, aufgeklärt worden ist, da er nur in Kenntnis dieser Umstände wirksam einwilligen kann (vgl. auch § 630d Abs. 2 BGB).

bb) Fehlende Regelungen der Pflichten zur Aufklärung des Patienten und zur Einholung seiner Einwilligung in den LRDG

Trotz der Notwendigkeit der Einwilligung des Patienten in die medizinische Versorgung sind in keinem LRDG die Pflichten zur Aufklärung des Patienten und zur Einholung seiner Einwilligung durch das behandelnde Personal des Rettungsdienstes vorgesehen. Die Regelungslücke muss geschlossen werden. Die Einwilligung des Patienten einzuholen, dient der Wahrung des grundrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit⁶⁷. Selbst in einer Notfallsituation ist der Patient nicht Objekt, sondern Subjekt der Notfallrettung, so dass dem Patienten die Entscheidung über die Durchführung einer notfallmedizinischen Maßnahme obliegt. Dieser Erwägung könnte zwar entgegen gehalten werden, dass die Dringlichkeit eines Notfalleinsatzes oder die Bewusstlosigkeit des Patienten die Einholung der Einwilligung nicht zuließe und deshalb eine gesetzliche Regelung nicht erforderlich sei. Diesem Argument ist zuzugeben, dass es berechtigte Gründe geben kann, die die Aufklärung des Patienten und die Einholung seiner Einwilligung in die Behandlung entbehrllich machen. Die rettungsdienstliche Tätigkeit ist von vielen Notfallsituationen geprägt, in denen wegen der Dringlichkeit der Patientenversorgung eine umfassende Aufklärung kontraindiziert ist. Gleichwohl ist das Argument nicht so gewichtig, als dass es die Notwendigkeit der Aufklärung und Einwilligung gänzlich entfallen lässt. Es betrifft vielmehr die Frage der Ausgestaltung der Pflichten, also die Frage des „Wie“, nicht des „Ob“. Die Pflichtenlage zur Aufklärung durch den Behandelnden lässt sich wie in § 630e BGB in einem Grundsatz-Ausnahme-Verhältnis regeln. Neben der grundsätzlichen Pflicht, den Notfallpatienten über die für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, können Ausnahmen geregelt werden, in denen eine Aufklärung entbehrllich oder nur im reduzierten Umfang zu leisten ist. § 630e Abs. 3 BGB regelt beispielsweise den Fall der unaufschiebbaren medizinischen Maßnahme als

Ausnahmefall. Davon erfasst werden Notfälle, in denen der Patient unverzüglich behandelt werden muss, weil ihm sonst erhebliche Gesundheitsgefahren drohen. Je dringender die Maßnahme ist, umso geringer sind die an die Aufklärung zu stellenden Anforderungen bis hin, dass sie auch vollständig entfallen kann⁶⁸. Diese Abstufung der erforderlichen Aufklärung bringt § 630e Abs. 3 BGB mit dem Begriff „soweit“ zum Ausdruck und berücksichtigt damit den Grundsatz, so viel Aufklärung wie zeitlich möglich⁶⁹.

Die grundsätzliche Pflicht, die Einwilligung des Notfallpatienten in die durchzuführende Rettungsmaßnahme einzuholen, lässt sich wie in § 630d Abs. 1 S. 1 BGB ohne rettungsdienstlich bedingte Modifikationen regeln. Die Einwilligung kann ausdrücklich oder durch schlüssiges Verhalten erklärt werden, so dass die Erklärung keine größere Zeitspanne in Anspruch nimmt. Wenn der Notfallpatient zögert oder auch die Einwilligung verweigert, ist dies wie bereits oben ausgeführt, von den Behandelnden hinzunehmen. Dem Rettungsdienst kommt nicht die Rolle einer paternalistische Gefahrenabwehr zu.

Wenn der Notfallpatient einwilligungsunfähig ist, lässt sich die Situation ebenfalls gesetzlich abbilden. In dem Fall ist entweder auf die Patientenverfügung oder, wenn eine solche nicht vorliegt oder zu der geplanten Maßnahme keine Aussage trifft, auf die Einwilligung eines hierzu Berechtigten (z. B. Betreuer) abzustellen (vgl. auch § 630d Abs. 1 S. 2 BGB).

Wenn die Einwilligung in eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, weil der Patient beispielsweise bewusstlos ist oder bei Einwilligungsunfähigkeit die zur Einwilligung Berechtigte nicht rechtzeitig erreichbar ist, empfiehlt sich eine Regelung in den LRDG wie in § 630d Abs. 1 S. 4 BGB. Nach dieser Vorschrift darf die Maßnahme ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

c) *Wirtschaftliche Informationspflicht*

Nach § 630c Abs. 3 BGB muss der Behandelnde, der weiß oder hinreichende Anhaltspunkte dafür hat, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Eine vergleichbare Informationspflicht fehlt in den LRDG, obwohl mit Blick auf die bestehende Rechtslage bzgl. der Fehleinsätze (Fehlfahrten) durchaus ein Regelungsbedürfnis besteht. Bei Fehleinsätzen handelt es sich um Einsätze, die auf der Fahrt zum Einsatzort oder am Einsatzort abgebrochen werden, ohne dass eine medizinische Versorgung des Patienten und/oder ein Transport des Patienten erfolgt (weil sich z. B. der Patient dagegen entscheidet oder zwischenzeitlich verstorben ist). Nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG⁷⁰ sind

65) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 23.

