

C. Löser

Rettungsdienst in Niedersachsen

Aufgaben • Organisation • Kostentragung • Haftung

Clemens Löser
Rettungsdienst in Niedersachsen
2021 – 2024 (Version 1.7)
Alle Rechte vorbehalten.

Im Internet abrufbar unter
www.cloeser.org

Der Autor ist Rechtsassessor und
arbeitet im Rechtsamt einer nieder-
sächsischen Kommune.
Kontakt: cloeser@cloeser.org

Vorwort

Diese Arbeit ist entstanden aus kleineren Ausarbeitungen zu Rechtsmaterien, die im Rettungsdienstrecht vorausgesetzt werden, aber nicht ausdrücklich normiert sind. Sie wurden für diese Arbeit zusammengefasst und ergänzt. Seitdem wurden und werden die Abschnitte weiterhin aktualisiert, ergänzt und vertieft, was sich auch an den eingeschobenen und aufgesplitteten Randnummern erkennen lässt. Solange eine Neunummerierung nicht unumgänglich wird, sollen die Randnummern zur verlässlichen Zitierbarkeit über die verschiedenen Auflagen bzw. Versionen hinweg möglichst gleich bleiben.

Mit den Ergänzungen und Vertiefungen sind mehr und mehr juristische Detailfragen in den Fokus gerückt und damit zugleich die juristisch vorgebildete Leserschaft, die beruflich mit dem Rettungsdienst zu tun hat. Bei der Darstellung wurde versucht, den Fragen und Blickwinkeln verschiedener Akteure gerecht zu werden. Zentrale Rechtsgebiete sind neben dem Rettungsdienstrecht des Landes Niedersachsen das Sozialversicherungsrecht und das (quasi-) zivile Haftungsrecht, welches zu einem nicht unerheblichen Anteil Richterrecht ist. Insbesondere im Abschnitt zur Amtshaftung wurde zur Verdeutlichung auch das Rettungsdienstrecht anderer Bundesländer in den Blick genommen.

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser unter der oben angegebenen Emailadresse zu erreichen. Falls diese Arbeit für Sie von Nutzen ist, würde ich mich freuen, wenn Sie Ihr Wissen und Können als Ersthelfer auffrischen und aktuell halten.

Inhaltsverzeichnis

1. Regelungsmaterie des NRettdG und Aufgabenstruktur des Rettungsdienstes.....	1
a) Notfallrettung und Notfalltransport.....	1
b) Notfallrettung und Notfalltransport bei Großschadensereignissen (MANV).....	3
c) Intensivtransport.....	3
d) Qualifizierter Krankentransport.....	4
e) Transport von Gütern.....	4
2. Aufgabenträger und Leistungserbringer des Rettungsdienstes.....	6
a) Selbstdurchführung und Fremddurchführung.....	6
b) Formen und Umsetzung der Beauftragung Dritter.....	7
c) Interkommunale und sonstige Zusammenarbeit öffentlicher Rechtsträger.....	8
d) Leistungserbringung durch Dritte außerhalb des Rettungsdienstes.....	8
3. Organisation des Rettungsdienstes.....	10
a) Aufbauorganisation (Einrichtungen, Sachmittel und Personal).....	10
aa) Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD).....	10
bb) Schiedsstelle.....	11
cc) Rettungsleitstelle, zentrale Koordinierungsstelle und örtliche Einsatzleitung (ÖEL).....	11
dd) Rettungswache.....	13
ee) Rettungsmittel.....	13
ff) Medizinprodukte, Arznei- und Betäubungsmittel.....	14
gg) Ärztliches Personal.....	15
hh) Nichtärztliches Personal.....	18
ii) Schulische Ausbildungsstätten.....	24
jj) Exkurs: Notaufnahmen.....	25
b) Ablauforganisation (Einsätze).....	25
aa) Alarmierung und Anfahrt.....	25
bb) Leitung des Einsatzes am Einsatzort.....	25
cc) Medizinische Versorgung.....	26
dd) Abtransport zur Behandlungseinrichtung und Übergabe.....	26
4. Rettungsdienstplanung.....	28
a) Bedarfsplanung für den Regelrettungsdienst.....	28
b) Notfallplanung für Großschadensereignisse (MANV).....	30
c) Planung für Veranstaltungen.....	30
5. Kosten des Rettungsdienstes (Kostenplanung, Kostentragung).....	32
a) Kostentragung innerhalb der Sozialversicherung.....	32
b) Kostentragung außerhalb der Sozialversicherung.....	34
c) Insbesondere: Tragung der Kosten von Fehleinsätzen.....	34
6. Rechtsverhältnisse bei Ausübung des Rettungsdienstes.....	37
a) Rettungsdienstleistungspflicht und Benutzungsberechtigung.....	37
b) Ausgestaltung des Leistungsverhältnisses.....	39
c) Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses.....	40
7. Amtshaftung im Rettungsdienst.....	43
a) Voraussetzungen der Amtshaftung.....	43
b) Haftender Hoheitsträger.....	46
c) Akteneinsichtsrecht.....	47
d) Schlichtungsstelle der Ärztekammer.....	48
e) Gerichtliche Durchsetzung.....	49
f) Anspruchskonkurrenzen und Gesamtschuldnerschaft, insbesondere bei Fahrzeughalterhaftung.....	50
8. Schadensersatzhaftung bei Schädigung des Rettungsdienstpersonals.....	52
9. Rettungssanitäterausbildung nach der APVO-RettSan.....	53
a) Föderale Verteilung der Regelungskompetenzen und Regelungsmaterie der APVO-RettSan.....	53
b) Berufsbild und Zugangsvoraussetzungen zum Beruf des Rettungssanitäters.....	53
c) Dauer und Gliederung der Rettungssanitäterausbildung.....	57
d) Akteure der Rettungssanitäterausbildung.....	59
e) Zeugnis über das Bestehen der Rettungssanitäterprüfung.....	59
f) Kosten der Rettungssanitäterausbildung.....	60
g) Abweichende Rettungssanitäterausbildungen.....	61
10. Entwicklung und Ausblick.....	63

Der Rettungsdienst dient der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge; die Gesetzgebungskompetenz hierfür liegt nach Art. 70 Abs. 1 GG bei den Ländern (BVerwGE 151, 313, Urteil vom 12.03.2015, Az. 3 C 28.13, juris Rn 24; BVerwGE 99, 10, Urteil vom 23.06.1995, Az. 8 C 14.93, juris Rn 14 und 16; BSG, Urteil vom 27.10.1987, Az. 6 RKA 60/86, juris Rn 19; BT-Drs. 17/11689 vom 28.11.2012, S. 14). Rechtsgrundlage des Rettungsdienstes in Niedersachsen ist das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) vom 29.01.1992 (Nds. GVBl. 1992, S. 21) in der Fassung der Neubekanntmachung vom 02.10.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 473), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12.12.2023 (Nds. GVBl. 2023, S. 288).

1. Regelungsmaterie des NRettDG und Aufgabenstruktur des Rettungsdienstes

Das NRettDG regelt gemäß § 1 Abs. 1 und 2 zum einen den Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe und zum anderen die (im Folgenden nicht näher behandelte) Zulassung Dritter zum qualifizierten Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes. Der öffentliche Rettungsdienst gliedert sich nach § 2 Abs. 2 NRettDG in die Notfallrettung und den Notfalltransport (einschließlich Großschadensereignisse), Intensivtransporte und den qualifizierten Krankentransport; zudem kann der Rettungsdienst in bestimmten Fällen Arzneimittel, Blutkonserven, Organe und ähnliche Güter befördern.

a) Notfallrettung und Notfalltransport

Auch wenn andere Einsätze zahlenmäßig überwiegen, ist die Notfallrettung gemeinsam mit dem Notfalltransport die Kernaufgabe des Rettungsdienstes. Notfallrettung ist nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG die unverzügliche Durchführung erforderlicher medizinischer Maßnahmen am (durch § 4 Abs. 3 S. 1, Nr. 1 legaldefinierten) Einsatzort bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten, die Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und erforderlichenfalls die Beförderung dieser Personen unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung. Die den vital bedrohten Personen bislang gleichgestellten Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhalten, unterfallen seit der Neudefinition der Notfallrettung und Schaffung des Notfalltransports durch das Änderungsgesetz vom 29.06.2022 (Nds. GVBl. 2022, S. 403) nicht mehr der Notfallrettung, sondern dem Notfalltransport.

Notfalltransport ist nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 die Durchführung notwendiger medizinischer Maßnahmen am Einsatzort innerhalb kurzer Zeit bei nicht vital bedrohten Verletzten oder Erkrankten, die Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und erforderlichenfalls die Beförderung dieser Personen unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung. Der weite Wortlaut dieser Aufgabennorm, der wie ein Auffangtatbestand anmutet, ist vor dem Hintergrund von Art. 31 und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 i.V.m. Art. 72 Abs. 1 GG sowie § 75 Abs. 1a S. 1 und Abs. 1b S. 1 SGB V (siehe Rn 5) in verfassungskonform-systematischer Auslegung dahingehend einzuschränken, dass er nur Notfälle ähnlicher Schwere und damit Dringlichkeit wie die Notfallrettung umfasst. Es muss also höchste Eile geboten sein, um schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden (vgl. § 35 Abs. 5a und § 38 Abs. 1 StVO) bzw. es müssen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sein, falls die Person nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhält (§ 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG alter Fassung), wobei zu berücksichtigen ist, dass der Gesetzgeber mit der Formulierung „in kurzer Zeit“ in Nr. 2 eine Ausweitung gegenüber der in Nr. 1 normierten „unverzüglich“ durchzuführenden medizinischen Maßnahmen auf weniger zeitkritische Notfälle bezweckt hat (LT-Drs. 18/10734 vom 15.02.2022, S. 4; LT-Drs. 18/11396 vom 21.06.2022, S. 1). Es darf sich jedoch nicht um Fälle handeln, in denen die medizinische Versorgung anderweitig sichergestellt wird, insbesondere durch den kassen- bzw. vertragsärztlichen Not(fall)dienst, in dessen Rahmen auch Hausbesuche erfolgen können.

Die Kernaufgabe des Rettungsdienstes wurde im Ergebnis zweimal ausgeweitet, wobei der Gesetzgeber jeweils versuchte, die tatsächlichen Bedürfnisse der Praxis abzudecken: Waren neben vital bedrohten Personen ursprünglich auch solche erfasst, bei denen eine lebensbedrohliche Verletzung oder Erkrankung zu erwarten war (LT-Drs. 12/2630 vom 15.01.1992, S. 5; LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 3), wurden durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) stattdessen Personen erfasst, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten waren, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhielten (LT-Drs. 15/3929 vom 27.06.2007, S. 3; LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 2), was nunmehr auf weniger zeitkritische Fälle erstreckt wurde. Eigentliches Ziel der Definition des Notfalltransports ist die mittel- bis langfristige Kostenersparnis, denn bei Notfalltransporteinsätzen sollen statt Rettungswagen die in Anschaffung und Betrieb kostengünstigeren Notfallkrankentransporte und statt Notfallsanitätern die kostengünstigeren Rettungssanitäter zum Einsatz kommen (siehe Rn 38 und 52). Zudem sollen Notfalltransporteinsätze zukünftig als weniger zeitkritisch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden können (siehe Rn 66a).

- Tel. 112 – Leitstelle: Feuerwehr und Rettungsdienst
- Tel. 19 222 – Leitstelle: qualifizierter Krankentransport
- Tel. 116 117 – Kassenärztliche Bundesvereinigung: (kassen- bzw. vertrags-) ärztlicher Notdienst (Bereitschaftsdienst) der niedergelassenen Ärzte
- (Zentrale) Notaufnahme / Notfallambulanz / Rettungsstelle eines Krankenhauses

aa) Medizinische Gefahrenabwehr

Damit wird der Rettungsdienst zunächst als (human-) medizinische Gefahrenabwehr definiert, was ihn z.B. von der Feuerwehr abgrenzt, zu deren Aufgaben die Brandgefahrenabwehr gehört (§ 1 Abs. 1 NBrandSchG, § 1 Abs. 3 NRettdG), die ebenfalls die Rettung von Menschen einschließt. Umgekehrt geht aus der anderen Aufgabe der Feuerwehr, nämlich der Hilfeleistung bei Unglücksfällen und bei Notständen (§ 1 Abs. 1 NBrandSchG) hervor, dass etwa das Befreien eines Einklemmten bei einem Verkehrsunfall, das Sichern und Abseilen eines Verletzten aus größerer Höhe, die Rettung eines im Eis Eingebrochenen aus einem Gewässer oder das Öffnen von Türen, um zu einem Notfallpatienten gelangen zu können, zum Kompetenzkreis der Feuerwehr gehört, die vom Rettungsdienst zu diesem Zweck an- oder nachgefordert werden kann. Obwohl nach § 2 Abs. 1 S. 2 NRettdG zum Rettungsdienst auch die Wasserrettung gehört, können folglich nur solche (Wasserrettungs-) Einsätze etwa der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) Notfallrettungs- oder Notfalltransporteinsätze im Sinne von § 2 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 NRettdG sein, bei denen über eine Rettung von Personen aus dem Wasser vor dem Ertrinken – also der Abwehr einer Lebensgefahr – hinaus gerade auch deren medizinische Versorgung erforderlich ist (Nds. OVG, Urteil vom 15.05.2007, Az. 11 LC 73/06, juris Rn 65 f.; LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 2). Der Sache nach ähnlich verhält es sich mit dem Such- und Rettungsdienst (Search and Rescue, SAR) für die Luftfahrt sowie für die Seeschifffahrt, der von der Bundeswehr sowie der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS) wahrgenommen wird. Allerdings sind die SAR-Dienste, die spätestens seit dem Beitritt Deutschlands zum Abkommen über die Internationale Zivilluftfahrt 1956 bzw. seit dem Inkrafttreten der International Convention on Maritime Search and Rescue 1985 staatliche Aufgaben sind, trotz der Zugehörigkeit auch der Luftrettung zum Rettungsdienst gemäß § 2 Abs. 1 S. 2 NRettdG und der Aufgabenträgerschaft des Landes für diese (siehe Rn 15/1) primär Aufgaben des Bundes (Art. 89 Abs. 2 S. 2 GG i.V.m. § 1 Nr. 7 SeeAufgG, § 1 Abs. 3 NRettdG; Verwaltungsvereinbarungen zwischen den Bundesministerien der Verteidigung und für Verkehr sowie zwischen Bund und Ländern).

4

bb) Qualifizierter Notfall

Weiterhin muss es sich um einen Notfall handeln, der sich dadurch auszeichnet, dass eine Person entweder lebensbedrohlich verletzt oder erkrankt ist, oder bei ihr schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, falls sie nicht innerhalb kurzer Zeit medizinische Versorgung erhält. Hierdurch wird der Rettungsdienst zum einen vom Sanitätsdienst abgegrenzt, durch den ebenfalls medizinische Versorgung am Einsatzort – etwa bei einer Musik- oder Sportveranstaltung – stattfinden kann, die jedoch nur nicht lebensbedrohliche Zustände und im Falle lebensbedrohlicher Zustände lediglich eine – wenn auch erweiterte – erste Hilfe umfasst. Zum anderen wird der Rettungsdienst und mit ihm der Notarztdienst hierdurch vom (kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Not(fall)dienst der niedergelassenen Ärzte – mittlerweile zur besseren Unterscheidung oftmals als Bereitschaftsdienst bezeichnet – abgegrenzt (siehe die verschiedenen Bezeichnungen in § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und Abs. 3 S. 2 des niedersächsischen Heilberufekammergesetzes sowie § 26 der Musterberufsordnung der Ärzte). Der kassenärztliche Notdienst bzw. der ihn wahrnehmende Arzt ist nach § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V für solche Notfälle zuständig, die außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte auftreten und bei denen eine Versorgung nicht bis zur nächsten Sprechzeit warten kann, die aber nicht die in § 2 Abs. 2 Nr. 1 NRettdG definierte und in Nr. 2 voraussetzende Dringlichkeit erreichen, für die der Rettungsdienst zuständig ist. Auch im Rahmen des kassenärztlichen Notdienstes kann der Arzt verpflichtet sein, den Patienten aufzusuchen (BSG, Urteile vom 12.12.2012, Az. B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12 R, jeweils juris Rn 23; LSG Bln-Bbg, Urteil vom 21.12.2011, Az. L 24 KA 76/08, juris Rn 17 f.; vorausgesetzt in § 3 Abs. 2 S. 1 der Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer Niedersachsen; ferner BGHSt 7, 211, Urteil vom 01.03.1955, Az. 5 StR 583/54). Die Beurteilung der Dringlichkeit ist allerdings für den medizinischen Laien nicht immer möglich, weshalb in Verbindung mit einer gesteigerten Sensibilisierung der Gesellschaft heute öfter als früher der Rettungsdienst alarmiert oder die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht wird. Um zumindest die Notaufnahmen von der Inanspruchnahme durch solche Notfälle zu entlasten, für die der kassenärztliche Notdienst zuständig ist, sieht § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V seit 2016 vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden sollen (BT-Drs. 18/6586 vom 04.11.2015, S. 103 f.).

5

cc) Qualifizierter Transport

Durch den in die Definitionen einbezogenen etwaig erforderlichen qualifizierten (nämlich unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln erfolgenden) Transport des Notfallpatienten vom Einsatzort in eine Behandlungseinrichtung – zumeist die Notaufnahme eines Krankenhauses – schließlich werden rettungsdienstliche Notfallrettung und -transport zum Ersten von der definitiven klinischen (Notfall-) Behandlung abgegrenzt und so auf den präklinischen Bereich beschränkt. Zum Zweiten wird so die Verlegung von (Notfall-) Patienten zwischen Behandlungseinrichtungen ausgenommen; Notfallrettung und -transport umfassen also nur den sogenannten Primärtransport zur Einlieferung, nicht aber den Sekundärtransport (siehe Rn 10). Zum Dritten werden Notfallrettung und Notfalltransport dadurch vom qualifizierten Krankentransport sowie vom unqualifizierten Krankentransport – der Krankenfahrt – abgegrenzt, mit denen nur Nicht-Notfall-

6

Patienten befördert werden (siehe Rn 11). Notfall(rettungs)transporte können zum Schutz vor schweren Krankheiten bei infektiösen Patienten auch als Infektionstransport durchgeführt werden.

Die Formulierung „erforderlichenfalls“, durch die klargestellt wurde, dass ein Transport kein zwingender Bestandteil der Notfallrettung ist (LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 2), wurde durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) eingefügt. Obwohl der Transport auch schon bei Schaffung des Fünften Buches des SGB (SGB V) 1988 nicht mehr die Hauptaufgabe der Notfallrettung war, kennt das Sozialversicherungsrecht keine Kosten der Notfallrettung, sondern lediglich Kosten von Rettungsfahrten (§ 60 SGB V) und Leistungen des Rettungsdienstes nur als Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V). Bestrebungen, neben dem Transport auch die Versorgung als Rettungsdienstleistung aufzuführen, waren weder während des Gesetzgebungsverfahrens (BT-Drs. 11/2493 vom 15.06.1988, S. 19 f.), noch in Gesetzesänderungsvorhaben seitdem (BT-Drs. 13/3608 vom 30.01.1996, S. 21; BT-Drs. 16/3950 vom 20.12.2006, S. 13; BT-Drs. 17/13969 vom 12.06.2013, S. 1 f. und 7 f.; BT-Drs. 18/1289 vom 30.04.2014, S. 1 und 7 ff.; BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015, S. 156) erfolgreich. Dasselbe wie für die Notfallrettung gilt auch für den insoweit identisch formulierten Notfalltransport, dessen dazu nicht passende Bezeichnung hier jedoch den Klarstellungszweck konterkariert, da es widersprüchlich erscheint, dass ein Transport kein zwingender Bestandteil des Notfalltransports ist.

b) Notfallrettung und Notfalltransport bei Großschadensereignissen (MANV)

Die Legaldefinition von Notfallrettung umfasst ausdrücklich auch die Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse), soweit nicht der Eintritt des Katastrophenfalls festgestellt wird. Diese durch Änderungsgesetz vom 22.02.2012 (Nds. GVBl. 2012, S. 18) vorgenommene Ergänzung, mit der auch der Begriff „Großschadensereignis“ eingeführt wurde, diente zum einen zur Klarstellung, denn bereits zuvor unterfielen solch größere Notfälle der Definition von Notfallrettung (LT-Drs. 16/3826 vom 28.06.2011, S. 6 und 7). Der Begriff Großschadensereignis ist dabei gleichbedeutend mit dem verbreiteten Begriff „Massenanfall von Verletzten“ (MANV), der außer Verletzten auch Erkrankte erfasst, was auch zum weniger verbreiteten Akronym „MANV/E“ geführt hat. Zum anderen diente die Ergänzung der Konkretisierung der in § 1 Abs. 3 NRettdG vorausgesetzten Abgrenzung zu Katastrophenfällen im Sinne von § 1 Abs. 2 NKatSG, indem nun eindeutig auf die förmliche Feststellung des Katastrophenfalles nach § 20 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 NKatSG abzustellen ist (vgl. LT-Drs. 16/4463 vom 15.02.2012, S. 2). Dasselbe muss nach der zum 06.07.2022 in Kraft getretenen Aufsplittung der bisherigen Aufgabe der Notfallrettung in die Aufgaben Notfallrettung und Notfalltransport auch für den Notfalltransport gelten, wenngleich die in § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettdG enthaltene ausdrückliche Erstreckung auf Großschadensereignisse in der Legaldefinition der Nr. 2 fehlt. Denn ansonsten bestünde eine Notfallversorgungs- und -regelungslücke, die mit der Gesetzesänderung nicht beabsichtigt war (LT-Drs. 18/10734 vom 15.02.2022, S. 4; LT-Drs. 18/11396 vom 21.06.2022, S. 1 f.) und die wegen des aus dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) folgenden Gebots der Gleichbehandlung von wesentlich Vergleichbarem nicht zu rechtfertigen wäre.

Großschadensereignisse können sich von sonstigen Notfallrettungs- und Notfalltransporteinsätzen in organisatorischer Hinsicht unterscheiden (§ 7 Abs. 1 bis 3 NRettdG), aber auch in Hinblick auf die medizinische Versorgung. Denn sobald die Anzahl der zu versorgenden Patienten die der versorgbaren Patienten übersteigt, tritt an die Stelle der Individualmedizin die Katastrophenmedizin, bei der die Patienten zunächst gesichtet und Kategorien verschiedener Versorgungspriorität zugeordnet werden (Triage), bevor sie dann gegebenenfalls medizinisch versorgt werden. Zur technischen Hilfeleistung kommt neben der Feuerwehr insbesondere das Technische Hilfswerk (THW) in Betracht, zu deren Aufgaben die Hilfe bei öffentlichen Notständen und Unglücksfällen größeren Ausmaßes gehört (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 3 THWG). Zur Hilfe bei einer Naturkatastrophe oder bei einem besonders schweren Unglücksfall kann auch die Bundeswehr zum Einsatz kommen (Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG i.V.m. § 63 Soldatengesetz), allerdings wird es sich dabei regelmäßig um Katastrophenhilfe im Rahmen eines Katastrophenfalles handeln.

c) Intensivtransport

Intensivtransport ist durch § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 NRettdG legaldefiniert als Verlegung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter in eine andere Behandlungseinrichtung unter intensivmedizinischen Bedingungen. Er ist abzugrenzen vom ebenfalls qualifizierten, aber erstmaligen Transport vital bedrohter oder gesundheitlich ähnlich schwer gefährdeter Patienten in eine Behandlungseinrichtung (Notfallrettung/Notfalltransport, Primärtransport) und wird auch als Sekundärtransport bezeichnet. Weiterhin ist er abzugrenzen zum Transport nicht vital oder ähnlich schwer bedrohter Patienten, also zum qualifizierten Krankentransport sowie zum unqualifizierten Krankentransport, der Krankenfahrt (siehe Rn 11). Die Legaldefinition wurde durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) zusammen mit weiteren Regelungen zum Intensivtransport aufgenommen (LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 14; LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 2). Davor wurden Intensivtransporte in der Regel als Notfallrettung gemäß § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettdG angesehen (Nds. OVG, Urteil vom 26.06.2001, Az. 11 LB 1374/01, juris Rn 49); durch seine eigenständige Aufzählung wurde der Sekundär- vom Primärtransport getrennt. Intensivtransporte können zum Schutz vor schweren Krankheiten bei infektiösen Patienten auch als sogenannter Infektionstransport durchgeführt werden.

d) Qualifizierter Krankentransport

Qualifizierter Krankentransport ist nach § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 NRettdG die Beförderung sonstiger Kranker, Verletzter oder Hilfsbedürftiger – also in Abgrenzung zu Notfallrettung, Notfalltransport und Intensivtransport der Transport nicht lebensbedrohlich oder ähnlich dringlich Verletzter oder Erkrankter –, die nach ärztlicher Verordnung während der Beförderung einer fachgerechten Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. Vom qualifizierten Krankentransport abzugrenzen sind Beförderungen nicht lebensbedrohlich oder ähnlich dringlich Verletzter oder Erkrankter oder sonstiger Hilfsbedürftiger, die keiner fachgerechten Betreuung und keiner besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen, also unqualifizierte Krankentransporte. Bei der ärztlichen Verordnung handelt es sich um vertragsärztliche Verordnungen im Sinne von § 73 Abs. 2 S. 1, Nr. 7 SGB V, die auf Grundlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 S. 2, Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie) erfolgen. Diese Richtlinie unterscheidet begrifflich nicht zwischen qualifizierten und nicht qualifizierten Krankentransporten, sondern zwischen Krankentransporten (§ 6 der Richtlinie) und Krankenfahrten (§ 7 der Richtlinie). Letztere werden definiert als Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden und bei denen eine medizinisch-fachliche Betreuung nicht stattfindet. Da die ärztlichen Verordnungsentscheidungen, ob und auf welche Art ein Patient zu befördern ist, entsprechend § 60 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V davon abhängen, ob die Fahrt und das Beförderungsmittel im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig sind (§ 3 Abs. 1 S. 1 und § 4 Satz 1 der Richtlinie), sind die Verordnungen von (qualifizierten) Krankentransporten zuletzt durch die Einführung von Liegendtaxi zurückgegangen. Gemäß § 6 Abs. 2 der Richtlinie können und sollen (qualifizierte) Krankentransporte auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden werden kann. Ein solcher Infektionstransport kann auch beim Transport von Patienten im Rahmen der Notfallrettung, des Notfalltransports oder des Intensivtransports erforderlich sein (siehe oben); im Rahmen von bloßen Krankenfahrten ist er jedoch nicht zu bewerkstelligen.

Der qualifizierte Krankentransport ist der einzige Aufgabenbereich des Rettungsdienstes, der sich von vornherein auf nicht vital oder ähnlich dringlich bedrohte Patienten bezieht und daher dem Wortsinn nach gar nicht zum Rettungsdienst gehört. Dass der qualifizierte Krankentransport dennoch zu den Aufgaben des Rettungsdienst gemacht wurde, hat finanzielle Gründe (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 17): Die Bereitstellung von Rettungswachen, Rettungsmitteln und Rettungsdienstpersonal für Notfälle ist eine ständige Kostenbelastung, der eine nicht ständige Auslastung durch Notfälle gegenübersteht. Durch die zusätzliche Wahrnehmung des qualifizierten Krankentransports erfolgt eine bessere Auslastung und damit im Ergebnis eine Querfinanzierung der Kernaufgabe des Rettungsdienstes. Das ist zugleich der Grund für die Regulierung des qualifizierten Krankentransports durch Dritte außerhalb des Rettungsdienstes (§§ 19 bis 29 NRettdG), insbesondere den Versagungsvorbehalt nach § 22 Abs. 1 S. 2. Früher war der qualifizierte Krankentransport durch das Personenbeförderungsgesetz des Bundes geregelt, das auch insoweit auf der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz im Wirtschafts- und Straßenverkehrsrecht aus Art. 74 Abs. 1, Nrn. 11 und 22 GG basierte (BayVGH, Beschl. vom 20.12.1988, Az. 4 CE 88.1946, juris Rn 15; ferner OVG NW, Urteil vom 01.08.1989, Az. 13 A 2568/88, juris Rn 48). Da die wirtschaftlichen und verkehrsordnungsrechtlichen Aspekte der Beförderung schon damals hinter den Aspekten der medizinischen Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge zurücktraten, wurde der qualifizierte Krankentransport mit einer mehrjährigen Vorlaufzeit zum 01.01.1992 vom Personenbeförderungsgesetz des Bundes ausgenommen und den Ländern zur alleinigen Regelung überlassen (BT-Drs. 11/2170 vom 20.04.1988, S. 1 f.), was der Anlass für das Land Niedersachsen war, als letztes Bundesland überhaupt ein Rettungsdienstgesetz zu erlassen (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 16).

e) Transport von Gütern

Nach § 2 Abs. 2 S. 2 NRettdG kann der Rettungsdienst schließlich Arzneimittel, Blutkonserven, Organe und ähnliche Güter befördern, soweit sie zur Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter dienen sollen. Während die anderen Aufgaben des Rettungsdienstes obligatorisch sind, ist diese Aufgabe fakultativ. Die nicht abschließende Liste bezweckte nicht, den Gütertransport von der Personenbeförderung abzugrenzen (vgl. LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 5 und 24; LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 3). Während der Transport vital bedrohter Patienten im Rahmen der Notfallrettung (Primärtransport) und des Intensivtransports (Sekundärtransport) sowie nicht vital bedrohter Patienten im Rahmen des Krankentransports und in Abgrenzung zu Krankenfahrten erschöpfend geregelt ist, dürfte der Transport von medizinischem Personal, soweit dies zur Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter dienen soll, analog § 2 Abs. 2 S. 2 NRettdG zum zulässigen – und abrechnungsfähigen – Aufgabenbereich des Rettungsdienstes zählen. Darüber hinaus ist der Transport medizinischer Güter analog und derjenige medizinischen Personals in doppelter Analogie auch auf Fälle zu erweitern, in denen dies zur Versorgung zwar nicht vital, aber ähnlich schwer bedrohter Patienten dient.

● Rettungsdienst	vital oder ähnlich schwer bedrohte Patienten (= Notfallrettung i.w.S.*)	• Notfallrettung und Notfalltransport (präklinische Versorgung, ggf. Primärtransport) • Notfallrettung und Notfalltransport bei Großschadensereignissen • Intensivtransport (Sekundärtransport) • Transport von medizinischen Gütern (oder Personal)
	nicht vital oder ähnlich schwer bedrohte Patienten	• qualifizierter Krankentransport
● Qualifizierter Krankentransport durch Dritte außerhalb des Rettungsdienstes		

* Notfallrettung im weiten Sinne umfasst neben der Notfallrettung im engeren Sinne (§ 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG) und dem von ihr abgespaltenen Notfalltransport (siehe Rn 3) auch den Intensivtransport, der früher unter § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG subsumiert wurde (siehe Rn 10) sowie den Transport nach § 2 Abs. 2 S. 2 NRettDG (vgl. LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 6).

2. Aufgabenträger und Leistungserbringer des Rettungsdienstes

Für den rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrag nach § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 4 Abs. 2 S. 1 NRettdG verantwortliche Träger sind gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 NRettdG das Land Niedersachsen für die Luftrettung und gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 2 Abs. 1 S. 2 NRettdG die höheren Kommunen (Landkreise, kreisfreie Städte sowie einige ihnen gleichgestellte kommunale Gebietskörperschaften) für den bodengebundenen Rettungsdienst einschließlich der Wasser- und Bergrettung. Diese Aufgabe obliegt den Kommunen gemäß § 3 Abs. 2 NRettdG als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises (§ 5 NKomVG) – im Gegensatz zur Entscheidung über die Zulassung Dritter zum qualifizierten Krankentransport mit Krankentransportwagen außerhalb des Rettungsdienstes (§§ 19 bis 28 NRettdG), die den Kommunen nach § 20 Abs. 1 S. 2 NRettdG als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises (§ 6 NKomVG) obliegt. Während die Aufsicht über die Kommunen bei deren Wahrnehmung von Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises die Kontrolle der Recht- und Zweckmäßigkeit umfasst, unterliegt die Aufgabenwahrnehmung im eigenen Wirkungskreis der Kommunen einer reinen Rechtskontrolle durch die Kommunalaufsichtsbehörde (§ 170 Abs. 1 S. 2 NKomVG).

Angelegenheiten des eigenen Wirkungskreises der Kommunen können zudem grundsätzlich Gegenstand von Bürgerbegehren und Bürgerentscheiden sein (§ 32 Abs. 2 S. 1 und § 33 Abs. 1 S. 1 und 3 NKomVG). Bürgerbegehren und -entscheide über Entscheidungen der Kommunen als Träger des Rettungsdienstes sind seit dem Inkrafttreten des Änderungsgesetzes vom 13.10.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 700, berichtigt S. 730) zum 01.11.2021 allerdings nicht mehr zulässig (§ 32 Abs. 2 S. 2, Nr. 7, 2. Alt. und § 33 Abs. 1 S. 3 NKomVG). Volksbegehren und Volksentscheide können jedoch weiterhin Gesetze betreffend den Rettungsdienst in Niedersachsen zum Gegenstand haben (Art. 48 und 49 der Niedersächsischen Verfassung). Möglich bleiben zudem Petitionen an die Kommunen oder das Land als Träger des Rettungsdienstes, Satzungsgeber, Verordnungsgeber oder Gesetzgeber (§ 34 NKomVG; Art. 17 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 der Landesverfassung). Seit der Einführung von Bürgerbegehren und -entscheiden zum 01.11.1996 durch das Gesetz zur Reform des niedersächsischen Kommunalverfassungsrechts vom 01.04.1996 (Nds. GVBl. 1996, S. 82, berichtigt S. 227) hatte es lediglich einen Bürgerentscheid zum Rettungsdienst gegeben. Er fand 2009 im Landkreis Rotenburg (Wümme) statt, war auf den Standorterhalt und Betrieb von Rettungswachen gerichtet, hatte Erfolg und führte zu entsprechenden Umdisponierungen (dazu OLG Celle, Urteil vom 22.08.2012, Az. 14 U 195/11, juris Rn 39 f.). Dieser Bürgerentscheid wird jedoch nicht der Anlass für die Ausweitung des Katalogs der unzulässigen Gegenstände von Bürgerbegehren und -entscheiden im Jahr 2021 gewesen sein. Vielmehr fanden in den Jahren 2017, 2019 und 2021 vier Bürgerentscheide zu Krankenhausstandorten statt, von denen zwei erfolgreich waren und die der Anlass für die Gesetzesänderung gewesen sein dürften. Da Krankenhäuser und Rettungsdienste ähnlich komplexe Bedarfsplanungsgrundlagen erfordern, die als für direktdemokratische Verfahren wenig geeignet angesehen wurden (LT-Drs. 18/9075 vom 20.04.2021, S. 19 f.; ferner Empfehlung der Enquetekommission in LT-Drs. 18/8650 vom 22.02.2021, S. 82), war es konsequent, neben Krankenhausträgerentscheidungen auch Rettungsdienstträgerentscheidungen in den Negativkatalog aufzunehmen.

a) Selbstdurchführung und Fremddurchführung

Die Aufgabenträger können den Rettungsdienst selbst durchführen; es handelt sich dabei um Leistungsverwaltung. Sie können aber gemäß § 5 Abs. 1 S. 1 und § 6a Abs. 3 S. 1 NRettdG auch (ganz oder teilweise) Dritte mit der Durchführung der Leistungen des Rettungsdienstes beauftragen – solche Leistungserbringer sind z.B. der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), der Malteser Hilfsdienst (MHD), die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG), die DRF Luftrettung oder die ADAC Luftrettung. Dabei stehen Selbstdurchführung und Beauftragung Dritter als gleichrangige Auswahlmöglichkeiten nebeneinander; ein Vorrangverhältnis für die Beauftragung privater Dritter besteht nicht (Nds. OVG, Beschl. vom 03.02.2016, Az. 13 LA 79/15, juris Rn 10). Entgegen der Formulierung in § 5 Abs. 1 S. 2 NRettdG wird den Dritten bei ihrer Beauftragung nicht die Aufgabe übertragen, sondern lediglich deren Durchführung; die Aufgabenverantwortung verbleibt beim öffentlichen (Aufgaben-) Träger. Unabhängig von der Rechtsform der Leistungserbringer bleibt daher der Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe und eine öffentliche Einrichtung (in Gestalt einer nichtrechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts, deren Benutzer die Patienten sind), eine Privatisierung findet nur in Form einer Erfüllungsprivatisierung (funktionale Privatisierung) statt, nicht in Form einer Aufgabenprivatisierung (materielle Privatisierung); die Leistungsverwaltung wird durch die Beauftragung Dritter nicht zur bloßen Gewährleistungsverwaltung. Beauftragte handeln gemäß § 5 Abs. 2 S. 3 (i.V.m. § 6a Abs. 3 S. 2) NRettdG im Namen des (Aufgaben-) Trägers des Rettungsdienstes; im Falle der Erteilung einer Dienstleistungskonzession entsprechend der Risikotragung jedoch nicht bei der Erhebung der Entgelte (siehe Rn 77).