66) St. Rspr. des BGH, vgl. z. B. Urt. v. 22. 12. 2010 – 3 StR 239/10 –, NJW 2011, 1088 ff., 1089; vgl. zur anderen Ansicht der Literatur: *Ulsenheimer* in: *Laufs/Kern/Rehborn*, *ArztR-HdB*, 5. Aufl., München 2019, § 148, Rdnrn. 1 ff.; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 8. Aufl., München 2021, Kap. V, Rdnrn. 10 ff.

67) Ebd.

68) *Katzenmeier*, in: *BeckOK BGB*, 64. Ed. 1. 11. 2022, BGB § 630e, Rdnr. 53; *Lissel*, *Rechtsfragen im Rettungswesen*, 3. Aufl., Stuttgart 2014, Rdnr. 130.

69) *Spickhoff*, in: *Spickhoff*, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, BGB § 630e, Rdnr. 15.

70) Z. B. BSG, Urt. v. 2. 11. 2007 – B 1 KR 4/07 R –, BeckRS 2007, 48815; a. A.: landessozialgerichtliche Rechtsprechung und Literatur, vgl. z. B. *Pötsch*, *Die Kalkulation von Rettungsdienst- und Leitstellengebühren mit Satzungsaufstellung*, Stuttgart 2019, S. 160 f. m. w. N.

die Krankenkassen nur leistungspflichtig, wenn es zu einem Transport des Patienten gekommen ist und der Transport einer bestimmten Krankenkassenleistung dient. Diese Rechtsprechung hat dazu geführt, dass die Rettungsdienst-träger mit den Krankenkassen und anderen Kostenträgern häufig eine Kostenübernahme zumindest für den Fall regeln, dass zwar kein Patiententransport, aber eine medizinische Behandlung des Patienten am Einsatzort erfolgt ist⁷¹. Dagegen werden Einsatzfahrten ohne medizinische Hilfeleistung am Einsatzort und Todesfeststellungen als Fehleinsätze behandelt, für die die Kostenträger nicht aufkommen müssen. Dementsprechend kann es je nach landesrechtlicher Ausgestaltung dazu kommen, dass der Notfallpatient selbst für die Kosten eines Fehleinsatzes aufkommen muss. Deshalb sollte zum Schutz des Patienten eine Pflicht zur Information über eine nicht gesicherte Kostenübernahme des rettungsdienstlichen Einsatzes durch Dritte gesetzlich verankert werden.

d) Pflicht zur Dokumentation und Akteneinsichtsrecht des Patienten

aa) Umfassende Dokumentation, aber fehlendes Akteneinsichtsrecht des Notfallpatienten in den LRDG

Vergleichsweise umfangreich und detailliert ist die Dokumentationspflicht geregelt. Das ärztliche und nicht ärztliche Personal ist zur Dokumentation der Maßnahmen und der Abwicklung bzw. Durchführung des Einsatzes nach den Vorgaben des jeweiligen LRDG oder in einer aufgrund des Gesetzes erlassenen Rechtsverordnung verpflichtet. Die Dokumentationspflicht steht regelmäßig im Kontext des Datenschutzes oder des Qualitätsmanagements. Dementsprechend wird dem ÄLRD in der Regel ein Einsichtsrecht in die Dokumentation eingeräumt.

Ein Akteneinsichtsrecht des Notfallpatienten (wie in § 630g BGB) sucht man in den LRDG dagegen vergeblich. Deshalb stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage der Notfallpatient Einsicht in die ihn betreffenden Einsatzunterlagen erhält.

bb) Akteneinsichtsrecht des Notfallpatienten gem. VwVfG

Bei der Notfallrettung handelt es sich um eine hoheitliche Tätigkeit, so dass man an das in den VwVfG der Länder geregelte Akteneinsichtsrecht denken könnte. Der Anwendungsbereich der jeweiligen VwVfG erstreckt sich auf die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Behörden des Landes, der Kommunen und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts. Zur öffentlich-rechtlichen Verwaltungstätigkeit gehört nicht nur der Erlass von Verwaltungsakten oder der Abschluss von öffentlich-rechtlichen Verträgen, auch wenn diese Vorgänge im Mittelpunkt der VwVfG stehen. Vielmehr dient der den Anwendungsbereich festlegende Begriff der öffentlich-rechtlichen Verwaltungstätigkeit der Abgrenzung von Rechtsetzung und Rechtsprechung und umfasst sämtliche Formen des Verwaltungshandelns, mit denen im öffentlichen Recht wurzelnden Verwaltungsaufgaben wahrgenommen werden, so dass auch hoheitliches Handeln ohne Verwaltungsaktcharakter erfasst wird⁷² und dem jeweiligen VwVfG unterliegt. Das Akteneinsichtsrecht ist in den Bundesländern (außer in Berlin⁷³ und Schleswig-Holstein⁷⁴) durch Bezugnahme auf § 29 VwVfG des Bundes oder durch einen gleichlautenden § 29 Landes-VwVfG dergestalt geregelt, dass die Behörde den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten hat, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist, und nicht bestimmte Gründe, wie beispielsweise Geheimhaltungsinteressen, dagegensprechen. Allerdings gelten der jeweilige § 29 VwVfG, § 8 LVwG Schl-H sowie § 6 VwVfG BE nur für eine Akteneinsicht im