Die (Aufgaben-) Träger des RD sind

- das Land Nds. für die Luftrettung
- die höheren nds. Kommunen für den bodengebundenen RD einschließlich der Wasser- und Bergrettung

Der (Aufgaben-) Träger des RD kann

- den RD selbst durchführen (Aufgabenträger = Leistungserbringer)
- Dritte mit der Durchführung des RD beauftragen (Aufgabenträger ≠ Leistungserbringer)
 - per Dienstleistungsauftrag (Submissionsmodell): Betriebsrisiko beim Aufgabenträger
 - per Dienstleistungskonzession (Konzessionsmodell): Betriebsrisiko beim Leistungserbringer

b) Formen und Umsetzung der Beauftragung Dritter

Bei Beauftragung Dritter mit der Durchführung der Leistungen des Rettungsdienstes ist zwischen der Wahl des Beauftragungsmodells, einer Auswahl zwischen Angeboten mehrerer Bewerber und der eigentlichen Beauftragung im Sinne von § 5 Abs. 1 S. 1 und § 6a Abs. 3 S. 1 NRettdG zu unterscheiden. 16a

aa) Beauftragungsmodelle und anzuwendendes Recht

Eine Beauftragung Dritter kann entweder durch die Erteilung eines Dienstleistungsauftrages (oder mehrerer Dienstleistungsaufträge) erfolgen (§ 5 Abs. 2 Nr. 1 NRettdG, Submissionsmodell), oder durch die Erteilung einer Dienstleistungskonzession (oder mehrerer Dienstleistungskonzessionen) (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 NRettdG, Konzessionsmodell). Innerhalb eines Rettungsdienstbereiches (§ 4 Abs. 1 NRettdG) kann nur eines der beiden Modelle zur Anwendung kommen, nicht beide zugleich, § 5 Abs. 2 S. 1 NRettdG. Der Unterschied zwischen diesen beiden Formen der Beauftragung ist, dass das Betriebsrisiko beim Dienstleistungsauftrag beim Aufgabenträger verbleibt, während es bei der Dienstleistungskonzession auf den Leistungserbringer übergeht, § 105 Abs. 2 GWB. Dabei kann das Betriebsrisiko von vornherein erheblich eingeschränkt sein; Voraussetzung für die Einordnung einer Beauftragung als Konzessionserteilung ist insoweit lediglich, dass das Betriebsrisiko, das der Aufgabenträger nach den rechtlichen Rahmenbedingungen selbst hätte tragen müssen, ganz oder zumindest zu einem wesentlichen Teil auf den Konzessionär übergeht (EuGH, Urteil vom 10.03.2011, Az. C-274/09). Die Wahlmöglichkeiten waren um das Konzessionsmodell erweitert worden, um den Aufgabenträgern größeren Gestaltungsspielraum einzuräumen (LT-Drs. 16/3826 vom 28.06.2011, S. 4 ff.), nachdem der EuGH geurteilt hatte, dass bei der Rettungsdienstleistungsauftragsvergabe im Submissionsmodell europäisches Vergaberecht anzuwenden ist (EuGH, Urteil vom 29.04.2010, Az. C-160/08), bei der Auftragsvergabe im Konzessionsmodell hingegen nicht (EuGH, Urteil vom 10.03.2011, Az. C-274/09). 17

Zwischenzeitlich wurde das Vergaberecht reformiert. Noch nicht abschließend geklärt ist die Bereichsausnahme des § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB, nach der der vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nicht auf die Vergabe von öffentlichen Aufträgen und Konzessionen zu Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr anzuwenden ist, die von gemeinnützigen Organisationen oder Vereinigungen erbracht werden. Zwar hat der EuGH geurteilt, dass danach auch der Rettungsdienst vom Anwendungsbereich des Vergaberechts ausgenommen sein kann und wann Gemeinnützigkeit gegeben ist (EuGH, Urteil vom 21.03.2019, Az. C-465/17, juris Rn 51 und 61). Bislang nicht höchstrichterlich geklärt ist jedoch, ob die Bereichsausnahme auch in Ländern wie Niedersachsen Anwendung finden kann, wo bei der Beauftragung Dritter keine gesetzliche Privilegierung der gemeinnützigen Hilfsorganisationen gegenüber gewerblichen Rettungsdiensteanbietern besteht (obiter dictum ablehnend Nds. OVG, Beschl. vom 12.06.2019, Az. 13 ME 164/19, juris Rn 5 f.) oder ob unter dieser Voraussetzung die Bereichsausnahme nur dann nicht zur Anwendung kommt, wenn bei der jeweiligen Vergabe neben gemeinnützigen auch gewerbliche Bewerber zum Wettbewerb zugelassen sind oder gemeinnützigen Anbietern nicht zumindest vorrangig vor gewerblichen Anbietern der Zuschlag erteilt wird (offengelassen von OLG Celle, Vergabesenat, Beschl. vom 25.06.2019, Az. 13 Verg 4/19, juris Rn 17 bis 19). Nach Auffassung des derzeit für den Rettungsdienst zuständigen Nds. Innenministeriums stellt bereits die vorrangige Auswahlmöglichkeit nach § 5 Abs. 1 S. 3 NRettdG eine ausreichende gesetzliche Grundlage für eine privilegierende Vergabeentscheidung unter Ausnutzung der Bereichsausnahme dar (LT-Drs. 18/8749 vom 11.03.2021, S. 3). Die Einfügung des neuen § 5 Abs. 2 S. 2 NRettdG durch das Änderungsgesetz vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132), wonach § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB unberührt bleibt, dürfte ohne Einfluss auf die maßgebliche Rechtslage sein. 18

bb) Auswahl und Beauftragung

Im Falle der Durchführung eines Auswahlverfahrens muss der Aufgabenträger klar und verständlich die von den Bewerbern zu erfüllenden Bedingungen formulieren, so dass für den einzelnen Bewerber erkennbar ist, worauf es dem Träger ankommt, damit er sein Angebot entsprechend diesen Vorgaben optimal gestalten kann (Nds. OVG, Urteil vom 24.04.2008, Az. 11 LB 266/07, juris Rn 51). Bei einer Auswahl können nach dem sogenannten Hilfsorganisationenprivileg gemäß § 5 Abs. 1 S. 3 (i.V.m. § 6a Abs. 3 S. 2) NRettdG die Eignung und Bereitschaft zur Mitwirkung am Katastrophenschutz sowie zur Bewältigung von Großschadensereignissen berücksichtigt werden. Die Auswahlentscheidung ergeht gegenüber den Bewerbern durch Verwaltungsakt (Nds. OVG, Urteil vom 07.11.1997, Az. 7 L 5590/96, juris Rn 38; Nds. OVG, Beschl. vom 07.02.2006, Az. 11 ME 26/05, juris Rn 27; Nds. OVG, Urteil vom 11.06.2010, Az. 11 ME 583/09, juris Rn 34). 18a

Die eigentliche Beauftragung des ausgewählten Bewerbers erfolgt hingegen durch öffentlichrechtlichen – genauer: verwaltungsrechtlichen – Vertrag nach § 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m. § 54 Satz 1 VwVfG, wobei die Vertragsparteien einander gleichgeordnet sind (koordinationsrechtlicher Vertrag), so dass die speziell für subordinationsrechtliche Verträge im Sinne von § 54 Satz 2 VwVfG geltenden Anforderungen der §§ 55, 56, 59 Abs. 2 und 61 VwVfG keine Anwendung finden, wohl aber allgemeine Anforderungen wie das Schriftformerfordernis gemäß § 57 VwVfG (zu alledem Nds. OVG, Urteil vom 09.06.2021, Az. 13 LC 534/18, juris Rn 38 und 46 unter Aufgabe der früher vertretenen Ansicht, dass die Beauftragung wahlweise durch Verwaltungsakt oder subordinationsrechtlichen Vertrag erfolgen könne, siehe Nds. OVG, Urteil vom 07.11.1997, Az. 7 L 5590/96, juris Rn 38; Nds. OVG, Beschl. vom 14.09.1999, Az. 11 M 2747/99, juris Rn 87; Nds. OVG, Beschl. 18b

vom 07.02.2006, Az. 11 ME 26/05, juris Rn 27; Nds. OVG, Urteil vom 11.06.2010, Az. 11 ME 583/09, juris Rn 34; ferner Nds. OVG, Beschl. vom 12.11.2012, Az. 13 ME 231/12, juris Rn 21).

c) Interkommunale und sonstige Zusammenarbeit öffentlicher Rechtsträger

Nach § 4 Abs. 2 S. 2 NRettdG sollen benachbarte kommunale Träger zusammenarbeiten, wenn dies der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dient. Zu diesem Zweck können gemäß § 4 Abs. 3 S. 2 NRettdG abweichende Vereinbarungen über die örtliche Zuständigkeit getroffen werden. Intensivtransportwagen sollen nach § 4 Abs. 4 S. 2 NRettdG von mehreren kommunalen Trägern gemeinsam vorgehalten werden, wenn dies der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dient. Werden Intensivtransportwagen gleichwohl nicht von mehreren kommunalen Trägern gemeinsam vorgehalten, kann gemäß § 4 Abs. 5 NRettdG die Kommunalaufsichtsbehörde die erforderlichen Bestimmungen treffen. Mehrere kommunale Träger können gemäß § 6 Abs. 1 S. 3 NRettdG eine für ihre jeweiligen Rettungsdienstbereiche (§ 4 Abs. 1 S. 1 NRettdG) zuständige gemeinsame integrierte Leitstelle betreiben sowie gemäß § 10 Abs. 3 S. 3 NRettdG einen gemeinsamen Ärztlichen Leiter bestellen. Das Nds. Gesetz über die kommunale Zusammenarbeit (NKomZG) sieht für die Kommunen zur gemeinsamen Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben vor, dass sie Zweckvereinbarungen abschließen, Zweckverbände errichten oder sich an ihnen beteiligen sowie gemeinsame rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts errichten oder sich an ihnen beteiligen können (§ 1 Abs. 1 S. 1 NKomZG). Die kommunalen Träger können nicht nur andere Kommunen, Zweckverbände oder kommunale Anstalten – wiederum unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorschriften – mit der Durchführung der öffentlichen Aufgabe des Rettungsdienstes oder Teilen dieser Aufgabe beauftragen (§ 2 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 und S. 2 NKomZG), sondern ihnen unter den Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 NKomZG sogar die öffentliche Aufgabe des Rettungsdienstes ganz oder teilweise übertragen (§ 2 Abs. 1 S. 1, Nr. 1 und S. 2 NKomZG); eine Aufgabenübertragung auf Private (Aufgabenprivatisierung) scheidet demgegenüber aus (§ 5 Abs. 2 S. 2 NKomZG). Im Umfang der Übertragung sind dann grundsätzlich die Aufgabenempfänger anstelle der Aufgabengeber Träger der öffentlichen Aufgabe (§ 2 Abs. 3 und 4 NKomZG). Die Kommunalaufsichtsbehörde ist lediglich im Rahmen der Rechtsaufsicht zu beteiligen (§ 2 Abs. 5 NKomZG). Über eine Zusammenarbeit von Kommunen hinausgehend sieht § 6 Abs. 2 NRettdG die Möglichkeit einer Leitstellenkooperation zwischen den kommunalen Trägern des Rettungsdienstes und dem Land Niedersachsen als Träger der Polizei vor sowie § 6a Abs. 2 NRettdG entgegen seiner Formulierung keine Übertragung, sondern allein die einvernehmliche Beauftragung einer oder mehrerer kommunaler Träger mit den Aufgaben der zentralen Koordinierungsstelle durch das Land Niedersachsen als Träger des Luftrettungsdienstes. Bei der in § 6a Abs. 1 S. 3 und 4 NRettdG vorgesehenen Möglichkeit der Übertragung der Aufgabe der Koordinierung des Einsatzes von Intensivtransportwagen von kommunalen Trägern auf die zentrale Koordinierungsstelle des Landes Niedersachsen scheint tatsächlich eine Aufgabenübertragung beabsichtigt gewesen zu sein (LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 13; LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 6 f.); eine Übertragung auf die zentrale Koordinierungsstelle statt auf das Land als ihren Rechtsträger setzt allerdings deren Rechtsfähigkeit voraus. Daneben ermöglichen Staatsverträge allgemein eine institutionalisierte grenzüberschreitende Zusammenarbeit über die Landesgrenzen (z.B. Staatsvertrag zwischen dem Land Niedersachsen und dem Land Nordrhein-Westfalen über Zweckverbände, öffentlich-rechtliche Vereinbarungen, kommunale Arbeitsgemeinschaften und Wasser- und Bodenverbände von 1969, Nds. GVBl. 1970, S. 64) und die Bundesgrenze (Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland, dem Land Niedersachsen, dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Königreich der Niederlande über grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Gebietskörperschaften und anderen öffentlichen Stellen von 1991, Nds. GVBl. 1992, S. 69 und BGBl. 1993 II, S. 843) hinweg. Im Bereich des Rettungsdienstes findet eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit jedoch zumeist nur einzelfallbezogen unterhalb dieser Schwelle statt.

d) Leistungserbringung durch Dritte außerhalb des Rettungsdienstes

Anderen als den Aufgabenträgern und den von ihnen Beauftragten ist die geschäftsmäßige Erbringung von Leistungen des Rettungsdienstes gemäß § 5 Abs. 3 NRettdG verboten; es besteht also ein (Verwaltungs-) Monopol. Der Transport von medizinischen Gütern (oder Personal) im Sinne der fakultativen Rettungsdienstleistung des § 2 Abs. 2 S. 2 NRettdG unterfällt diesem Verbot aber nur, soweit er zur Versorgung vital (oder ähnlich schwer) Bedrohter dienen soll, er mithin im Rahmen der Notfallrettung (im weiten Sinne) erfolgt (LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 3 und 6). Da es sich um eine fakultative Aufgabe handelt, greift das Verbot darüber hinaus nicht, soweit der Rettungsdienst diese Aufgabe nicht oder nicht bedarfsdeckend wahrnimmt. In diesen Fällen können sogar für Transportfahrzeuge außerhalb des Rettungsdienstes Ausnahmegenehmigungen für die Ausrüstung mit Sondersignalanlagen zu erteilen sein (BVerwG, Beschl. vom 18.02.2009, Az. 3 B 63.08, juris Rn 3). Für die Beförderung von Personen im Rahmen der Notfallrettung (einschließlich des Notfalltransports) kann Werkrettungsdiensten nach der (auf Grundlage von § 30 Nr. 4 NRettdG erlassenen) BefrWRettDVO vom 05.06.2008 (Nds. GVBl. 2008, S. 215) in der Fassung der Änderungsverordnungen vom 30.11.2012 (Nds. GVBl. 2012, S. 533) und vom 22.11.2017 (Nds. GVBl. 2017, S. 441) eine Befreiung von diesem Verbot erteilt werden. Für den geschäftsmäßigen qualifizierten Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes gelten die Genehmigungspflicht und die weiteren Vorschriften der §§ 19 bis 29 NRettdG. Die Anwendung des Personenbeförderungsrechts ist demgegenüber durch § 1 Abs. 2 S. 1, Nr. 2 PBefG ausge-

19

20

schlossen (siehe Rn 12). Aus der Gewerbeordnung sind gemäß § 6 Abs. 1 S. 3 GewO allein die Vorschriften über das Gewerbezentralregister anwendbar (dazu BT-Drs. 13/9109 vom 19.11.1997, S. 14).

3. Organisation des Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Daseins- bzw. Gesundheitsvorsorge (LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 7; Nds. OVG, Beschl. vom 14.09.1999, Az. 11 M 2747/99, juris Rn 83) ist auf Ministerialebene üblicherweise entweder dem Innenressort zugeordnet – so derzeit in Niedersachsen – oder dem Sozial- bzw. Gesundheitsressort – wie früher in Niedersachsen. Die Entscheidung hierüber liegt gemäß Art. 29 Abs. 2 und Art. 37 Abs. 1 S. 1 der Niedersächsischen Verfassung grundsätzlich beim Ministerpräsidenten und im Übrigen gemäß Art. 37 Abs. 2 Nr. 3 der Landesverfassung bei der Landesregierung insgesamt (entsprechende Entscheidungen siehe Rn 119). Die durch Änderungsgesetz vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132) in § 18a Abs. 1 und 4 NRettdG eingeführte statische Zuständigkeit des für Inneres zuständigen Ministeriums anstelle der ansonsten im NRettdG gebräuchlichen dynamischen Zuweisung der Ministerialkompetenz an das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium ist ausweislich der Begründung des Änderungsgesetzes nicht bewusst mit dem Ziel erfolgt, die Zuständigkeit des Innenministeriums festzuschreiben (LT-Drs. 18/8095 vom 03.12.2020, S. 2 und 3 f.) und muss als Redaktionsversehen angesehen werden. Die intraföderale Zusammenarbeit der für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien war zunächst im 1970 entstandenen und 1971 so benannten Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen“ unter Vorsitz des Bundesministers für Verkehr und ist seit 1993 im 1996 so benannten Ausschuss „Rettungswesen“ unter wechselndem Vorsitz der Länder im Umfeld des Bundesrates institutionalisiert (näher Nadler, in: 40 Jahre Koordination im Rettungsdienst, Witten 2006, S. 16 f. und 25). Erarbeitet wurden etwa Musterrettungsdienstgesetze (BT-Drs. 7/489 vom 27.04.1973, S. 2 und 7 f.; BT-Drs. 11/7344 vom 06.06.1990, S. 61; beide abgedruckt bei Nadler, a.a.O., S. 27 bis 30 und S. 36 bis 47) sowie Grundsätze und Empfehlungen zur Ausbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals, die zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Ausbildung beitrugen (siehe Rn 52 und 114).

Auf Kommunalebene wird die innerbehördliche Zuständigkeit für den Rettungsdienst im Rahmen der jeweiligen Richtlinien der Vertretung nach § 58 Abs. 1 Nr. 2 NKomVG vom Hauptverwaltungsbeamten aufgrund seiner Geschäftsverteilungskompetenz gemäß § 85 Abs. 3 S. 1, 2. Hs. NKomVG geregelt. Die Vertretung der Interessen der kommunalen Aufgabenträger des Rettungsdienstes gegenüber dem Land Niedersachsen erfolgt insbesondere durch die kommunalen Spitzenverbände Niedersächsischer Landkreistag e.V. (NLT) und Niedersächsischer Städtetag e.V. (NST). Zusammen mit dem Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund e.V. (NSGB) sind sie in der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens organisiert. Sie sind vor Erlass von Gesetzen und Verordnungen, welche die Kommunen unmittelbar berühren, zu hören (Art. 57 Abs. 6 der Landesverfassung; dazu Nds. StGH, Urteil vom 16.05.2001, Az. StGH 6/99, 7/99, 8/99 und 1/00, juris Rn 105 f.; Nds. StGH, Urteil vom 04.06.2010, Az. StGH 1/08, juris Rn 60) und können auch mit Initiativen an den Landtag und die Landesregierung herantreten. Die institutionalisierte Interessenvertretung auf Bundesebene sowie gegenüber der Europäischen Union erfolgt durch den Deutschen Landkreistag e.V. (DLT) und den Deutschen Städtetag (DST) bzw. durch die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, in der DLT und DST gemeinsam mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB) organisiert sind.