Rahmen eines Verwaltungsverfahrens und dieses wird als die nach außen wirkende Tätigkeit der Behörden, die auf den Erlass eines Verwaltungsaktes oder Abschluss eines öffentlichen-rechtlichen Vertrages gerichtet ist, definiert (vgl. § 9 VwVfG). Außerhalb eines Verwaltungsverfahrens entscheidet die Behörde, wenn es kein spezialgesetzlich geregeltes Akteneinsichtsrecht gibt, über die Akteneinsicht bei Vorliegen eines berechtigten Interesses nach pflichtgemäßem Ermessen⁷⁵. Somit wirken sich die in den LRDG fehlenden Regelungen zur Akteneinsicht durch den Patienten dahingehend aus, dass der Rettungsdienststräger gesetzlich nicht verpflichtet ist, die Akteneinsicht zu gewähren. Das Ermessen des Rettungsdienststrägers wird sich zwar regelmäßig auf Null reduzieren, so dass er dem Notfallpatienten die Akteneinsicht gewähren wird. Dennoch ist der Anspruch des Notfallpatienten schwächer als das in § 630g BGB vermittelte Akteneinsichtsrecht, weil er nur einen Anspruch darauf hat, dass über sein Gesuch nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden wird. Dagegen ist der Behandler gem. § 630g Abs. 1 S. 1 BGB verpflichtet, dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Somit ist hinsichtlich des Akteneinsichtsrechts des Notfallpatienten ebenfalls festzustellen, dass die Landesgesetze hinter den zivilrechtlichen Regelungen zurückbleiben.

cc) Recht auf Auskunft und Übermittlung einer Kopie aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen

Bei Verarbeitung personenbezogener Daten, zu denen auch die Gesundheitsdaten gehören (vgl. Art. 4 Nr. 15 DS-GVO), hat die betroffene Person nach Art. 15 DS-GVO ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf Erhalt verschiedener Informationen (Verarbeitungszweck, Empfänger der Daten, Lösungs- und Beschwerderecht etc., vgl. Art. 15 Abs. 1 DS-GVO). Ferner kann sie eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, verlangen.

Die Inanspruchnahme dieser Rechte durch den Notfallpatienten setzt voraus, dass die DS-GVO im Rettungsdienst Anwendung findet. Für Datenverarbeitungen durch Träger des Rettungsdienstes oder durch die von ihm beauftragten Leistungserbringer ist maßgeblich, wie weit der Anwendungsbereich des Unionsrechts reicht. Die DS-GVO findet nämlich keine Anwendung auf die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen einer Tätigkeit, die

71) Nach dem Stand der Diskussion zur Reform der Notfallversorgung und dem Referentenentwurf aus dem Jahre 2020 ist zu erwarten, dass die medizinische Versorgung am Notfallort ohne Transport künftig als eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt werden wird.

72) *Stelkens/Bonk/Sachs/Schmitz*, 10. Aufl. 2022, VwVfG § 1, Rdnrn. 138, 140, 144.

73) § 6 des Gesetzes über das Verfahren der Berliner Verwaltung (VwVfG BE) verpflichtet die Behörden, den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten und verweist hinsichtlich der Verweigerungsgründe auf eine entsprechend Geltung der §§ 5 bis 12 des Berliner Informationsfreiheitsgesetzes.

74) § 88 des Landesverwaltungsgesetzes Schleswig-Holstein (LVwG Schl-H) regelt, dass die Beteiligten eines Verwaltungsverfahrens einen Anspruch auf Akteneinsicht haben, soweit Rechtsvorschriften ihn zuerkennen. Im übrigen sollen die Behörden nach pflichtgemäßem Ermessen den Beteiligten auf Antrag Einsicht in ihre Akten des Verwaltungsverfahrens gewähren, soweit Belange der Beteiligten, eines Dritten oder der Allgemeinheit und weitere in § 88 Abs. 2 genannten Gründe nicht entgegenstehen.

75) BVerwG, Urt. v. 16. 9. 1980 – 1 C 52/75 –, NJW 1981, 535 ff., 537; *Stelkens/Bonk/Sachs/Kallerhoff/Mayen*, 10. Aufl. 2022, VwVfG § 29, Rdnr. 13.

nicht in den Anwendungsbereich des Unionsrechts fällt (Art. 2 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO). Diese Ausnahmeschrift ist nach der Rechtsprechung des EuGH mit Blick auf den 16. Erwägungsgrund der DS-GVO dahingehend zu verstehen, dass „vom Anwendungsbereich dieser Verordnung allein Verarbeitungen personenbezogener Daten ausgenommen werden sollen, die von staatlichen Stellen im Rahmen einer Tätigkeit, die der Wahrung der nationalen Sicherheit dient, oder einer Tätigkeit, die derselben Kategorie zugeordnet werden kann, vorgenommen werden, so dass der bloße Umstand, dass eine Tätigkeit eine spezifische Tätigkeit des Staates oder einer Behörde ist, nicht dafür ausreicht, dass diese Ausnahme automatisch für diese Tätigkeit gilt“⁷⁶. Die Wahrung der nationalen Sicherheit umfasst alle Tätigkeiten, die dem Schutz der wesentlichen Funktionen und der tragenden Strukturen des Staates und der grundlegenden Interessen der Gesellschaft dienen⁷⁷. Welche Tätigkeiten zu „derselben Kategorie“ gehören, ist bislang weitestgehend ungeklärt. Ihr Ausmaß ist angesichts der sich aus den Art. 2 ff. AEUV ergebenden weitreichenden Zuständigkeiten der EU als eher gering einzuschätzen, so dass der Anwendungsbereich der DS-GVO für die Datenverarbeitung im hoheitlichen Bereich in aller Regel eröffnet ist⁷⁸. Deshalb spricht viel dafür, dass die Datenverarbeitung im Rettungsdienst, trotz seiner Zugehörigkeit zur nicht polizeilichen Gefahrenabwehr, dem Anwendungsbereich der DS-GVO unterliegt. Letztlich kann die Frage der unmittelbaren Anwendung der DS-GVO im hier erörterten Kontext jedoch dahingestellt bleiben. Die nationalen Datenschutzgesetze erklären die DS-GVO in der Regel auch dann für anwendbar, wenn der sachliche Schutzbereich nach Art. 2 Abs. 2 DS-GVO nicht eröffnet ist (vgl. z. B. § 1 Abs. 8 BDSG, § 2 NDSG⁷⁹, Art. 2 BayDSG⁸⁰).

Folglich hat der Notfallpatient als betroffene Person aufgrund des Art. 15 DS-GVO das Recht, seine in der Einsatzdokumentation enthaltenen personenbezogenen Daten sowie die in Art. 15 Abs. 2 DS-GVO genannten Informationen zu erfahren. Die Übermittlung der Auskünfte kann gem. Art. 12 DS-GVO schriftlich oder in anderer Form, z. B. elektronisch, oder auf Verlangen des Patienten mündlich erfolgen. Die Datenkopie ist gem. Art. 15 Abs. 3 S. 3 DS-GVO, wenn sie elektronisch beantragt wird, in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung zu stellen, sofern seitens des Notfallpatienten nichts anderes angegeben wird. Für andere Fälle ist keine Form der Datenkopie geregelt. Ferner ist die Kopie unentgeltlich zu übermitteln. Ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten kann (abgesehen von Fällen des Rechtsmissbrauchs) erst verlangt werden, wenn weitere Kopien beantragt werden (Art. 15 Abs. 3 S. 2 DS-GVO). Hinsichtlich der Rechte aus Art. 15 DS-GVO ist jedoch zum einen umstritten, ob der Patient eine Kopie von der gesamten Patientenakte oder nur eine strukturierte Zusammenstellung der verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen kann⁸¹. Zum anderen ist streitig, ob die Kopie nur mit einer datenschutzrechtlichen Zielsetzung, wie Prüfung der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Durchsetzung der Betroffenenrechte, oder auch mit einer haftungsrechtlichen Zielsetzung zur Vorbereitung eines Schadenersatzprozesses geltend gemacht werden können⁸². Beide Fragen hat der BGH dem EuGH zur Vorabentscheidung vorgelegt⁸³, die Entscheidung des EuGH steht noch aus. Im Übrigen gewährt Art. 15 DS-GVO dem Notfallpatienten kein Recht auf Einsicht in die Originalunterlagen. Folglich ist die Rechtsposition des Notfallpatienten hinsichtlich der Einsichtnahme in seine ihn betreffenden Einsatzunterlagen auch unter Berücksichtigung der DS-GVO unbefriedigend, so dass sie einer gesetzlichen Ausgestaltung bedarf, in die ggf. auch die vom EuGH im genannten Vorabentscheidungsverfahren vorgenommen Auslegung des Art. 15 DS-GVO Eingang findet.

dd) Einsichtnahme aufgrund des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung und der personalen Würde des Patienten