Die Organisation der eigentlichen Leistungserbringung des Rettungsdienstes ergibt sich unabhängig davon, ob der Aufgabenträger den Rettungsdienst selbst durchführt oder damit Dritte beauftragt, aus dem NRettdG und weiteren bereichsspezifischen Regelungen.

a) Aufbauorganisation (Einrichtungen, Sachmittel und Personal)

Der Rettungsdienst in Niedersachsen besteht aus landesweiten und regionalen bzw. örtlichen Einrichtungen, Sachmitteln und Personal.

aa) Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD)

Zu den landesweit zuständigen Einrichtungen gehört der Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD), der vom Land Niedersachsen einzurichten ist (§ 13 Abs. 1 S. 1 NRettdG), das auch dessen Kosten trägt (§ 13 Abs. 3). Der LARD setzt sich gemäß § 13 Abs. 1 S. 2 aus je fünf Vertretern der (Aufgaben-) Träger des Rettungsdienstes, der Kostenträger (siehe Rn 71) und der mit der Leistungserbringung beauftragten Dritten sowie fünf von der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) zu benennenden Ärzten zusammen. Weitere sachkundige Personen als Mitglieder können sowohl vom Ausschuss aufgenommen werden (§ 13 Abs. 1 S. 3), als auch vom Ministerium berufen werden (§ 13 Abs. 1 S. 4). Zur inneren Organisation gibt sich der LARD gemäß § 13 Abs. 2 S. 3 eine Geschäftsordnung; aktuell ist dies die Geschäftsordnung vom 28.06.2023 (Bekanntmachung des MI vom 28.06.2023, Az. 35.22 41576-10-13, Nds. MBl. 2023, S. 852). Voran gingen die Geschäftsordnungen vom 16.11.2016 (Bek. d. MI vom 16.11.2016, Az. 35.22 41576-10-13, Nds. MBl. 2017, S. 154), vom 24.03.2009 (Bek. d. MI vom 24.03.2009, Az. B21 41576-10-13, Nds. MBl. 2009, S. 523) und vom 30.09.1993 (Bek. d. MS vom 30.09.1993, Nds. MBl. 1993, S. 1156). Der Ausschuss kann Arbeitsgruppen einsetzen, welche seine Beschlüsse vorbereiten (§ 9 der Geschäftsordnung). Derzeit bestehen die drei Arbeitsgruppen Struktur und Qualität, Strategie und Finanzen sowie Bedarfsplanung.

Zu den Aufgaben des LARD gehört die Beratung der Träger des Rettungsdienstes und der beauftragten Leistungserbringer (§ 13 Abs. 2 S. 1) sowie die Befassung mit Grundfragen des Rettungsdienstes und seiner

Fortentwicklung, insbesondere mit Qualitätsstandards für die Notfallrettung und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst (§ 13 Abs. 2 S. 1). Die daraus folgenden Empfehlungen des Ausschusses gibt das Ministerium entsprechend § 8 der Geschäftsordnung des LARD im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt; seit 2023 besteht zudem die Möglichkeit, Empfehlung auf der Internetpräsenz des LARD (siehe unten) oder andernorts im Internet allgemein zugänglich zu machen und im Ministerialblatt lediglich darauf hinzuweisen. Mit den Empfehlungen werden Regelungslücken des NRettdG und rettungsdienstlicher Rechtsverordnungen gefüllt oder bestehende rettungsdienstliche Regelungen konkretisiert, auch wenn ihnen keine rechtliche Bindungswirkung zukommt. Der LARD hat zudem die landeseinheitlichen Muster zur Einsatzdokumentation nach § 11 Abs. 1 S. 2 NRettdG zu entwickeln (§ 13 Abs. 2 S. 2) sowie die Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten (Plankosten) des Rettungsdienstes (§ 14 Abs. 3). Dies ist derzeit die Kostenrichtlinie gemäß Bek. d. MI vom 28.08.2019, Az. 35.22-41576-10-13/0 (Nds. MBl. 2019, S. 1316), geändert durch Bek. d. MI vom 01.09.2020 (Nds. MBl. 2020, S. 923) und vom 03.11.2022 (Nds. MBl. 2022, S. 1461). Veröffentlicht wurde auch ein darauf aufbauender automatisierter Betriebsabrechnungsbogen (BAB) für den Rettungsdienst (Bek. d. MI vom 02.10.2023, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2023, S. 954). Die Veröffentlichungen des LARD sind auch auf dessen Internetpräsenz unter lard-nds.de abrufbar.

Der LARD ist eine (Landes-) Behörde im Sinne von § 1 Abs. 4 NVwVfG und nicht zu verwechseln mit dem Landesverband der ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) Niedersachsen/Bremen, der ebenso wie deren Bundesverband als privatrechtlicher Verein organisiert ist. 27

bb) Schiedsstelle

Ebenfalls landesweite Zuständigkeit hat die vom Land Niedersachsen einzurichtende Schiedsstelle, deren Aufgabe die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Trägern des Rettungsdienstes, Beauftragten und Kostenträgern über Kosten und Entgelte sowie über den Abschluss oder die Durchführung bestimmter Kostenvereinbarungen ist (§ 18 Abs. 1 NRettdG). Vorbild sind ähnliche Stellen zur Streitentscheidung im Gesundheitswesen, etwa die Schiedsstellen nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 114 SGB V oder die Schiedsämter nach § 34 Abs. 5 bis 7 SGB VII. Die Schiedsstelle nach § 18 NRettdG ist kein staatliches Gericht und kein nichtstaatliches Schiedsgericht, sondern eine mit Hoheitsbefugnis (§ 18 Abs. 4 S. 2) ausgestattete (Landes-) Behörde im Sinne von § 1 Abs. 4 NVwVfG (vgl. BVerwGE 94, 301, Urteil vom 23.11.1993, Az. 3 C 47.91, juris Rn 45). Die Aufzählung der Zuständigkeiten der Schiedsstelle in § 18 Abs. 1 NRettdG ist abschließend, Streitigkeiten zwischen Rettungsdienstträgern und Beauftragten über das Beauftragungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 S. 1 oder § 6a Abs. 3 S. 1 oder über ein der Beauftragung vorgeschaltetes Auswahlverfahren fallen daher nicht in ihre sachliche Zuständigkeit (Nds. OVG, Urteil vom 25.11.2010, Az. 11 LC 428/09, juris Rn 38). Die Schiedsstelle hat gemäß § 18 Abs. 2 S. 1 neun Mitglieder: Eine Person mit der Befähigung zum Richteramt (§ 5 Abs. 1 DRiG), die den Vorsitz innehat, zwei Vertreter der Rettungsdienstträger, zwei Vertreter der Beauftragten und vier Vertreter der Kostenträger; der Vorsitzende ist nach § 18 Abs. 2 S. 2 NRettdG von den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern einverständlich zu benennen. Die Schiedsstelle wird nur auf schriftlichen Antrag einer der streitenden Parteien vom Vorsitzenden einberufen (§ 18 Abs. 4 S. 1) und entscheidet durch Verwaltungsakt (Satz 2). Der Entscheidung kommt nicht nur Wirkung für die Zukunft, sondern auch (Rück-) Wirkung für die Vergangenheit zu (Nds. OVG, Beschl. vom 02.03.2000, Az. 11 L 458/99, juris Rn 2 bis 5). Gegen die Entscheidung durch Verwaltungsakt kann dann verwaltungsgerichtliche Klage erhoben werden (§ 40 Abs. 1 S. 1 VwGO), ohne dass es der Durchführung eines Vorverfahrens bedarf (§ 18 Abs. 4 S. 3 NRettdG i.V.m. § 68 VwGO). Da der Schiedsstelle kein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum zukommt, ist die Schiedsentscheidung gerichtlich voll überprüfbar (Nds. OVG, Urteil vom 07.11.1997, Az. 7 L 7458/95, juris Rn 1; Nds. OVG, Urteil vom 15.05.2007, Az. 11 LC 73/06, juris Rn 55 f.). Nach § 18 Abs. 5 NRettdG gibt sich die Schiedsstelle eine Schiedsordnung, die der Genehmigung durch das Ministerium bedarf. Aktuell ist die Schiedsordnung gemäß Bek. d. MI vom 13.12.2007, Az. B21.21-41576-10-18/1 (Nds. MBl. 2008, S. 49). Nach § 12 Abs. 4 der Schiedsordnung sollen Verfahren vor der Schiedsstelle in der Regel nicht länger als sechs Monate dauern. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Rettungsdienstträger und die Kostenträger zu gleichen Teilen (§ 18 Abs. 3 NRettdG); für den Kostenanteil der Rettungsdienstträger bestimmt § 14 der Schiedsordnung weitergehend, dass er zu 2 % vom Land und zu 98 % von den kommunalen Rettungsdienstträgern getragen wird, wobei sich deren Anteile nach ihren zuletzt veröffentlichten amtlichen Einwohnerzahlen bemessen. Die Verfahren vor der Schiedsstelle sind nach § 12 Abs. 5 der Schiedsordnung unentgeltlich.

Die einzige Regelung zur Schiedsstelle außerhalb von § 18 NRettdG findet sich in § 15a Abs. 4, wonach die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten entscheidet, wenn eine Entgeltvereinbarung nach § 15a (siehe Rn 75 ff.) nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Verhandlungsaufnahme aufgefordert hat, zustande kommt. Damit ist keine Ausnahme vom Antragserfordernis nach § 18 Abs. 4 S. 1 normiert worden, sondern lediglich eine zeitliche Begrenzung der Schiedsverfahrensdauer. 29

cc) Rettungsleitstelle, zentrale Koordinierungsstelle und örtliche Einsatzleitung (ÖEL)

Zu den kommunalen Einrichtungen gehören die Rettungsleitstellen als Einsatzzentralen für den Rettungsdienst eines oder mehrerer Rettungsdienstbereiche (§ 4 Abs. 4 S. 3 i.V.m. § 6 Abs. 1 S. 1 und 3 NRettdG). 30

Die Rettungsleitstelle nimmt Hilfeersuchen entgegen und veranlasst, koordiniert und lenkt entsprechend der ihr gemeldeten Lage den Einsatz aller Rettungsmittel (§ 6 Abs. 3 S. 1); zudem zeichnet sie den einsatzbedingten Fernmeldeverkehr auf und fertigt über jeden Einsatz ein Protokoll (§ 11 Abs. 1 S. 1). Sie muss – in Anknüpfung an § 108 TKG i.V.m. der Notrufverordnung, wonach Telekommunikationsdienstleister und Telekommunikationsnetzbetreiber jederzeitige Notrufverbindungen ermöglichen müssen – über die allgemeinen Notrufe ständig erreichbar sein und ständige Fernmeldeverbindungen zu sämtlichen Einrichtungen des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich, zu benachbarten Rettungsleitstellen und zu den für den Rettungsdienstbereich zuständigen Einsatzleitstellen des Katastrophenschutzes und der Gefahrenabwehr haben (§ 6 Abs. 4 S. 2); außerdem soll sie Fernmeldeverbindungen zu den Krankenhäusern des Rettungsdienstbereichs haben (§ 6 Abs. 4 S. 3). Zur Identifizierbarkeit und Lokalisierbarkeit von Notrufenden darf bei Notrufen die Anzeige der Rufnummer des Anrufers nicht unterdrückt werden können (§ 15 Abs. 1 S. 4 TTDSG) und bei Telekommunikationsverbindungen zu den Anschlüssen unter der Notrufnummer die Übermittlung von Standortdaten nicht ausgeschlossen werden können (§ 13 Abs. 3 TTDSG). Um sprach- oder hörbehinderten Menschen, die einen telefonischen Notruf nicht oder nicht vollständig nutzen können, gleichwertige Notrufmöglichkeiten zu eröffnen, gibt es neben Notruffax und -SMS inzwischen die Notruf-App „nora“ der Bundesländer. Sie wurde in deren Auftrag vom Land Nordrhein-Westfalen beschafft, bei dem auch weiterhin die Geschäftsführung liegt; die Einführung obliegt in Niedersachsen den kommunalen Rettungsdienststrägern. Mit ihrer Einführung sollen die Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland aus Art. 9 der UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 7 der Universaldienstrichtlinie 2002/22/EG, Art. 109 Abs. 5 der EU-Richtlinie 2018/1972 und der EU-Richtlinie 2019/882 erfüllt werden. Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsleitstelle müssen dem Stand der Technik entsprechen (§ 4 Abs. 4 S. 4 NRettdG). Die Rettungsleitstelle führt Verzeichnisse der für die Durchführung des Rettungsdienstes bedeutsamen medizinischen und pharmazeutischen Dienste und Einrichtungen (§ 6 Abs. 5 S. 1). Die Träger der Krankenhäuser im Rettungsdienstbereich gewährleisten, dass der Rettungsleitstelle laufend die verfügbaren Behandlungskapazitäten gemeldet werden (§ 6 Abs. 5 S. 2). Zu diesem Zweck werden mittlerweile webbasierte Anwendungen, in Niedersachsen vor allem der Interdisziplinäre Versorgungsnachweis (IVENA) eingesetzt. Siehe hierzu das Positionspapier des LARD (Bek. d. MI vom 17.08.2017, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2017, S. 1316). Das Nds. Sozialministerium förderte die Anschaffung von Informationstechnik zur Nutzung von IVENA durch Rettungsleitstellen und Krankenhäuser (Erlasse d. MS vom 05.06.2019, Az. 404.1-02921/1/1, Nds. MBl. 2019, S. 942 und vom 22.11.2019, Az. 404.1-02921/1, Nds. MBl. 2019, S. 1664, geändert durch Erl. d. MS vom 21.01.2022, Nds. MBl. 2022, S. 149), die Förderung ist jedoch am 31.12.2023 ausgelaufen und soll nicht fortgesetzt werden. Eine Vorgabe oder Förderung zur Implementierung eines Interoperabilitätsstandards zur Ermöglichung eines Austauschs entsprechender Daten zwischen Systemen verschiedener Anbieter und damit eines anbieterunabhängigen Datenaustauschs zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gibt es hingegen nicht.

Eine Rettungsleitstelle wird nach § 6 Abs. 1 S. 2 zusammen mit der jeweiligen Feuerwehr-Einsatz-Leitstelle (§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 NBrandSchG) im Rettungsdienstbereich als integrierte Leitstelle betrieben. Mit Polizeidienststellen sind Leitstellenkooperationen möglich (§ 6 Abs. 2 S. 1 NRettdG), aus datenschutzrechtlichen Gründen aber wenig praktikabel. Für den Einsatz von Rettungsluftfahrzeugen ist gemäß § 6 Abs. 6 S. 1 die Rettungsleitstelle des Stationierungsortes zuständig, soweit nicht die zentrale Koordinierungsstelle nach § 6a NRettdG (siehe unten) zuständig ist. Das Pendant der Rettungsleitstellen im SAR-Dienst sind die Rescue Coordination Centres (RCCs), in Deutschland das Aeronautical RCC in Münster für den Landbereich, das ARCC in Glücksburg für den Seebereich sowie das Maritime RCC in Bremen für die Nord- und Ostsee. Zudem besteht seit 2003 das Havariekommando (auf Grundlage der Vereinbarung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den fünf Küstenländern über die Errichtung des Havariekommandos zur Verbesserung des gemeinsamen Unfallmanagements auf der Nord- und Ostsee) als gemeinsame Einrichtung von Bund und Küstenländern (§ 1 Abs. 1 der Vereinbarung) mit Sitz in Cuxhaven (§ 3 Satz 3 der Vereinbarung).

Die zentrale Koordinierungsstelle nach § 6a NRettdG koordiniert Einsätze, wenn ein Intensivtransport (siehe Rn 10) aufgrund medizinischer Indikation mit einem Rettungsluftfahrzeug durchzuführen ist (§ 6a Abs. 1 S. 2). Sie ist landesweit zuständig und wird vom Land Niedersachsen betrieben (§ 6a Abs. 1 S. 1), das aber nach § 6a Abs. 2 einvernehmlich einen oder mehrere kommunale Träger oder ansonsten nach § 6a Abs. 3 einen oder mehrere Dritte mit der Durchführung der Aufgaben der zentralen Koordinierungsstelle beauftragen kann. Mit der durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) geschaffenen Regelung wurde die bereits seit 1998 bestehende zentrale Koordinierungsstelle für die Luftrettung in Hannover gesetzlich verankert und in die Regionsleitstelle Hannover integriert (LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 7 und 13).

Die örtlichen Einsatzleitungen (ÖEL) schließlich sind von den kommunalen Rettungsdienststrägern für ihren Rettungsdienstbereich zu bestimmende funktionelle Einheiten, die bei einem Großschadensereignis (MANV) am Einsatzort Aufgaben der Rettungsleitstelle übernehmen, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist, und die medizinische Versorgung leiten (§ 4 Abs. 4 S. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1 S. 1 NRettdG). Eine ÖEL besteht zumindest aus einem Leitenden Notarzt (LNA) und einem organisatorischen Leiter (OrgL), § 7 Abs. 2. Gemäß § 7 Abs. 3 bestimmt die Rettungsleitstelle im Einzelfall, ob die ÖEL an ihrer Stelle tätig wird. In Ergänzung und Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen gibt es Empfehlungen

des LARD zur ÖEL (Bek. d. MI vom 03.11.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2011, S. 104). Der ÖEL entspricht der On-Scene Coordinator (OSC) bei SAR-Einsätzen.

dd) Rettungswache

Die Rettungsdienstträger haben in ihrem Rettungsdienstbereich Rettungswachen in der erforderlichen Anzahl und Ausstattung zu betreiben (§ 4 Abs. 4 S. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 NRettdG). Die erforderliche Anzahl und die Auswahl ihrer Standorte werden im Rahmen der Rettungsdienstbedarfsplanung ermittelt (siehe Rn 65 und 68); Ausstattung und Ausrüstung müssen dem Stand der Technik entsprechen (§ 4 Abs. 4 S. 4). Es ist fraglich, ob damit auch die für (Neu-) Bauten von Rettungswachen geltende DIN 13049 für verbindlich erklärt werden sollte. In den Rettungswachen stehen die für die Durchführung des Rettungsdienstes erforderlichen Personen und Rettungsmittel zum Einsatz bereit (§ 8 Abs. 2). Notärzte haben sich in der Rettungswache oder in einem geeigneten Krankenhaus für den Einsatz bereitzuhalten; nur in Ausnahmefällen kann zugelassen werden, dass sie sich an einem anderen geeigneten Ort bereithalten (§ 8 Abs. 3), etwa niedergelassene Ärzte in ihrer Praxis. In der Regel gibt es in einem Rettungsdienstbereich eine Hauptrettungswache, an der zusätzlich zentrale Verwaltungs- oder auch Schulungseinrichtungen bestehen. Zu den Rettungswachen zählen auch Wasserrettungswachen, Bergrettungswachen und Luftrettungswachen. Lehrrettungswachen sind Rettungswachen, die bestimmte Anforderungen für die Ausbildung des Rettungsdienstfachpersonals erfüllen. Die Voraussetzungen für die Genehmigung von Lehrrettungswachen für die Notfallsanitäterausbildung ergeben sich aus § 5 Abs. 2 S. 3 und § 6 Abs. 1 NotSanG i.V.m. § 3 NSchGesG (§ 1 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 Nr. 5 NSchGesG) i.V.m. §§ 9 und 18 NSchGesVO; die Voraussetzungen für Lehrrettungswachen für die Rettungssanitäterausbildung richten sich nach § 5 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan i.V.m. deren Anlage 3, Nr. 1.