Bereits vor dem Inkrafttreten des § 630g BGB war anerkannt, dass dem Patienten grundsätzlich das Recht zusteht, Einsicht in seine Originalkrankenunterlagen zu erhalten. Unter Berücksichtigung des § 810 BGB haben sowohl die Instanzgerichte⁸⁴ als auch der BGH⁸⁵ das Einsichtsrecht bejaht. Schließlich betonte das BVerfG, dass die Krankenunterlagen zur Privatsphäre des Patienten gehörende Angaben über die Anamnese, Diagnose und über die ergriffenen therapeutischen Maßnahmen enthielten, so dass das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten es gebieten würden, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, von den über ihn gewonnenen und festgehaltenen Daten Kenntnis zu erlangen⁸⁶. Einschränkungen könne das Einsichtsrecht des Patienten nur durch gewichtige Belange⁸⁷ erfahren. Zu diesen gehörten beispielsweise schutzwürdige Interessen des Arztes oder Dritter sowie therapeutische Gründe⁸⁸, die sich letztlich auch in § 630g Abs. 1 S. 1 BGB als Gründe für die Verweigerung der Akteneinsicht niederschlugen.

Zudem betonte das BVerfG, dass das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen angesichts seines verfassungsrechtlichen Ursprungs auch dann bestehe, wenn es einfachgesetzlich (seinerzeit für den Dienstvertrag) nicht kodifiziert ist⁸⁹. Diese Rechtsprechung kommt dem Notfallpatienten zugute. Das durch Art. 2 Abs. 1 i. V. mit Art. 1 GG grundrechtlich geschützte Informationsinteresse des Patienten entfaltet seinen Charakter als Freiheitsrecht erst recht, wenn es um eine Akteneinsicht in Unterlagen geht, die vom ärztlichen und nichtärztlichen Personal des Rettungsdienstes im Rahmen einer hoheitlichen Tätigkeit erstellt worden sind. Folglich steht dem Notfallpatienten außerhalb der LRDG ein Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Einsatzunterlagen zu. Allerdings ist der Umfang dieses aus dem Verfassungsrecht abzuleitenden Akteneinsichtsrecht des

76) EuGH, Urt. v. 22. 6. 2021 – C-439/19 –, BeckRS 2021, 15289, Rdnr. 66.

77) EuGH, Urt. v. 6. 10. 2020 – C-511/18, C-512/18, C-520/18 –, NJW 2021, 531 ff., 538.

78) *Bäcker*, in: BeckOK DatenschutzR, 43. Ed. 1. 11. 2021, DS-GVO Art. 2, Rdnr. 9.

79) Niedersächsisches Datenschutzgesetz v. 16. 5. 2018, GVBl. S. 66, geändert durch Gesetz v. 29. 6. 2022, GVBl. S. 400.

80) Bayerisches Datenschutzgesetz v. 15. 5. 2018, GVBl. S. 230, geändert durch Gesetz v. 18. 5. 2018, GVBl. S. 301.

81) Vgl. zum Streitstand *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 65. Ed. 1. 2. 2023, BGB § 630g, Rdnr. 24.

82) Vgl. zum Streitstand *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 65. Ed. 1. 2. 2023, BGB § 630g, Rdnr. 26.

83) BGH, Beschl. v. 29. 3. 2022 – VI ZR 1352/20 –, MedR 2022, 839 ff.; anhängig EuGH C-307/22.

84) S. Aufstellung bei *Habersack*, in: MüKo/BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 810, Fn. 70, 73.

85) Z. B. BGH, Urt. v. 23. 11. 1982 – VI ZR 222/79 –, NJW 1983, 328 ff.; weitere Entscheidungen des BGH bei *Habersack*, in: MüKo/BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 810, Fn. 71, 73.

86) BVerfG, Beschl. v. 16. 9. 1998 – 1 BvR 1130/98 –, NJW 1999, 1777 f., 1777; BVerfG, Beschl. v. 9. 1. 2006 – 2 BvR 443/02 –, NJW 2006, 1116 ff., 1117; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 65. Ed. 1. 2. 2023, BGB § 630g, Rdnr. 1; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, ArztR Kap. IX, Rdnr. 55; *Rehborn/Kern*, in: *Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB* § 62, Rdnr. 1.

87) BVerfG, Beschl. v. 9. 1. 2006 – 2 BvR 443/02 –, NJW 2006, 1116 ff., 1117.

88) BVerfG, Beschl. v. 17. 11. 1992 – 1 BvR 162/89 –, MedR 1993, 232; BVerfG, Beschl. v. 16. 9. 1998 – 1 BvR 1130/98 –, NJW 1999, 1777 f., 1777.

89) BVerfG, Beschl. v. 17. 11. 1992 – 1 BvR 162/89 –, MedR 1993, 232; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 65. Ed. 1. 2. 2023, BGB § 630g, Rdnr. 1.

Notfallpatienten klärungsbedürftig. Vor dem Inkrafttreten des § 630g BGB erstreckte sich das Einsichtsrecht nach der Rechtsprechung auf die objektiven physischen Befunde, die Medikation und Berichte über den Verlauf und die Ergebnisse einer Operation sowie über die Behandlungsmaßnahmen, nicht aber auf die subjektiven ärztlichen Notizen, die nicht zur Grundlage der Behandlungsmaßnahmen gemacht worden sind, wie beispielsweise subjektive Wertungen und Wahrnehmungen oder Verdachtsdiagnosen⁹⁰. Die Frage, ob diese Rechtsprechung verfassungsgemäß sei, hatte das BVerfG ausdrücklich offen gelassen⁹¹. Schließlich erfolgte die Klärung des Umfangs des Akteneinsichtsrechts im Zuge der Einführung des § 630g BGB, indem in Abs. 1 S. 1 ausdrücklich bestimmt ist, dass dem Patienten die Einsicht in die „vollständige, ihn betreffende Patientenakte“ zu gewähren ist, was auch die subjektiven Notizen des Behandlers einbezieht⁹². Die vom Gesetzgeber im Kontext des § 630g BGB getroffene Wertung, dass sich die Einsicht auf die vollständige Patientenakte bezieht, wird auch bei der erforderlichen einfachgesetzlichen Ausgestaltung des verfassungsrechtlich verbürgten Akteneinsichtsrechts des Notfallpatienten berücksichtigt werden müssen.

e) Regelungsvorschlag

aa) Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen

Nach alledem sind Regelungsdefizite hinsichtlich der Patientenrechte im Rahmen der Notfallrettung im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst festzustellen. Insbesondere sind die Pflichten zur Selbstbestimmungsaufklärung des Patienten und zur Einholung der Einwilligung in die notfallmedizinische Versorgung sowie die wirtschaftliche Informationspflicht gesetzlich nicht ausgestaltet. Dementsprechend ergeben sich wesentliche gegenüber dem Patienten wahrzunehmende Pflichten sowie dem Notfallpatienten zustehende Rechte im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst bislang nicht aus dem Gesetz, sondern aus dem Richterrecht zur Amtshaftung gem. § 839 BGB i. V. mit Art. 34 GG. Dieser aus rechtsstaatlichen Gründen nicht unproblematische Befund des fehlenden Gesetzes ist vergleichbar mit der Situation bei Einführung des Patientenrechtegesetz. Insoweit lässt sich die seinerzeit gegebene Begründung des Gesetzesentwurfs wie eine Blaupause zitieren: „Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, wissen daher oftmals weder sie selbst noch die Behandelnden. Transparente gesetzliche Regeln geben deshalb beiden Seiten die nötige Sicherheit. Verlässliche Informationen schaffen für die Patientinnen und Patienten Orientierung.“⁹³ Letzteres gilt für die Behandelnden ebenfalls. Die in der Patientenversorgung tätigen Notärzte und Notfallsanitäter benötigen ebenfalls gesetzliche Rahmenbedingungen, an denen sie ihr Handeln ausrichten können. Die haftungsrechtliche Rechtsprechung entwickelt die gegenüber dem Patienten wahrzunehmenden Pflichten und deren Verletzung einzelfallbezogen. Damit kann sie zwar den unterschiedlichen Fallgestaltungen in ihren Entscheidungen Rechnung tragen. Gleichwohl lassen derartige Gerichtsentscheidungen nur einen begrenzten Raum für Verallgemeinerungen und sind somit nur eingeschränkt geeignet, die von den in der Patientenversorgung tätigen Personen zu beachtenden Pflichten präventiv herauszuarbeiten. Für eine allgemeingültige inhaltliche Bestimmung der Rechte und Pflichten im rettungsdienstlichen Patientenverhältnis bedarf es deshalb entsprechender gesetzlicher Regelungen.

bb) Gesetzgebungskompetenz der Länder

Diese Regelungen zu schaffen, ist Sache der Länder. Der Rettungsdienst gehört zur ausschließlichen aus Art. 30, 70 GG folgende Gesetzgebungskompetenz der Länder⁹⁴. Sie erstreckt sich nicht nur auf die gesetzliche Gestaltung

der Trägerschaft, Organisation, des Umfangs der Aufgaben sowie der Finanzierung des Rettungsdienstes, sondern auch auf die Regelung der mit Inanspruchnahme des Rettungsdienstes entstehenden Rechte und Pflichten der Rettungsdienststräger bzw. der von ihm bestellten Leistungserbringer/Notärzte und dem Patienten im Rahmen der Notfallrettung.

Dagegen hat der Bund für die Rechte und Pflichten der an der Notfallrettung Beteiligten unter dem Vorzeichen der Gefahrenabwehr keine Gesetzgebungskompetenz. Diese folgt weder aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG (bürgerliches Recht) noch aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen).