34

ee) Rettungsmittel

Die Rettungsdienstträger haben in ihrem Rettungsdienstbereich die erforderlichen Rettungsmittel vorzuhalten und einzusetzen (§ 4 Abs. 4 S. 1 i.V.m. § 9 Satz 1 NRettdG), wobei Rettungsmittel im Sinne des NRettdG nicht jegliche Mittel zum Zwecke der Rettung sind, sondern nur die in § 9 Satz 2 aufgeführten Fahrzeuge: Krankenkraftwagen (Notarztwagen, Intensivtransportwagen, Rettungswagen, Notfallkrankentransportwagen), Krankentransportwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge, Rettungsluftfahrzeuge (Rettungshubschrauber, Intensivtransporthubschrauber oder andere geeignete Luftfahrzeuge) sowie für die Wasser- und Bergrettung geeignete Fahrzeuge. Für die Wasser- und Bergrettung geeignet sein können beispielsweise (Motor-) Rettungsboote sowie geländegängige Landfahrzeuge mit Allradantrieb. Intensivtransportwagen sollen gemäß § 4 Abs. 4 S. 2 von mehreren kommunalen Trägern gemeinsam vorgehalten werden, wenn dies der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dient; gegebenenfalls kann auch die Kommunalaufsichtsbehörde die erforderlichen Bestimmungen treffen (§ 4 Abs. 5). Für Transporte nach § 2 Abs. 2 S. 2 können, wenn keines der Rettungsmittel eingesetzt werden kann, auch andere geeignete Fahrzeuge verwendet werden (§ 9 Satz 3). Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel müssen dem Stand der Technik entsprechen (§ 4 Abs. 4 S. 4); Rettungsmittel der gleichen Zweckbestimmung müssen innerhalb eines Rettungsdienstbereichs zudem in Ausstattung und Ausrüstung einheitlich sein (§ 4 Abs. 4 S. 5).

Rettungsmittel/Landfahrzeuge:

- Krankenkraftwagen
- Notarztwagen (NAW)
- Intensivtransportwagen (ITW)
- Rettungswagen (RTW)
- Notfallkrankentransportwagen (NKTW)
- Krankentransportwagen (KTW)
- Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)
- Schwerlastversionen der Krankenkraftwagen (S-ITW, S-RTW, S-KTW)

Rettungsluftfahrzeuge:

- Rettungshubschrauber (RTH)
- Intensivtransporthubschrauber (ITH)

Rettungsmittel/Wasserfahrzeuge:

- (Motor-) Rettungsboot (MRB/RTB)

35

Die in § 9 Satz 2 bei den Landfahrzeugen vorgenommene Unterscheidung zwischen Krankenkraftwagen und Notarzteinsatzfahrzeugen knüpft an das Personenbeförderungsrecht und das Straßenverkehrsrecht an. Danach sind Krankenkraftwagen (Kraft-) Fahrzeuge, die für Krankentransport oder Notfallrettung besonders eingerichtet und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind (§ 4 Abs. 6 PBefG). Während die Krankenkraftwagen dem Transport von Patienten dienen, dienen Notarzteinsatzfahrzeuge dem Transport des Notarztes (vgl. LT-Drs. 17/6348 vom 25.08.2016, S. 9). Der Patiententransport ist durch § 1 Abs. 2 S. 1, Nr. 2 PBefG vom Anwendungsbereich des Personenbeförderungsrechts ausgenommen; der Transport eigenen Personals stellt bereits keine Personenbeförderung i.S.v. § 1 Abs. 1 PBefG dar. Krankenkraftwagen der nach Landesrecht anerkannten Rettungsdienste bedürfen zudem gemäß § 48 Abs. 2 Nr. 3, 2. Alt. FeV keiner zusätzlichen Erlaubnis zur Fahrgastbeförderung nach § 48 Abs. 1 FeV. Das Erfordernis einer Fahrerlaubnis zum Führen von Kraftfahrzeugen auf öffentlichen Straßen nach § 2 Abs. 1 S. 1 StVG und § 4 Abs. 1 S. 1 FeV ist davon nicht berührt. Lediglich ehrenamtlich tätigen Angehörigen der nach Landesrecht anerkannten Rettungsdienste kann nach § 2 Abs. 10a StVG eine Fahrberechtigung zum Führen von Einsatzfahrzeugen auf öffentlichen Straßen bis zu einer zulässigen Gesamtmasse von 7,5 t – auch mit Anhängern, sofern die zulässige Gesamtmasse der Kombination 7,5 t nicht übersteigt – erteilt werden.

36

Nach Straßenverkehrszulassungsrecht dürfen sowohl Krankenkraftwagen (§ 52 Abs. 3 S. 1, Nr. 4 StVZO) als auch Notarzteinsatzfahrzeuge (§ 52 Abs. 3 S. 1, Nr. 2 StVZO) mit einer oder mehreren Kennleuchten für blaues Blinklicht (Rundumlicht) ausgerüstet sein. Kraftfahrzeuge, die entsprechende Kennleuchten für blaues

37

Blinklicht führen, müssen gemäß § 55 Abs. 3 S. 1 StVZO mit mindestens einer Warneinrichtung mit einer Folge von Klängen verschiedener Grundfrequenz (Einsatzhorn) ausgerüstet sein. Von dementsprechend ausgerüsteten Fahrzeugen darf das blaue Blinklicht nur zur Warnung an Unfall- oder sonstigen Einsatzstellen, bei Einsatzfahrten oder bei der Begleitung von Fahrzeugen oder von geschlossenen Verbänden verwendet werden (§ 38 Abs. 2 StVO). Blaues Blinklicht zusammen mit dem Einsatzhorn ordnet gegenüber allen übrigen Verkehrsteilnehmern an, dass diese sofort freie Bahn zu schaffen haben – sogenanntes Wegerecht – und darf im Rahmen der Aufgaben des Rettungsdienstes nur verwendet werden, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden (§ 38 Abs. 1 StVO). Daneben sind Fahrzeuge des Rettungsdienstes von den Vorschriften der Straßenverkehrs-Ordnung befreit, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden – sogenannte Sonderrechte (§ 35 Abs. 5a StVO). Die Sonderrechte dürfen nach § 35 Abs. 8 StVO nur unter gebührender Berücksichtigung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgeübt werden. Insbesondere dürfen Führer von Rettungsdienstfahrzeugen, die ohne Beifahrer fahren, gemäß § 35 Abs. 9 StVO auch abweichend von § 23 Abs. 1a StVO ein Funkgerät oder das Handteil eines Funkgerätes aufnehmen und halten, da die nach Landesrecht anerkannten Rettungsdienste zu den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) gehören und sie nach § 4 Abs. 1, Nr. 1.7 und Abs. 2, Nr. 2.1 der BOS-Funkrichtlinie zur Nutzung des BOS-Funks berechtigt sind. Rettungsmittel gehören zu den Hilfsfahrzeugen im Sinne von § 11 Abs. 2 StVO, die zur Hilfeleistung Rettungsgassen durchfahren dürfen.

Im Übrigen gelten für die Rettungsmittel die DIN-Vorschriften als Mindestvoraussetzungen (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 28; LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 4 f.; VG Oldenburg, Urteil vom 25.01.2006, Az. 11 A 3611/05, juris Rn 56), etwa die DIN 13230 für Rettungsluftfahrzeuge, die DIN 75079 für Notarzteinsetzfahrzeuge, die DIN 75076 für Intensivtransportwagen und die DIN EN 1789 für Krankenkraftwagen. Letztere unterscheidet zwischen dem Fahrzeugtyp A1 (Krankentransportwagen für den Transport eines einzelnen Patienten), dem Typ A2 (Krankentransportwagen für den Transport eines oder mehrerer Patienten), dem Typ B (Notfallkrankwagen) – der erst durch Änderungsgesetz vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132) in das NRettDG aufgenommen wurde – und dem Typ C (Rettungswagen, Notarztwagen und – ergänzt durch die DIN 75076 – Intensivtransportwagen).

ff) Medizinprodukte, Arznei- und Betäubungsmittel

Während früher der Transport des Patienten zur ärztlichen Versorgung in der Klinik die Hauptaufgabe war, liegt der Schwerpunkt der Notfallrettung seit Jahrzehnten auf der medizinischen Versorgung schon am Einsatzort und während eines etwaigen Transports in die Klinik (siehe Rn 7). Dementsprechend gehören zu den unverzichtbaren Sachmitteln im Rettungsdienst auch Medizinprodukte (§ 3 MPDG), Arzneimittel (§ 2 AMG) und Betäubungsmittel (§ 1 BtMG), auch wenn sie im NRettDG nicht ausdrücklich genannt werden.

Die Medizinprodukte müssen gemäß § 4 Abs. 4 S. 4 NRettDG dem Stand der Technik entsprechen. Sie dürfen nur nach Maßgabe der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) betrieben und angewendet werden. Dazu gehört, dass Medizinprodukte nur ihrer Zweckbestimmung entsprechend und nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik betrieben und angewendet werden dürfen (§ 4 Abs. 1 MPBetreibV) und nur von Personen, die die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen (§ 4 Abs. 2 MPBetreibV); grundsätzlich ist eine Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes erforderlich (§ 4 Abs. 3 S. 1 und 2 MPBetreibV). Andere Vorschriften gelten speziell für Betreiber oder Anwender. Dabei ist Betreiber eines Medizinproduktes jede natürliche oder juristische Person, die für den Betrieb der Gesundheitseinrichtung verantwortlich ist, in der das Medizinprodukt durch dessen Beschäftigte betrieben oder angewendet wird (§ 2 Abs. 2 MPBetreibV); Anwender ist, wer ein Medizinprodukt am Patienten einsetzt (§ 2 Abs. 3 MPBetreibV). Der Betreiber darf z.B. nur Personen mit dem Anwenden von Medizinprodukten beauftragen, die die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 erfüllen und nach § 4 Abs. 3 in das anzuwendende Medizinprodukt eingewiesen sind (§ 4 Abs. 5 MPBetreibV). Der Anwender hat sich vor dem Anwenden eines Medizinproduktes von der Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand des Medizinproduktes zu überzeugen und die Gebrauchsanweisung sowie die sonstigen beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen und Instandhaltungshinweise zu beachten (§ 4 Abs. 6 MPBetreibV).

Hinsichtlich der Arzneimittelversorgung sind die nach Landesrecht bestimmten Träger und Durchführenden des Rettungsdienstes den Krankenhäusern im Sinne des Apothekengesetzes gleichgestellt (§ 14 Abs. 8 S. 2, Nr. 1 und S. 3 ApoG); anders als den Krankenhausträgern, denen nach § 14 Abs. 1 ApoG die Erlaubnis zum

Bedeutung technisch-wissenschaftlicher Standards, soweit nicht vom Normgeber anderweitig definiert:

- der Stand der Wissenschaft (z.B. § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG) stellt auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse ab
- der Stand der Technik (etwa § 4 Abs. 4 S. 4 NRettDG) verweist auf die neuesten technischen Umsetzungen, ohne dass es auf deren allgemeine Anerkennung in der Praxis ankommt
- die allgemein anerkannten Regeln der Technik (§ 4 Abs. 1 MPBetreibV) entsprechen der herrschenden Auffassung unter den technischen Praktikern. Bei DIN-Normen und ähnlichen technischen Regelwerken besteht eine widerlegbare Vermutung dafür, dass sie allgemein anerkannte Regeln der Technik wiedergeben

(BVerfGE 49, 89, Beschl. vom 08.08.1978, Az. 2 BvL 8/77, juris Rn 107 bis 109; BVerwG, Beschl. vom 30.09.1996, Az. 4 B 175.96, juris Rn 5)

Betrieb einer Krankenhausapotheke erteilt werden kann, darf den Rettungsdienststrägern für den Rettungsdienst jedoch keine solche Erlaubnis erteilt werden (§ 14 Abs. 8 S. 4 ApoG). Durch diese im Jahr 2002 erfolgte Gleichstellung wurde zum einen die bereits verbreitete Belieferung von Rettungsdiensten durch Krankenhausapotheken gesetzlich abgesichert, zum anderen sollten die Qualität der Arzneimittelversorgung erhöht und die Arzneimittelkosten gesenkt werden (BT-Drs. 14/756 vom 14.04.1999, S. 5 f.): Zwischen öffentlicher oder Krankenhausapotheke einerseits und dem Aufgabenträger oder Leistungserbringer des Rettungsdienstes andererseits ist seitdem ein schriftlicher Arzneimittelversorgungsvertrag abzuschließen, der den Anforderungen des § 14 Abs. 5 ApoG genügen muss, wonach über die Belieferung hinaus auch eine Beratung des Rettungsdienstpersonals durch einen Apotheker erfolgen muss. Zudem gilt durch die Gleichstellung die Ausnahme von den Preisspannen und Preisen der Apotheken nach § 1 Abs. 3 S. 1, Nr. 2 AMPPreisV auch für die Rettungsdienste.

Betäubungsmittel für den Rettungsdienstbedarf dürfen nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und nur gegen Vorlage eines ausgefertigten Betäubungsmittelanforderungsscheines (ärztliche Verschreibung für den Rettungsdienstbedarf) abgegeben werden; Verbleib und Bestand der Betäubungsmittel sind lückenlos nachzuweisen (§ 13 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und Abs. 3 BtMG i.V.m. § 1 Abs. 2 und Abs. 3 Nr. 5 BtMVV). Der Träger oder der Durchführende des Rettungsdienstes hat mit einer Apotheke schriftlich die Belieferung der Verschreibungen für den Rettungsdienstbedarf sowie eine mindestens halbjährliche Überprüfung der Betäubungsmittelvorräte zu vereinbaren (§ 6 Abs. 3 S. 1 BtMVV). Verschreibungsberechtigt sind gemäß § 6 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 4 BtMVV und § 6 Abs. 4 S. 1 BtMVV der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes (ÄLRD) und im Falle eines Großschadensereignisses der Leitende Notarzt (LNA); Verschreibung und Vorratshaltung sollen für jedes Betäubungsmittel den Monatsbedarf nicht überschreiten (§ 2 Abs. 4 S. 2 i.V.m. Abs. 3 S. 2 BtMVV). Die Betäubungsmittel sind gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern (§ 15 BtMG i.V.m. den Sicherungsrichtlinien des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte).

Desinfektionsmittel schließlich können Biozid-Produkte (§ 3 Satz 1 Nr. 11 ChemG; § 2 Abs. 3 Nr. 5 AMG) oder Arzneimittel sein (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2, lit. a AMG; § 2 Abs. 3a AMG). Sie kommen neben bzw. nach in Hygieneplänen festgelegten Verfahrensweisen (§ 23 Abs. 5 S. 1, Nr. 8 Infektionsschutzgesetz) zum Einsatz, da im Rettungsdienst sicherzustellen ist, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden (§ 23 Abs. 3 S. 1, Nr. 11 i.V.m. § 2 Nr. 8 IfSG). Die Rettungsdienste unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter (§ 23 Abs. 6 S. 1 IfSG). Von der seit März 2020 in § 23 Abs. 8 S. 3 IfSG bestehenden Verordnungsermächtigung (dazu BT-Drs. 19/13452 vom 23.09.2019, S. 32) wurde in Niedersachsen bislang kein Gebrauch gemacht. Es gibt jedoch die Empfehlung des LARD in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) zu Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst (Stand 19.05.2022, Revision 2024), Bek. d. MI vom 12.07.2022, Az. 35.22-41576-10-13/0 (Nds. MBl. 2022, S. 1332).

gg) Ärztliches Personal

Zum ärztlichen Personal des Rettungsdienstes gehören Notärzte (NA). Dass sie noch immer selten als Rettungsdienstpersonal bezeichnet werden, hat historische Wurzeln: Früher wurde zwischen dem Rettungsdienst und dem Notarztdienst unterschieden, für die auch unterschiedliche Aufgabenträger zuständig waren. Der Notarztdienst gehörte nach der Rechtsprechung zum bundesrechtlichen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung der Sozialversicherten (BVerwGE 99, 10, Urteil vom 23.06.1995, Az. 8 C 14.93, juris Rn 12 bis 15; ebenso zur Rechtslage vor Schaffung des Fünften Buches des SGB (SGB V) BSG, Urteil vom 27.10.1987, Az. 6 RKA 60/86, juris Rn 17 bis 19) und war so vom rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrag nach Landesrecht ausgenommen. Erst 1997 wurde durch eine Änderung des § 75 SGB V die heute in dessen Abs. 1b S. 1 enthaltene Regelung geschaffen, nach welcher der vertragsärztliche Notdienst im Rahmen der Sozialversicherung nur die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten umfasst, nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt (dazu BT-Drs. 13/7264 vom 19.03.1997, S. 63). Da der Landesgesetzgeber keine abweichende Bestimmung getroffen hat, fällt unter den rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrag nach § 2 Abs. 1 S. 1 NRettDG auch die notärztliche Versorgung (Nds. OVG, Urteil vom 26.06.2001, Az. 11 LB 1374/01, juris Rn 48). Innerhalb eines Rettungsdienstes wird organisatorisch nicht selten weiterhin zwischen dem Notarztdienst des Rettungsdienstes und dem sonstigen Rettungsdienst unterschieden: Häufig erfolgt eine kollektive Gestellung von Notärzten durch Krankenhäuser, insbesondere wenn der jeweilige Rettungsdienststräger zugleich Krankenhaussträger oder an einem solchen beteiligt ist, § 1 Abs. 1 NKHG. Vor allem zur Besetzung einzelner Notarztdienste werden individualvertraglich Honorärärzte eingebunden. Nach der Rechtsprechung sind solche immer wieder ausgeübten (Neben-) Tätigkeiten als Notarzt allerdings keine selbstständigen freiberuflichen Tätigkeiten, sondern abhängige Beschäftigungen im Sinne von § 7 Abs. 1 SGB IV und mangels Geringfügigkeit und Unständigkeit sozialversicherungspflichtig (BSGE 133, 49, Urteil vom 19.10.2021, Az. B 12 KR 29/19 R, juris Rn 19 ff.; BSG, Urteil vom 19.10.2021, Az. B 12 R 10/20 R, juris Rn 28 ff.). Um die honorarärztliche Tätigkeit zu fördern (BT-Drs. 18/11205 vom 15.02.2017, S. 79) wur-