Auf die Befugnis zur Gesetzgebung für das bürgerliche Recht ist seinerzeit die Einführung der §§ 630a ff. BGB durch das Patientenrechtegesetz gestützt worden⁹⁵. Sie ist jedoch im Bereich des Rettungsdienstes nicht eröffnet. Sie erstreckt sich freilich nicht nur auf die Vorschriften des BGB, sondern auch auf Nebengesetze, die die Ordnung der Individualrechtsverhältnisse zum Gegenstand haben⁹⁶. Ein solches Individualrechtsverhältnis könnte in der Rechtsbeziehung zwischen den für den Rettungsdienststräger tätigen Personen und dem Notfallpatienten gesehen werden, weil der Patient durch die Notfallrettung eine individuelle medizinische Behandlung durch einen in der Regel privat-rechtlich organisierten Leistungserbringer bzw. durch einen Notarzt als natürliche Person erhält. Dennoch wird die traditionelle Unterscheidung zwischen dem privaten Recht und dem öffentlichen Recht bei der Verteilung der Gesetzgebungskompetenz zwischen dem Bund und den Ländern nicht aufgehoben. Die aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG folgende Gesetzgebung für das bürgerliche Recht erstreckt sich nur auf Rechtsvorschriften, die die herkömmlicherweise dem Privatrecht zugerechnet werden⁹⁷.

Die aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG folgende Gesetzgebungskompetenz erstreckt sich auf das Zulassungswesen, und zwar in Gestalt der Erteilung, Rücknahme, Widerruf und Ruhen der Zulassung zum ärztlichen Beruf oder zum Heilberuf. Regelungen, die die Berufsausübung ausgestalten, umfasst sie dagegen nicht. Derartige Regelungen gehören zur Gesetzgebungskompetenz der Länder⁹⁸. Bei der hier angemahnten Regelung der Rechte und Pflichten der für den Rettungsdienststräger tätigen Leistungserbringer und Notärzte sowie des Patienten im Rahmen der Notfallrettung handelt es sich jedoch um einen Aspekt der Berufsausübung der Leistungserbringer und Notärzte, so dass der Bund keine Befugnis zur Gesetzgebung in diesem Bereich hat.

90) BGH, Urt. v. 23.11.1982 – VI ZR 222/79 –, NJW 1983, 328, 329 f.; *Habersack*, in: MüKo/BGB, 6. Aufl. 2013, BGB § 810, Rdnr. 16.

91) BVerfG, Beschl. v. 9.1.2006 – 2 BvR 443/02 –, NJW 2006, 1116 ff., 1118.

92) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 27; *Wagner*, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, BGB § 630g, Rdnr. 21.

93) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 9.

94) RegE des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, BT-Dr. 17/11689, S. 14; *Dalhoff/Rau*, NZS 1995, 153 ff., 158; *Deminger*, DÖV 1987, 981 ff., 985.

95) RegE des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Dr. 17/10488, S. 12.

96) BVerfG, Beschl. v. 29.6.2016 – 1 BvR 1015/15 –, NJW-RR 2016, 1349 ff., 1351; *Uhle*, in: *Dürrig/Herzog/Scholz/Uhle*, GG Art. 74, Rdnr. 88.

97) *Uhle*, in: *Dürrig/Herzog/Scholz/Uhle*, GG Art. 74, Rdnr. 90.

98) BVerfG, Urt. v. 24.10.2002 – 2 BvF 1/01 –, NJW 2003, 41 ff., 47; *Steiner*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, GG Art. 74, Rdnrn. 6 f.

Jedoch steht dem Bund gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung zu, so dass er auf dieser Grundlage die Notfallrettung als Versicherungsleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestalten kann. Die Befugnis zur Gesetzgebung erstreckt sich zuvorderst auf die Regelung der Voraussetzungen sowie des Inhalts und Umfangs der Versicherungsleistung⁹⁹. In diesem Sinne kann der Bund den Versichertenanspruch auf eine Notfallrettung dahingehend ausgestalten, dass dieser die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrt umfasst¹⁰⁰. Darüber hinaus erstreckt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Modalitäten zur Erfüllung des Versichertenanspruchs. Dementsprechend können das Einschalten von Leistungserbringern durch die Krankenkassen sowie die Art und Weise der Leistungserbringung (das sog. Leistungserbringungsrecht) geregelt werden¹⁰¹. Das wiederum bedeutet, dass der Bund unter dem Vorzeichen der Versicherungsleistung Pflichten, die die Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten wahrzunehmen haben, sowie die damit einhergehenden Patientenrechte bestimmen kann. Derartige Regelungen würden angesichts der Tatsache, dass ca. 88 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert sind¹⁰², faktisch die Weichen für die Ausgestaltung der Patientenrechte in der Notfallrettung stellen. Das Bedürfnis seitens des Bundes, das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung detailliert zu regeln, wird umso größer sein, je weniger die Länder die Patientenrechte in ihren LRDG ausgestalten.

cc) Grundsätzliche Bezugnahme auf die §§ 630a–630 g BGB in den LRDG

Die Bundesländer werden unter Berücksichtigung der besonderen Anforderungen der Gefahrenabwehr und des Patientenschutzes die wesentlichen Rechte und Pflichten in der Patientenversorgung, insbesondere die Pflicht zur notfallmedizinischen Versorgung des Patienten nach allgemein anerkannten fachlichen Standards, die Pflichten zur Selbstbestimmungsaufklärung und zur Einholung der Einwilligung des Patienten in die Behandlung, die wirtschaftliche Informationspflicht sowie das Einsichtsrecht des Patienten in die ihn betreffende Einsatzdokumentation, gesetzlich formulieren müssen. Insoweit empfiehlt sich eine Bezugnahme auf die §§ 630a–630 g BGB, die hinsichtlich der Patientenrechte trotz des in Teilbereichen bestehenden Optimierungsbedarfs¹⁰³ als ausreichend erprobt angesehen werden können. Die zivilrechtlichen Vorschriften kommen tagtäglich für eine Vielzahl und für die mannigfaltigsten medizinischen Behandlungsgeschehen im Gesundheitswesen sowie in zeitlicher Hinsicht nunmehr seit bereits zehn Jahren als Gesetz zur Anwendung. Der Bezugnahme auf diese Vorschriften steht die öffentlich-rechtliche Organisationsform des Rettungsdienstes und die öffentlich-rechtliche Rechtsnatur der Patientenversorgung nicht entgegen, weil den Bundesländern eine weitgehende Einschätzungs- und Prognoseprärogative zur Ausgestaltung eines funktionierenden Rettungsdienstes zusteht. Der Verweis auf die §§ 630a–630 g BGB würde zudem die Rechteinheit stärken, weil der Notfallpatient die aus den Vorschriften folgenden Rechte nicht erst hätte, wenn sich die Krankenhaustür hinter ihm schließt und er (konkludent) Vertragspartner eines Krankenhausaufnahmevertrages wird. Um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Gefahrenabwehr und Patientenschutz zu wahren, bietet sich die regulatorische Möglichkeit an, die §§ 630a–630 g BGB (nur) für grundsätzlich anwendbar zu erklären, soweit im jeweiligen LRDG nichts Abweichendes geregelt ist. Das sorgt zum einen für eine Vereinbarkeit der zivilrechtlichen und der gefahrenabwehrrechtlich geprägten Regelungen. Zum anderen kommen die §§ 630a–630 g BGB dann nicht zur Anwendung, wenn das LRDG selbst Rechte und Pflichten der an der Patientenversorgung Beteiligten (z. B. Dokumentationspflichten) regelt.

6. Fazit

Anders als im privatrechtlich organisierten Rettungsdienst finden die §§ 630a ff. BGB im öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienst keine unmittelbare Anwendung, weil die Patientenversorgung im Rahmen der Notfallrettung als hoheitliche Tätigkeit erfolgt. Vergleichbare Regelungen zu den Pflichten, die vom Rettungsdienststräger bzw. von den von ihm eingeschalteten Notärzten und Leistungserbringern gegenüber dem Patienten in der Notfallrettung wahrzunehmen sind, sind in den LRDG nicht kodifiziert. Die Notfallrettung gehört nicht nur zu der im Interesse der Allgemeinheit liegenden Daseinsvorsorge und Ordnungsverwaltung. Ab ihrer Inanspruchnahme durch den Notfallpatienten stellt sie zugleich eine individuelle medizinische Versorgung dar, die den Belangen des Einzelnen dient. Deshalb muss dem Patientenschutz im öffentlich-rechtlich organisiertem Rettungsdienst durch ausgewogene Regelungen in den LRDG der Bundesländer Ausdruck verliehen werden. Die betroffenen Bundesländer werden auf der Grundlage der ihnen in Art. 30, 70 GG eingeräumten Gesetzgebungskompetenz die wesentlichen Rechte und Pflichten in der Patientenversorgung, insbesondere die Pflicht zur notfallmedizinischen Versorgung des Patienten nach allgemein anerkannten fachlichen Standards, die Pflichten zur Selbstbestimmungsaufklärung und zur Einholung der Einwilligung des Patienten in die notfallmedizinischen Versorgung, die wirtschaftliche Informationspflicht sowie das Akteneinsichtsrecht des Patienten, gesetzlich ausgestalten müssen. Dabei empfiehlt sich eine Orientierung an den §§ 630a ff. BGB, da diese Regelungen vielfach in verschiedenen medizinischen Szenarien und langjährig erprobt sind. Allerdings muss auch den besonderen Anforderungen der Gefahrenabwehr Rechnung getragen werden. Deshalb empfiehlt sich eine Ergänzung des jeweiligen LRDG dahingehend, dass die §§ 630a–630 g BGB für grundsätzlich anwendbar erklärt werden, soweit das LRDG nichts Abweichendes regelt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

99) Uhle, in: *Dürig/Herzog/Scholz/Uhle*, GG Art. 74, Rdnr. 309 m. w. N.

100) So z. B. vorgesehen im BMG-Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aus dem Jahre 2020, S. 5.

101) Uhle, in: *Dürig/Herzog/Scholz/Uhle*, GG Art. 74, Rdnr. 309 m. w. N.

102) Vgl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Versicherte je System, Stand 1. 12. 2021, https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp (Abruf am 16. 4. 2023).

103) Vgl. z. B. *Schwartz*, MedR 2023, 97 ff.