den durch § 23c Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 118 SGB IV Einnahmen aus ab dem 11.04.2017 vereinbarten Nebentätigkeiten als Notarzt in bestimmten Fällen von der Beitragspflicht zur Sozialversicherung ausgenommen. Der ärztliche Beruf ist ein Heilberuf. Für die Zulassung zu diesem kommt dem Bund gemäß Art. 74 Abs. 1, Nr. 19, 2. Var. GG eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zu, von der er durch die Bundesärzterordnung Gebrauch gemacht hat, die ihrerseits durch die Approbationsordnung für Ärzte konkretisiert wird. Der Notarzt stellt demgegenüber kein eigenständiges Berufsbild dar; die Gesetzgebungskompetenz für die Aus- bzw. Weiterbildung zum Notarzt sowie die Fortbildung liegt gemäß Art. 70 Abs. 1 GG ausschließlich bei den Ländern (BVerfGE 33, 125, Beschl. vom 09.05.1972, Az. 1 BvR 518/62, juris Rn 98). Anders als die Rettungsdienstgesetze anderer Länder bestimmt das NRettdG lediglich, dass das im Rettungsdienst eingesetzte Personal – dies schließt auch (Not-) Ärzte mit ein (LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 10) – fachlich geeignet sein und es entsprechend seiner Verwendung nach einheitlichen Maßstäben aus- oder fortgebildet sein und regelmäßig fortgebildet werden muss (§ 10 Abs. 1); eine konkretisierende Verordnung für die Aus- oder Fortbildung von (not-) ärztlichem Personal nach § 30 Nr. 1 gibt es nicht. Das Rettungsdienstrecht der meisten anderen Länder legt hingegen fest, dass die im Rettungsdienst eingesetzten Ärzte über den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ einer Ärztekammer, die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ einer Ärztekammer oder eine von der jeweiligen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation verfügen müssen. Die Weiterbildungen der Ärzte sind durch die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt, welche insoweit die ihnen von den Ländern durch die Kammergesetze – im Land Niedersachsen durch § 9 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. §§ 34 ff. Heilberufekammergesetz – übertragene berufsständische Selbstverwaltung ausüben. Die verschiedenen notärztlichen Weiterbildungen wurden vereinheitlicht durch den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ von 1994 und die an seine Stelle tretende Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“, die 2003 in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen wurde. Auch die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) enthält eine Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“. Mangels entsprechender rettungsdienstrechtlicher Bestimmung ist in Niedersachsen jedoch weder diese, noch überhaupt eine Weiterbildung Voraussetzung für die rettungsdienstliche Tätigkeit von (Not-) Ärzten. Hierzu im Wertungswiderspruch stehen die landesrechtlichen Anforderungen an die staatliche Prüfung für Rettungssanitäter, wonach dem Landesprüfungsausschuss und den einzelnen Prüfungskommissionen ein Arzt angehören muss, der eine entsprechende Zusatzbezeichnung oder einen entsprechenden Fachkundenachweis besitzt (§ 11 Abs. 2, Nr. 2 und § 12 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan 2021; § 12 Abs. 2, Nr. 2 und § 13 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan 2013; § 5 Abs. 2, Nr. 2 APVO-RettSan 1993). Denn wenn für die Prüfung von Rettungssanitätern eine solche Qualifikation der Ärzte gefordert wird, müsste diese erst recht für den Einsatz der Ärzte im Rettungsdienst gefordert werden. Die Landesregierung äußerte 2016, dass die Regelung einer medizinischen Qualifikation der Notärzte nicht angezeigt erscheine (LT-Drs. 17/6348 vom 25.08.2016, S. 12), jedoch mit nicht nachvollziehbarer Begründung: Ihr zufolge käme nur der „Fachkundenachweis Notfallmedizin“ – gemeint ist wohl die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin – in Betracht. Dass allerdings auch andere Qualifikationen in Betracht kommen, ergibt sich schon aus den Rettungsdienstgesetzen und -verordnungen anderer Länder (siehe oben). Sodann führt die Landesregierung aus, dass der Erwerb dieser Qualifikation die Ableistung einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Einsätzen im Rettungsdienst erfordere und die Voraussetzung dieser Qualifikation daher in Hinblick auf die Fortentwicklung des Berufsbildes und den Erwerb der Qualifikation kontraproduktiv sei. Mit einem Berufsbild kann das aber schon deshalb nichts zu tun haben, da der Notarzt kein eigenständiges Berufsbild darstellt, sondern eine erweiterte Ausübung des Arztberufes ist (vgl. BVerfGE 16, 286, Beschl. vom 23.07.1963, Az. 1 BvL 1/61 und 4/61, juris Rn 27; BVerfGE 68, 272, Beschl. vom 28.11.1984, Az. 1 BvL 13/81, juris Rn 24). Soweit die Landesregierung im Übrigen zum Ausdruck bringen wollte, dass der Erwerb einer Qualifikation um so schwerer bzw. seltener ist, je höher die Anforderungen sind, ist dem zuzustimmen. Dass die Anforderungen der Sache nach zu hoch wären, legt ein Vergleich mit den Anforderungen nach den Weiterbildungsordnungen anderer Ärztekammern aber nicht nahe. Dass die Anforderungen für einen ausreichenden Bestand an Notärzten im Land Niedersachsen zu hoch wären, ist ebenfalls nicht ersichtlich. Zudem könnte die Einführung mit einer Übergangsregelung verbunden werden und für bereits praktizierende Notärzte ohne entsprechende Qualifikation eine Ausnahmeregelung geschaffen werden. Ein im Februar 2022 von den Regierungskoalitionsfraktionen eingebrachter Gesetzesentwurf, der inhaltlich vom LARD stammte, sah die Einführung eines Qualifikationserfordernisses für Notärzte zum 01.01.2025 vor (LT-Drs. 18/10734 vom 15.02.2022, S. 2). Im Gesetzgebungsverfahren kritisierte die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände die geplante Regelung mit Blick auf den Ärztemangel im ländlichen Raum, während der LARD sie mit Blick auf den auch in Niedersachsen zu erzielenden Qualitätsstandard sowie die vorgesehene Übergangsfrist verteidigte (Protokoll der Sitzung des Ausschusses für Inneres und Sport 18/139 vom 17.03.2022, S. 21 f. und 24 f.); letztlich folgte der Gesetzgeber der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Inneres und Sport, die geplante Qualifikationsanforderung zu streichen, um sie einem späteren Gesetzgebungsverfahren vorzubehalten (LT-Drs. 18/11368 vom 15.06.2022, S. 3; LT-Drs. 18/11396 vom 21.06.2022, S. 2), und beschloss das Änderungsgesetz ohne diese Regelung. Das Fehlen einer konkreten rettungsdienstrechtlichen Bestimmung zur Notarztqualifikation macht es mit Blick auf die Haftung (siehe Rn 93 ff.) um so wichtiger, dass die Rettungsdienstträger selbst sicherstellen, dass nur entsprechend qualifizierte Ärzte in ihrem Rettungsdienst tätig

werden (dem Grunde nach ebenso LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 15). Empfehlungen des LARD speziell in Bezug auf notärztliches Personal des Rettungsdienstes gibt es nicht. In seiner Empfehlung zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst (Bek. d. MI vom 07.09.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2010, S. 944) werden für Einsatzpersonal jedoch mindestens 30 Stunden Fortbildung pro Jahr empfohlen. Dementsprechend wird in Abschnitt 3.4.2.1 der Kostenrichtlinie des LARD erwähnt, dass für fachspezifische Fortbildungen des Rettungsdienstpersonals gemäß § 10 Abs. 1 NRettdG von jährlichen Fortbildungen im Umfang von 30 Stunden auszugehen ist. Diese Angabe ist konkreter als die berufsrechtliche Fortbildungspflicht nach § 4 der Berufsordnung der ÄKN i.V.m. der Fortbildungsordnung der ÄKN, die keine bezifferten Vorgaben zur Fortbildung beinhaltet.

Während die Patienten bei Notfällen früher von Sanitätern vom Einsatzort zu einer Behandlungseinrichtung und damit zum Arzt gebracht wurden, hat sich in Deutschland das System etabliert, bei dem der Arzt zum Einsatzort kommt, um eine frühzeitige medizinische Versorgung des Notfallpatienten sicherzustellen. Allerdings ist nicht bei allen Notfallrettungseinsätzen ein Notarzt erforderlich. Vielmehr gibt es bestimmte Notfälle, bei denen der Einsatz eines Notarztes indiziert ist. Die Notarztindikationen werden für den jeweiligen Rettungsdienst von dessen Ärztlichem Leiter (ÄLRD) vorgegeben. Es gibt einen vom LARD empfohlenen Indikationskatalog, aktuell von 2016 (Bek. d. MI vom 05.08.2016, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2016, S. 988), der denjenigen von 2010 (Bek. d. MI vom 06.01.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2010, S. 232) ablöste. Ihnen waren Notarztindikationskataloge der Bundesärztekammer (BÄK) von 2013 (DÄBl. 2013, Heft 11, S. A521) und 2001 (DÄBl. 2001, Heft 51-52, S. A3467) vorausgegangen, weshalb davon auszugehen ist, dass auf den Katalog der BÄK vom 01.12.2023 (DÄBl. 2023, Heft 48, S. A1 bis A13) eine überarbeitete Empfehlung des LARD folgen wird. Die Notärzte haben sich gemäß § 8 Abs. 3 S. 1 NRettdG in einer Rettungswache oder in einem geeigneten Krankenhaus für den Einsatz bereitzuhalten; nur in Ausnahmefällen kann nach § 8 Abs. 3 S. 2 zugelassen werden, dass sie sich an einem anderen geeigneten Ort bereithalten, etwa niedergelassene Ärzte in ihrer Praxis. Angefordert wird der Notarzt bei Vorliegen einer Notarztindikation vom Disponenten der Rettungsleitstelle; er kann aber auch noch vom Rettungsdienstpersonal am Einsatzort nachgefordert werden. Zum Einsatzort bzw. zum Patienten gelangt der Notarzt im bodengebundenen Rettungsdienst entweder zusammen mit nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal in einem Notarztwagen (NAW), mit dem auch der Patient befördert werden kann (Stationierungssystem), oder in einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) und damit unabhängig von einem Krankenkraftwagen, mit dem der Patient befördert werden kann (Rendezvous-System). Dabei ist der Ort, an dem sich der Notarzt nach § 8 Abs. 3 bereithält, ohne Einfluss auf die Fahrzeugstrategie (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 27). Da das Rendezvous-System einen flexibleren Einsatz der Notärzte und damit zugleich Kosteneinsparungen ermöglicht, ist es die auch in Niedersachsen vorherrschende Fahrzeugstrategie. Telemedizin könnte den Einsatz von Notärzten in Zukunft weiter flexibilisieren. Obwohl funktärztliche Beratung für die (See-) Schifffahrt (Telemedical Maritime Assistance Service, auch Medico-Gespräch genannt) mit Unterbrechungen seit bereits fast einem Jahrhundert von Cuxhaven aus betrieben wird und sie spätestens mit dem Beitritt Deutschlands zum Übereinkommen Nr. 164 der Internationalen Arbeitsorganisation 1994 staatliche Aufgabe wurde (siehe zum rechtlichen Hintergrund BT-Drs. 16/7415 vom 05.12.2007, S. 17 zu § 1 Nr. 7a SeeAufgG und BT-Drs. 17/10959 vom 10.10.2012, S. 101 zu § 112 SeeArbG), werden erst jetzt die rechtlichen Voraussetzungen für telemedizinische Behandlungen geschaffen. Insbesondere wurde erst 2018 das berufsrechtliche Verbot ausschließlicher Fernbehandlungen und -beratungen in § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung der Ärzte und in der Folge in den Berufsordnungen der Landesärztekammern mit einer Ausnahme versehen; für Medico-Gespräche konnten sich die Ärzte zuvor – allerdings nur zum Teil – auf einen rechtfertigenden Notstand stützen.

Als behandelnde Ärzte haben die Notärzte gemäß § 6 Abs. 2 S. 2 i.V.m. §§ 13 und 14 BtMVV unverzüglich nach einer Bestandsänderung den Verbleib und Bestand der Betäubungsmittel zu dokumentieren. Zu den Pflichten von Notärzten außerhalb des Rettungsdienstrechts gehört auch die Meldung von nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Krankheiten gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 IfSG, die allerdings nach § 8 Abs. 2 S. 1 IfSG entfällt, wenn der Patient unverzüglich in eine ärztlich geleitete Einrichtung gebracht wurde. Ferner aus dem niedersächsischen Leichenwesen die Pflicht zur (äußeren) Leichenschau gemäß § 3 Abs. 3 S. 1, Nr. 2 und § 4 Bestattungsgesetz und zur Ausstellung einer Todesbescheinigung nach § 6 Abs. 1 S. 1 BestattG i.V.m. der Todesbescheinigungsverordnung; Ärzte im Rettungsdienst können sich jedoch gemäß § 3 Abs. 4 S. 1 BestattG auf die Feststellung des Todes sowie des Todeszeitpunktes oder des Zeitpunktes der Leichenauffindung beschränken, wenn sie durch die Durchführung der vollständigen Leichenschau – die auch die Feststellung der Todesursache beinhaltet – an der Wahrnehmung der Aufgaben im Rettungsdienst gehindert wären und dafür sorgen, dass ein anderer Arzt eine vollständige Leichenschau durchführt. Schließlich unterliegen die Notärzte – auch über den Tod eines Patienten hinaus – der berufsrechtlichen Schweigepflicht nach § 9 der Berufsordnung und der strafrechtlichen Geheimhaltungspflicht aus § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 5 StGB; ihnen steht ein Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO und § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO zu.

Der Leitende Notarzt (LNA) ist gemäß § 7 Abs. 2 und Abs. 1 S. 1 NRettdG ein besonders fortgebildeter Notarzt des kommunalen und somit bodengebundenen Rettungsdienstes, der bei einem Großschadensereignis

(MANV) als Teil der örtlichen Einsatzleitung (ÖEL) am Einsatzort die medizinische Versorgung leitet. Er ist grundsätzlich nicht unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt. Nach § 6 Abs. 4 S. 1 BtMVV ist der Leitende Notarzt bei einem Großschadensereignis berechtigt, die benötigten Betäubungsmittel zu verschreiben. Gemäß § 6 Abs. 4 S. 2 BtMVV sind die verbrauchten Betäubungsmittel durch ihn unverzüglich für das Großschadensereignis zusammengefasst nachzuweisen und der zuständigen Landesbehörde unter Angabe der nicht verbrauchten Betäubungsmittel anzuzeigen. In Konkretisierung von § 10 Abs. 1 NRettdG empfiehlt der LARD (Bek. d. MI vom 03.11.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2011, S. 104), dass der Leitende Notarzt über eine Qualifikation gemäß der Empfehlung der BÄK verfügt. Deren Empfehlung vom 01.04.2011 beinhaltet die Teilnahme an einem von der Landesärztekammer anerkannten Seminar „Leitender Notarzt – Qualifikationsseminar zum LNA“ im Umfang von 40 Stunden, das als Zugangsvoraussetzungen zum einen eine mindestens fünfjährige ärztliche Tätigkeit oder Facharztanerkennung in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin und zum anderen die Inhaberschaft der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ bzw. der Fachkunde „Rettungsdienst“ vorsieht. Im Übrigen empfiehlt der LARD die regelmäßige theoretische Fortbildung und die Durchführung gemeinsamer Übungen mit den anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben. Zur Fortbildung wird in der Empfehlung der BÄK von 2011 ein Aufbau-seminar „Leitender Notarzt – Qualifikationsseminar für LNA“ im Umfang von mindestens 8 Stunden vorgeschlagen.

Der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes (ÄLRD) ist nach § 10 Abs. 3 NRettdG außerhalb von Einsätzen in medizinischen Fragen sowie in Angelegenheiten des Qualitätsmanagements der Leiter eines oder mehrerer kommunaler und somit bodengebundener Rettungsdienste; zudem ist er für die Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals verantwortlich. Als Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes darf er gemäß § 6 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 4 S. 1 BtMVV Betäubungsmittel für den Rettungsdienstbedarf verschreiben; nach § 6 Abs. 2 S. 1 BtMVV hat ihn der Träger oder der Durchführende des Rettungsdienstes damit zu beauftragen. Darüber hinaus hat der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes gemäß § 23 Abs. 3 S. 1, Nr. 11 IfSG sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Der Ärztliche Leiter wurde erst durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) in das dann neubekanntgemachte NRettdG eingeführt. Nach der Empfehlung des LARD (Bek. d. MI vom 24.04.2019, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2019, S. 874) soll er u.a. die Qualifikation als Leitender Notarzt haben (siehe Rn 48) sowie an einer Weiterbildung zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ entsprechend der Empfehlung der BÄK teilgenommen haben. Deren Empfehlung vom 12.12.2014 beinhaltet die Teilnahme an einem Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst – Qualifikationsseminar zum ÄLRD“ im Umfang von 40 Stunden. Rettungsdienstrechtlich ist in Niedersachsen keine dieser Qualifikationen ausdrücklich vorgeschrieben, obwohl landesrechtlich selbst für die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter Voraussetzung ist, dass diese eine ärztliche Leitung hat, welche die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ besitzt (§ 7 Abs. 2 S. 2 APVO-RettSan 2021 i.V.m. deren Anlage 4, Nr. 2.2.; § 7 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan 2013 i.V.m. deren Anlage 4, Nr. 2.2.). Der Ärztliche Leiter ist nicht Teil des Notarztdienstes und daher vom Rettungsdienststräger gesondert zu bestellen. Nach der Empfehlung des LARD soll für die Bestellung eines Arztes, der in einem weiteren Arbeits- oder Dienstverhältnis steht, zum Ärztlichen Leiter Voraussetzung sein, dass dessen Weisungsfreiheit und Neutralität bei seiner Tätigkeit als Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes gewährleistet sind. Diese Absicherung tritt zu den auf Seiten des Arztes bestehenden Berufspflichten nach § 2 Abs. 4 und § 30 der Berufsordnung hinzu und ergänzt sie, da ein Arzt z.B. zugleich in einem Krankenhaus innerhalb des Rettungsdienstbereiches, dessen Ärztlicher Leiter er werden soll, bedienstet sein kann. Offen bleibt allerdings, wie die Weisungsfreiheit und die Neutralität sicherzustellen sind. Für die Fortbildung wird in der Empfehlung der BÄK von 2014 ein Aufbau-seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst – Qualifikationsseminar für ÄLRD“ vorgeschlagen. Der Landesverband der ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) Niedersachsen/Bremen und der Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland sind weder berufs- noch rettungsdienstrechtlich vorgesehene privatrechtliche Vereine.

hh) Nichtärztliches Personal

Zum nichtärztlichen Personal des Rettungsdienstes gehören verschiedene Sanitäter. Während deren Aufgabe früher darin bestand, Patienten bei Notfällen vom Einsatzort zu einer Behandlungseinrichtung zu transportieren und dadurch einer ärztlichen Behandlung zuzuführen, ist ihre Hauptaufgabe heute die möglichst frühzeitige medizinische Versorgung der Notfallpatienten schon am Einsatzort und gegebenenfalls während eines Transports in eine Behandlungseinrichtung, wobei die Versorgung teils gemeinsam mit einem Notarzt, teils ohne Notarzt erfolgt. Aufgrund

Personal im Rettungsdienst

- ärztliches Personal
 - Notarzt (NA) als Einsatzpersonal
 - Leitender Notarzt (LNA) als Einsatzfunktion innerhalb des bodengebundenen Rettungsdienstes
 - Ärztlicher Leiter (ÄLRD) eines bodengebundenen RD als Funktion außerhalb von Einsätzen
- nichtärztliches Personal
 - Rettungshelfer (RettH, RH)
 - Rettungssanitäter (RettSan, RS)
 - Rettungsassistenten (RettAss, RA)
 - Notfallsanitäter (NotSan, NFS)
 - organisatorischer Leiter (OrgL) als Einsatzfunktion innerhalb des bodengebundenen Rettungsdienstes

der spezifischen Ausbildung, deren Umfang beständig zugenommen hat, werden sie auch als Rettungsdienstfachpersonal bezeichnet.

Grundsätzlich nur im Sanitätsdienst und im Katastrophenschutz, aber nicht im Rettungsdienst zum Einsatz kommen Sanitäter; sie können jedoch bei Auslastung des Rettungsdienstes und – wie § 7 Abs. 5 NRettdG voraussetzt – bei Großschadensereignissen den Regelrettungsdienst ergänzen, wobei sie dann im Rahmen des Rettungsdienstes tätig werden (LT-Drs. 16/5150 vom 13.09.2012, S. 14). Ihre weder bundes-, noch landesrechtlich vorgegebene Ausbildung umfasst in der Regel 48 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten und schließt mit einer Prüfung ab; die Ausbildung und Prüfung wird insbesondere von den Hilfsorganisationen (ASB, DRK, JUH, MHD und DLRG) durchgeführt. Üblich ist hier eine abgestufte Ausbildung, bei der nach der Hälfte (24 Unterrichtseinheiten) zunächst der Sanitätshelfer erreicht wird. Durch autonomes Recht der Unfallversicherungsträger unter Mitwirkung des Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) nach § 15 SGB VII vorgegeben ist dagegen die Ausbildung zum Betriebssanitäter für den betrieblichen Sanitätsdienst; diese gliedert sich gemäß § 27 Abs. 4 der DGUV Vorschrift 1 i.V.m. DGUV Grundsatz 304-002 in eine Grundausbildung im Umfang von 63 Unterrichtseinheiten und einen Aufbaulehrgang im Umfang von 32 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten. Die Ausbildungen befähigen zu einer erweiterten ersten Hilfe, mit der die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrückt werden kann. Demselben Zweck dienen Helfer-vor-Ort-Systeme, bei denen Personen mit Sanitäter- oder ähnlicher Ausbildung insbesondere in ländlichen Regionen am Einsatzort eine erweiterte erste Hilfe leisten, bis der Rettungsdienst eintrifft.

Für den Einsatz im Rettungsdienst ausgebildet werden hingegen Rettungssanitäter (RettSan, RS). Die Zulassung zu diesem Heil(hilfs)beruf könnte gemäß der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1, Nr. 19, 2. Var. GG der Bund regeln, und tatsächlich gab es 1973 den Entwurf eines Rettungssanitätergesetzes, mit dem die Ausbildung erweitert und verlängert worden wäre (BT-Drs. 7/822 vom 18.06.1973). Das Gesetz kam jedoch nicht zustande, so dass die Regelungsbefugnis für die Rettungssanitäterausbildung gemäß Art. 72 Abs. 1 und Art. 30 GG insgesamt bei den Ländern verblieb. Nach dem Scheitern des Rettungssanitätergesetzes des Bundes erarbeitete der Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen“ für die Rettungssanitäterausbildung ein 520-Stunden-Programm, das seitdem vom Bund-Länder-Ausschuss und später dem Ausschuss „Rettungswesen“ (zu diesen siehe Rn 21) weiterentwickelt und von den meisten Ländern umgesetzt wurde. Im Land Niedersachsen beruht die Umsetzung des Ausbildungsprogramms auf der (auf Grundlage von § 30 Nr. 1 NRettdG erlassenen) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäter (APVO-RettSan), aktuell derjenigen vom 22.06.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 400), welche die vom Ausschuss 2019 verabschiedeten Ausbildungsempfehlungen berücksichtigt. Die 520 Ausbildungseinheiten beinhalten eine theoretisch-praktische Ausbildung an einer Ausbildungsstätte für Rettungssanitäter im Umfang von 240 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, ein Klinikpraktikum im Umfang von 80 und ein Rettungswachenpraktikum im Umfang von 160 Ausbildungsstunden zu je 60 Minuten sowie einen Abschlusslehrgang mit 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, an den eine staatliche Abschlussprüfung anschließt (siehe Rn 115a). Auch bei dieser Sanitäterausbildung gibt es mit dem Rettungshelfer (Retth, RH) ein Ausbildungsniveau, das unter dem des Rettungssanitäters liegt. Allerdings existieren in den meisten Ländern keine staatlichen Vorgaben zu Rettungshelfern, womit die Hilfsorganisationen selbst festlegen können, welche Voraussetzungen an sie gestellt werden. Die Ausnahmen sind Nordrhein-Westfalen, wo durch Rechtsverordnung eine eigenständige Rettungshelferausbildung geschaffen wurde, und Rheinland-Pfalz, wo durch Rechtsverordnung geregelt wurde, dass die erfolgreiche Teilnahme an bestimmten Teilen der Rettungssanitäterausbildung als Rettungshelferausbildung anerkannt wird (siehe Rn 97). In Niedersachsen werden Rettungshelfer – entgegen dem ursprünglichen Gesetzesentwurf (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 7 und 28; ferner LT-Drs. 12/2630 vom 15.01.1992, S. 12; LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 10) – nicht im Rettungsdienstgesetz erwähnt, und auch der Verordnungsgeber hat in Bezug auf Rettungshelfer nicht von der Verordnungsermächtigung zum Erlass von Ausbildungsvorschriften für Rettungsdienstpersonal nach § 30 Nr. 1 NRettdG Gebrauch gemacht. Gleichwohl können Rettungshelfer auch in Niedersachsen im Rettungsdienst zum Einsatz kommen; es gelten für sie die allgemeinen Anforderungen des § 10 Abs. 1 NRettdG, wonach das Rettungsdienstpersonal fachlich geeignet und entsprechend seiner Verwendung nach einheitlichen Maßstäben ausgebildet sein muss. Zumeist wird vorausgesetzt, dass sie dieselbe (rettungs-) schulische Ausbildung wie Rettungssanitäter sowie ein Rettungswachenpraktikum absolvieren. Für Einsätze des landgebundenen Rettungsdienstes bestimmt § 10 Abs. 2 S. 1, dass Krankenkraftwagen in der Regel mit mindestens zwei Personen zu besetzen sind; dabei fungiert grundsätzlich ein Höherqualifizierter als Einsatzführer, der entweder einen Patienten betreut oder als Beifahrer mitfährt, und ein weniger Qualifizierter als Helfer und Fahrer. Rettungssanitäter sind bei Notfallrettungseinsätzen im Rettungswagen in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 3 und 4 regelmäßig der weniger qualifizierte Teil der Besatzung; Rettungshelfer werden in der Notfallrettung grundsätzlich nicht eingesetzt. Für die zwischen den Rettungswagen für die Notfallrettung und den Krankentransportwagen für den Krankentransport einzuordnenden Notfallkranken(transport)wagen, die durch Änderungsgesetz vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132) in das NRettdG aufgenommen wurden, gab es zunächst keine gesetzliche Regelung. Nach dem Willen des Gesetzgebers, der allerdings keinen Niederschlag im Gesetzestext gefunden hat, sollen Notfallkrankenwagen bei den durch Änderungsgesetz vom 29.06.2022 (Nds. GVBl. 2022, S. 403) eingeführ-

ten Notfalltransporteinsätzen zum Einsatz kommen (LT-Drs. 18/10734 vom 15.02.2022, S. 4). Mit demselben Änderungsgesetz wurde in § 10 Abs. 2 S. 5 die Regelung aufgenommen, dass Notfallkrankswagen mindestens mit einem Rettungssanitäter mit einer Einsatzerfahrung von mindestens 100 Notfallrettungseinsätzen zu besetzen sind. Nach dem Gesetzeszweck soll beim Notfalltransport statt des Notfallsanitäterpersonals das kostengünstigere Rettungssanitäterpersonal eingesetzt werden (LT-Drs. 18/10734, S. 3, 4 und 5); der Rettungssanitäter soll bei Notfalltransporteinsätzen also als Einsatzführer fungieren. Der Gesetzgeber ist damit dem LARD gefolgt, der schon 2020 empfohlen hatte, als Einsatzführer auf NKTW Rettungssanitäter einzusetzen, die u.a. über eine Einsatzerfahrung von mindestens 100 Notfallrettungseinsätzen verfügen (Bek. d. MI vom 05.05.2020, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2020, S. 544). Bei Krankentransporteinsätzen kann gemäß § 10 Abs. 2 S. 6 jedes Besatzungsmitglied Rettungssanitäter sein; zumeist ist aber ein Rettungssanitäter Einsatzführer und ein Rettungshelfer Fahrer des Krankentransportwagens. Da Rettungshelfer somit in aller Regel im Krankentransport, aber nicht in der Notfallrettung zum Einsatz kommen, ist die übliche Bezeichnung als Rettungshelfer, die möglicherweise aus der Zeit stammt, in der Rettungssanitäter auch in der Notfallrettung das höchstqualifizierte Rettungsdienstpersonal waren und dort von Rettungshelfern unterstützt wurden, mittlerweile unzutreffend. Eine geschützte Berufsbezeichnung ist weder die Bezeichnung „Rettungshelfer“, noch die Bezeichnung „Rettungssanitäter“, § 12 NRettdG.

Ebenfalls für den Einsatz im Rettungsdienst ausgebildet wurden und werden Rettungsassistenten (RettAss, RA) und Notfallsanitäter (NotSan, NFS). Sowohl das Rettungsassistentengesetz (RettAssG) von 1989 als auch das Notfallsanitätergesetz (NotSanG) von 2014 sind Bundesgesetze auf Grundlage der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1, Nr. 19, 2. Var. GG. Nach dem Scheitern des Rettungssanitätergesetzes des Bundes (siehe Rn 52), mit dem die Ausbildung der Rettungssanitäter erweitert und verlängert worden wäre, wurde mit dem Rettungsassistentengesetz doch noch ein höheres Ausbildungsniveau im Rettungsdienst mit erweiterter und verlängerter Ausbildung eingeführt, das allerdings nicht an die Stelle der bisherigen Rettungssanitäterausbildung trat, sondern ein Berufsbild zusätzlich zu dem des Rettungssanitäters schuf (BT-Drs. 11/2275 vom 06.05.1988, S. 7 f.; BVerwG, Urteil vom 20.11.2008, Az. 3 C 25.07, juris Rn 22). Der Funktion nach allerdings trat der Rettungsassistent als Helfer des Arztes (§ 3 RettAssG) zumindest in der Notfallrettung an die Stelle des Rettungssanitäters. Die Ausbildung des Rettungsassistenten bestand gemäß §§ 4 und 7 Abs. 1 RettAssG aus einem Lehrgang an einer Rettungsschule mit theoretischen und praktischen Inhalten im Umfang von mindestens 1.200 Stunden (zwölf Monate Vollzeitäquivalent), der mit einer staatlichen Prüfung abschloss, sowie einer anschließenden praktischen Tätigkeit im Umfang von mindestens 1.600 Stunden (weitere zwölf Monate Vollzeitäquivalent). Seit dem Inkrafttreten des NotSanG am 01.01.2014 ist an die Stelle der Rettungsassistenten der Notfallsanitäter mit nochmals erhöhtem Qualifikationsniveau getreten: Eine vor Außerkrafttreten des RettAssG am 31.12.2014 begonnene Rettungsassistentenausbildung konnte noch nach den Vorschriften des RettAssG abgeschlossen werden (§ 32 Abs. 1 S. 1 NotSanG), seit dem 01.01.2015 kann nur noch eine Notfallsanitäterausbildung, aber keine Rettungsassistentenausbildung mehr begonnen werden; die Rettungsassistentenausbildung ist mittlerweile ausgelaufen. Auch der Einsatz der Rettungsassistenten als den Notfallsanitätern funktional gleichgestelltes Rettungsdienstfachpersonal ist durch die Rettungsdienstgesetze der meisten Länder zeitlich begrenzt; in Niedersachsen galt eine Begrenzung bis zum 31.12.2022 (§ 10 Abs. 2 S. 3 NRettdG alter Fassung), danach hätten im Regelfall nur noch Notfallsanitäter die bei Notfallrettungseinsätzen entsprechend § 10 Abs. 2 S. 3 neuer Fassung übliche Funktion als Einsatzführer auf dem Rettungswagen wahrnehmen können. Durch Änderungsgesetz vom 29.06.2022 (Nds. GVBl. 2022, S. 403) wurde diese Einsatzmöglichkeit bis zum 31.12.2023 verlängert und in § 10 Abs. 2 S. 2 zudem die zeitlich nicht begrenzte Bestimmung eingeführt, wonach Notarzteinsetzfahrzeuge neben einem Notarzt in der Regel mit einer weiteren Person zu besetzen sind, die mindestens zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ berechtigt sein muss; sie soll als Fahrer fungieren (LT-Drs. 18/10734 vom 15.02.2022, S. 5). Durch Änderungsgesetz vom 12.12.2023 (Nds. GVBl. 2023, S. 288) wurde die Einsatzmöglichkeit von Rettungsassistenten auf Rettungswagen nunmehr bis zum 31.12.2026 verlängert. Die Dauer der Notfallsanitäterausbildung beträgt in Vollzeitform drei Jahre (§ 5 Abs. 1 S. 1 NotSanG) und gliedert sich nach § 5 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 NotSanG i.V.m. § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäter (NotSan-APrV) in theoretischen und praktischen Unterricht an einer Rettungsschule im Umfang von 1.920 Stunden sowie eine praktische Ausbildung bestehend aus einem Rettungswachenpraktikum im Umfang von 1.960 Stunden und einem Klinikpraktikum im Umfang von 720 Stunden; die Ausbildung schließt gemäß § 5 Abs. 1 S. 3 NotSanG i.V.m. § 4 Abs. 1 NotSan-APrV mit einer staatlichen Prüfung ab. Die Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ wurde nicht beibehalten, da sie auch nach fast 25 Jahren nicht annähernd in dem Maße in das Bewusstsein und den Sprachgebrauch der Öffentlichkeit gelangt war, wie die des Rettungssanitäters, und aus ihr im Übrigen für die Patienten nicht hervorging, ob es sich beim Rettungsassistenten um den Assistenten des Rettungssanitäters oder – sofern überhaupt anwesend – des Notarztes handelte. Die stattdessen eingeführte Bezeichnung „Notfallsanitäter“ wurde gewählt, da der Zusatz „Sanitäter“ bereits etabliert war, die Ausbildung insbesondere für den Einsatz in der Notfallrettung qualifiziert und die Bezeichnung „Rettungssanitäter“ schon anderweitig besetzt war. Zugleich spiegelt die neue Bezeichnung die neue Qualität und Quantität der Ausbildung wider (zu alledem BT-Drs. 17/11689 vom 28.11.2012, S. 18 f. und 15). Sowohl „Rettungsas-

sistent“ als auch „Notfallsanitäter“ sind geschützte Berufsbezeichnungen (§ 30 NotSanG i.V.m. § 1 RettAssG; § 32 Abs. 1 S. 2 NotSanG; § 1 NotSanG).

Für die Fortbildung wird in § 10 Abs. 1 S. 2 NRettdG lediglich bestimmt, dass das Rettungsdienstpersonal regelmäßig fortgebildet werden muss. Die Verordnungsermächtigung des § 30 Nr. 1, wonach konkretisierende Vorschriften zur Fortbildung erlassen werden können, wurde bislang nicht ausgenutzt. Es obliegt daher den nach § 10 Abs. 3 S. 2 für die Fortbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals verantwortlichen einzelnen Ärztlichen Leitern der Rettungsdienste, Vorgaben zu Fortbildungsintervallen und -umfang zu machen. Der LARD empfiehlt für Einsatzpersonal mindestens 30 Stunden Fortbildung pro Jahr (Empfehlung zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst, Bek. d. MI vom 07.09.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBI. 2010, S. 944); in Übereinstimmung damit werden in Abschnitt 3.4.2.1 der Kostenrichtlinie des LARD für fachspezifische Fortbildungen des Rettungsdienstpersonals jährliche Fortbildungen im Umfang von 30 Stunden zugrunde gelegt. Die Zahl von jährlich 30 Stunden Fortbildung stammt möglicherweise aus den Empfehlungen des Ausschusses „Rettungswesen“ von 2008, wo sie im Zusammenhang mit der Fortbildungspflicht von Rettungssanitätern genannt wurde. In der aktuellen Empfehlung des Ausschusses von 2019 wird die Fortbildung nicht mehr angesprochen.

Zu Weiterbildungen enthält das Rettungsdienstgesetz keine Vorgaben; sie werden jedoch vorausgesetzt, § 11 Abs. 2 S. 2, Nr. 4 NRettdG. Für das nichtärztliche Personal gibt es beispielsweise Weiterbildungen zum Leitstellendisponenten, zum Rettungswachenleiter, zum Hygienebeauftragten, zum Beauftragten für Medizinproduktesicherheit nach § 6 MPBetreibV, zum Medizinprodukte-Beauftragten nach § 10 MPBetreibV, zum Arzneimittelbeauftragten oder zum Praxisanleiter für die Ausbildung des nichtärztlichen Personals. Auch zum organisatorischen Leiter (OrgL) im Sinne von § 7 Abs. 2 NRettdG, der bei einem Großschadensereignis als Teil der örtlichen Einsatzleitung (ÖEL) am Einsatzort Aufgaben der Rettungsleitstelle übernehmen kann, gibt es eine Weiterbildung. Die ursprünglich gewählte Bezeichnung als technischer Leiter (LT-Drs. 12/2630 vom 15.01.1992, S. 10) wurde durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) durch die heutige Bezeichnung ersetzt (LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 14). Solange keine gesetzlichen Vorgaben für die fachlichen und sonstigen Anforderungen an diese Zusatzfunktion bestehen, kann der Rettungsdienststräger im Rahmen seiner Organisationshoheit (Mindest-) Anforderungen festlegen (VG Hannover, Urteil vom 12.09.2018, Az. 7 A 7420/17, juris Rn 38), denn ihm obliegt gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 NRettdG die Bestimmung der ÖEL. Die Empfehlung des LARD zur ÖEL (Bek. d. MI vom 03.11.2010, Az. B21.32-41576-10-13/0, Nds. MBI. 2011, S. 104) nennt als Mindestqualifikation für den organisatorischen Leiter die des Rettungssanitäters oder eine vergleichbare Qualifikation.

Nach einer Berufsausbildung eine weitere, höherqualifizierte Ausbildung zu absolvieren, ist im Bereich des Rettungsdienstes z.B. dergestalt üblich, dass sich geeignete Rettungssanitäter zum Notfallsanitäter ausbilden lassen. Wegen der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und mangels gesetzlicher Ermächtigung können Ausbildungen zu und Ausübung von eigenständigen Berufen jedoch nicht gegen den Willen des Betroffenen verlangt werden. Fortbildungsregelungen wie die in § 10 Abs. 1 S. 2 und § 30 Nr. 1 NRettdG sind schon deshalb keine taugliche Rechtsgrundlage, da Fortbildungen nur die Aktualisierung von Qualifikationen innerhalb eines Berufsbildes und dabei gegebenenfalls die Anpassung an ein gewandeltes Berufsbild zum Ziel haben (vgl. OVG NW, Beschl. vom 27.07.2021, Az. 6 B 1105/21, juris Rn 15). Ebenso wenig kann von Rettungsassistenten verlangt werden, mit oder ohne weitere Ausbildung die Ergänzungsprüfung nach § 32 Abs. 2 NotSanG zum Notfallsanitäter zu absolvieren (vgl. SächsOVG, Beschl. vom 30.01.2020, Az. 2 B 311/19, juris Rn 11; insoweit in sich widersprüchlich OVG NW, Beschl. vom 27.07.2021, Az. 6 B 1105/21, juris Rn 10 gegenüber Rn 17 und 19). Die Teilnahme an Veranstaltungen, die zum Zwecke der Ausbildung konzipiert wurden und angeboten werden kann aber dann im Rahmen der Fortbildungspflicht verlangt werden, wenn die Ausbildungsveranstaltung auch der Fortbildung in dem bereits ausgeübten Beruf dienen kann, ihr zeitlicher Umfang nicht der Dauer einer Ausbildung gleichkommt und durch die Teilnahme an ihr nicht ohne Weiteres eine höhere Berufsqualifikation erlangt wird. Hiervon abweichend gilt für beamtetes Rettungsdienstpersonal, dass es nicht den Beruf des Rettungssanitäters, Rettungsassistenten oder Notfallsanitäters ausübt, sondern vielmehr den Beruf als z.B. (Lebenszeit-) Beamter der Laufbahngruppe 1 der Fachrichtung Feuerwehr (siehe Rn 131) – ehemals mittlerer feuerwehrtechnischer Dienst – innehat. Innerhalb des Beamtenverhältnisses ist zu differenzieren zwischen Erhaltungs- und Anpassungsfortbildungen, die der Aufrechterhaltung und Fortentwicklung einer schon erworbenen Qualifikation einschließlich der Anpassung an veränderte Anforderungen an die Laufbahnbefähigung dienen (§ 45 Abs. 1 S. 1, Nrn. 1 und 2 der Nds. Laufbahnverordnung) und denen die Fortbildungspflicht der Beamten aus § 22 Satz 2 des Nds. Beamtengesetzes korrespondiert, einerseits und Aufstiegs- bzw. Förderungsfortbildungen (§ 45 Abs. 1 S. 1, Nr. 3 NLVO), deren Anordnung der Beamte unter Rückgriff auf die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums aus Art. 33 Abs. 5 GG abwehren kann, andererseits. Als von der Anpassungsfortbildungspflicht gedeckt kann der Dienstherr beamteten Rettungsassistenten die Weisung erteilen, die Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter zu absolvieren (zu alledem obiter dictum BVerwG, Urteil vom 22.06.2023, Az. 2 C 2.22, juris Rn 24 bis 36).

Zu den Pflichten eines Teils des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals außerhalb des Rettungsdienstrechts gehört die Meldung von nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Krankheiten gemäß § 8 Abs. 1

Nr. 5 IfSG. Um die Meldeverpflichtung auf sachkundige Personen zu begrenzen (BT-Drs. 14/2530 vom 19.01.2000, S. 65), gilt sie nur für Angehörige eines solchen nichtärztlichen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert. Dies trifft in Niedersachsen auf Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notfallsanitäter zu, nicht jedoch auf Rettungshelfer (siehe Rn 52). Nach § 8 Abs. 2 S. 2 und 1 IfSG entfällt die Meldepflicht, wenn ein (Not-) Arzt hinzugezogen wurde oder wenn der Patient unverzüglich in eine ärztlich geleitete Einrichtung gebracht wurde. Weiterhin besteht zwar keine berufsrechtliche Schweigepflicht, aber eine strafrechtliche Geheimhaltungspflicht, die für Angehörige eines nichtärztlichen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert, aus § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB folgt und im Übrigen aus § 203 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. § 11 Abs. 1 Nr. 2 StGB. Fraglich ist, inwieweit dem nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal Zeugnisverweigerungsrechte zustehen. Das Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO kommt nur den (Not-) Ärzten zu (siehe Rn 47), denen allerdings gemäß § 53a Abs. 1 S. 1 StPO Personen gleichstehen, die im Rahmen einer Hilfstätigkeit an deren beruflicher Tätigkeit mitwirken. Wie Satz 2 zeigt, handelt es sich dabei aber lediglich um ein abgeleitetes Recht, über dessen Ausübung in der Regel der Arzt entscheidet. Zudem wird das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal bei Krankentransporteinsätzen grundsätzlich und bei Notfallrettungseinsätzen häufig ohne Notarzt tätig, so dass in diesen Fällen ein von einem Notarzt abgeleitetes Zeugnisverweigerungsrecht nicht einschlägig ist. Auch vom Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes leitet sich kein Zeugnisverweigerungsrecht ab, denn dieser nimmt als solcher nicht an Einsätzen teil, so dass das nichtärztliche Einsatzpersonal insofern nicht im Sinne von § 53a Abs. 1 S. 1 StPO an dessen beruflicher Tätigkeit mitwirkt. Für diese Fälle kommt ein eigenständiges Zeugnisverweigerungsrecht des nichtärztlichen Personals analog § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO in Betracht. Zwar spricht der Ausnahmecharakter der Zeugnisverweigerungsrechte insbesondere vor dem Hintergrund der Funktionsfähigkeit der Rechtspflege gegen eine Erweiterung des Kreises der zeugnisverweigerungsberechtigten Berufsheimnisträger. Die durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Privatsphäre der Patienten erfordert jedoch, dass Patienten darauf vertrauen können, dass die im Rahmen medizinischer Versorgung offenbaren oder offenbar werdenden Umstände geheim bleiben (BVerfGE 32, 373, Beschl. vom 08.03.1972, Az. 2 BvR 28/71, juris Rn 24), wodurch die Patienten mitunter überhaupt erst bereit sind, Informationen preiszugeben, die für ihre Heilungs- oder Überlebenschancen von Bedeutung sind. Dabei kann es keinen Unterschied machen, ob die medizinische Versorgung auch durch ärztliches oder – was der Standardbesetzung von Rettungswagen, Notfallkrankswagen und Krankentransportwagen entspricht – ausschließlich durch nichtärztliches Einsatzpersonal erfolgt. Dies wurde übersehen, als die Aufnahme weiterer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen mit dem Argument abgelehnt wurde, dass bei ihnen kein oder zumindest kein ebenso schutzwürdiges Vertrauensverhältnis zum Patienten bestünde wie bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Hebammen (BT-Drs. 1/3713 vom 29.09.1952, S. 47); jedenfalls ist diese Argumentation durch die seit damals erfolgten Veränderungen im Rettungswesen überholt. Die Analogie stellt sich nach alledem als verfassungsrechtlich geboten dar. Darüber hinaus kommt dem nichtärztlichen Personal das Zeugnisverweigerungsrecht aus § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO zu. Auch bei den Vorschriften der verschiedenen Gerichtsbarkeiten zur Ablehnung einer Berufung zum ehrenamtlichen Richter hat der Gesetzgeber das Rettungswesen nicht berücksichtigt. Nachdem § 35 Nr. 3 GVG, in dessen Ursprungsfassung nur Ärzte ein Ablehnungsrecht hatten, um Krankenpfleger und Hebammen erweitert worden war, wurde die Regelung übernommen in § 23 Abs. 1 Nr. 4 VwGO (BT-Drs. 3/55 vom 05.12.1957, S. 29) und § 20 Abs. 1 Nr. 4 FGO (BT-Drs. 4/1446 vom 02.08.1963, S. 42). Seinen heutigen, um Zahnärzte, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern erweiterten Wortlaut erhielt § 35 Nr. 3 GVG durch das Erste Strafverfahrensreformgesetz von 1974, um die Regelung an den damaligen Entwicklungsstand im Gesundheitswesen anzupassen (BT-Drs. 7/551 vom 02.05.1973, S. 99). Eine Anpassung der Parallelvorschriften erfolgte nicht, obwohl es keine Rechtfertigung für eine Ungleichbehandlung zwischen ordentlicher bzw. Strafgerichtsbarkeit einerseits und Verwaltungs- sowie Finanzgerichtsbarkeit andererseits gibt. Auch eine Anpassung an die weitere Entwicklung im Gesundheitswesen fand seither nicht mehr statt. Entsprechend dem gemeinsamen Regelungszweck, die (human-) medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht zu gefährden, ist das Ablehnungsrecht über den Wortlaut hinaus allen Personen zuzugestehen, die einen staatlich geregelten oder anerkannten Heil- oder Heilhilfsberuf ausüben (Nds. OVG, Beschl. vom 12.12.2022, Az. 13 PS 293/22, juris Rn 5), mittlerweile also auch Notfallsanitätern, Rettungsassistenten und Rettungssanitätern (anderer Ansicht SächsOVG, Beschl. vom 18.01.2022, Az. 3 F 28/21, juris Rn 7).

Im Rahmen des Rettungsdienstes kann auch das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal das Recht und die Pflicht haben, heilkundliche Maßnahmen durchzuführen. Zum Schutz des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bestehen allerdings bundesrechtlich präventive Verbote mit Erlaubnisvorbehalt: So ist nach § 4 Abs. 1 Hebammengesetz die Leistung von Geburtshilfe – außer in Notfällen – allein Ärzten und Hebammen vorbehalten. Die Verschreibung und Verabreichung von Betäubungsmitteln ist gemäß § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG den Ärzten vorbehalten, ebenso die Verschreibung bestimmter Arzneimittel durch § 48 Abs. 1 S. 1 AMG. Allgemein bestimmt § 2 Abs. 1 und 5 Bundesärzteordnung, dass zur Ausübung des ärztlichen Berufes, also zur Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“, die Approbation als

Arzt erforderlich ist. Wer berufs- oder gewerbsmäßig Heilkunde ausüben will, ohne als Arzt approbiert zu sein, bedarf nach § 1 Abs. 1 und 2 Heilpraktikergesetz (dieser unpassend erscheinende Regelungsort ist historisch bedingt) ebenfalls einer Erlaubnis. Unter diesen allgemeinen Vorbehalt fallen beispielsweise Diagnosestellung, Therapieentscheidung sowie die Verabreichung von Arzneimitteln. Die eigenverantwortliche berufs- oder gewerbsmäßige Heilkundenausübung ohne Approbation als Arzt und ohne sonstige Erlaubnis ist nach § 5 Heilpraktikergesetz strafbar, soweit nicht bereits speziellere Straftatbestände wie z.B. § 29 Abs. 1, Nr. 6 BtMG einschlägig sind. Andererseits macht sich gemäß § 323c Abs. 1 StGB der unterlassenen Hilfeleistung strafbar, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist; wer eine Garantenstellung innehat, wie etwa das Rettungsdienstpersonal im Rahmen des Rettungsdienstes für seine Notfallpatienten, kann sich bei Nichtabwendung einer Gesundheits- oder Lebensgefahr über § 13 StGB sogar wegen Begehens eines Körperverletzungs- oder Tötungsdeliktes durch Unterlassen strafbar machen. Die Hilfeleistung bzw. Abwendung einer Gesundheits- oder Lebensgefahr kann gerade auch die Durchführung einer heilkundlichen Maßnahme erfordern. Im Einsatz kann ein Notarzt die Durchführung solcher den Ärzten vorbehaltenen Behandlungsmaßnahmen im jeweiligen Einzelfall an nichtärztliches Rettungsdienstpersonal delegieren, wobei er jedoch mitverantwortlich bleibt. Das Institut der Delegation ist gesetzlich nicht normiert, aber gewohnheitsrechtlich und richterrechtlich – insbesondere durch die Haftungsrechtsprechung – anerkannt und konkretisiert; im Bereich des Vertragsarztrechts wird es von § 15 Abs. 1 S. 2 und § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V vorausgesetzt und seit 2013 durch § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag der Ärzte konkretisiert; im privatärztlichen Bereich wird es von § 4 Abs. 2 S. 1 der Gebührenordnung für Ärzte vorausgesetzt. Und im Rahmen der Vorabdelegation, die ebenfalls nicht normiert ist, durch die Rechtsprechung aber auch noch nicht maßgeblich konkretisiert wurde, kann der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes die eigenständige Durchführung bestimmter heilkundlicher Maßnahmen für eine Vielzahl von Fällen an bestimmtes nichtärztliches Rettungsdienstpersonal delegieren; der Ärztliche Leiter bleibt dabei mitverantwortlich. Das in § 4 Abs. 2, Nr. 2, lit. c NotSanG normierte Ausbildungsziel von Notfallsanitätern setzt das Institut der Vorabdelegation voraus; in gewissem Maße kann darin zugleich eine gesetzliche Anerkennung des Instituts gesehen werden, auch wenn die Gesetzgebungskompetenz für das Berufs(ausübungs)recht bei den Ländern liegt. Weitergehend haben Notfallsanitäter seit dem 28.03.2020 im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Sinne von § 5 IfSG gemäß § 5a Abs. 1 S. 1, Nr. 4 IfSG unter den Voraussetzungen nach Satz 2 das Recht, nicht nur eigenständig, sondern auch eigenverantwortlich heilkundliche Tätigkeiten auszuüben. Zweck dieses eigenen Heilkundenausübungsrechts ist es, durch Entlastung der Ärzte von Behandlungsmaßnahmen, die zwar im Normalfall rechtlich, aber nicht tatsächlich eine ärztliche Beteiligung erfordern, auch im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite das Funktionieren des Gesundheitssystems sicherzustellen (BT-Drs. 19/18111 vom 24.03.2020, S. 23 und 14). Die bei Inkrafttreten der Vorschrift wegen der COVID-19-Pandemielage bereits bestehende Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite endete mit Ablauf des 25.11.2021. Davon, den Notfallsanitätern für den Normalfall eine eigene Heilkundenausübungskompetenz zu geben, hatte der Gesetzgeber bei Schaffung des Notfallsanitätergesetzes noch abgesehen, da es sich um eine nicht mehr von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gedeckte Berufsausübungsregelung handeln würde (BT-Drs. 17/11689 vom 28.11.2012, S. 21). Allerdings unterfällt der Arzt- und Erlaubnisvorbehalt aus § 2 Bundesärzteordnung und § 1 Heilpraktikergesetz der konkurrierenden Bundesgesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1, Nr. 19 GG (BVerfGE 78, 179, Beschl. vom 10.05.1988, Az. 1 BvR 482/84, juris Rn 38), so dass auch die Ausnahmen davon in Gestalt der Zulassung weiterer beruflich Heilkundenausübungsberechtigter unter diese Gesetzgebungskompetenz fällt. Dementsprechend wurde 2019 ein Vorschlag zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes eingebracht, wonach Notfallsanitäter im Rahmen der ihnen nach § 4 Abs. 2, Nr. 1, lit. c NotSanG vermittelten Fähigkeiten zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt sein sollten (BT-Drs. 19/15274 vom 18.11.2019, S. 7 und 8). Ein ein Jahr später im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsvorhabens vorgebrachter Gegenvorschlag (BT-Drs. 19/24447 vom 18.11.2020, S. 46 und 84 ff.) wurde im Gesetzgebungsverfahren stark gekürzt (BT-Drs. 19/26249 vom 27.01.2021, S. 72 f.) und schließlich mit Wirkung vom 04.03.2021 als § 2a in das Notfallsanitätergesetz eingefügt. Seitdem haben Notfallsanitäter unter den dort genannten Voraussetzungen eine generelle eigene Heilkundenausübungskompetenz (vgl. auch BayVGH, Beschl. vom 21.04.2021, Az. 12 CS 21.702, juris Rn 58). Im Juli 2023 wurde klargestellt, dass diese Kompetenz neben invasiven Maßnahmen auch die Medikamentengabe umfasst und der spezielle Arztvorbehalt aus § 13 Abs. 1 BtMG wurde um eine ausdrückliche Ausnahme in Abs. 1b ergänzt, wonach Notfallsanitätern im Wege der Vorabdelegation durch einen Arzt – letztlich den Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes – die eigenständige Verabreichung von Betäubungsmitteln ermöglicht werden kann (BT-Drs. 20/7397 vom 21.06.2023, S. 68 f.); im Falle einer solchen Betäubungsmittelgabe obliegt dem Notfallsanitäter auch die Pflicht nach § 6 Abs. 2 S. 2 BtMVV, den Verbleib und Bestand der Betäubungsmittel zu dokumentieren. Im Übrigen ist das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal aber weiterhin auf die sogenannte Notkompetenz (BT-Drs. 11/2275 vom 06.05.1988, S. 9) bzw. Notfallkompetenz (ebenda, S. 11) angewiesen, bei der das eigene heilkundliche Handeln nur über die strafrechtliche Rechtfertigung nach § 34 StGB gerechtfertigt sein kann.

		Länge der Ausbildung / Professionalisierung ►						
		med. Laien	nichtärztliches medizinisches Personal				Ärzte	
Rettungskette ▼	vor Ort	Ersthelfer 9 UE = 1 Tag	SanH 24 UE = 3 Tage	San 48 UE = 6 Tage				
	Rettd				RettH 240 Std. = 6 Wochen	RettSan 520 Std. = 13 Wochen	RettAss 2 Jahre (auslaufend)	NotSan 3 Jahre 6 Jahre Studium, ggf. Zusatz-Weiterbildung
	Klinik						Pflegehelfer 1 Jahr / 2 Jahre	(Fach-) Pfleger (Fach-) Arzt 3 Jahre, ggf. Fachweiterbldg. 6 Jahre Studium, ggf. Facharztausbildung

58

ii) Schulische Ausbildungsstätten

Keine Regelung enthält das NRettdG zu den Ausbildungsstätten des Rettungsdienstpersonals. Während das ärztliche Personal eine universitäre Ausbildung mit Pflegepraktikum und Praktischem Jahr an einem (Lehr-) Krankenhaus nach den bundesrechtlichen Regelungen der Approbationsordnung für Ärzte und den Hochschulgesetzen der Länder durchläuft, besteht die Ausbildung des nichtärztlichen Personals neben der praktischen Ausbildung, die an (Lehr-) Rettungswachen und Krankenhäusern absolviert wird, auch aus theoretischem und praktischem Unterricht, der an Rettungs(dienst)schulen stattfindet. Vor dem Hintergrund der Privatschulfreiheit (Art. 7 Abs. 4 S. 1 GG) einerseits und der staatlichen Schulaufsicht (Art. 7 Abs. 1 GG) andererseits sahen und sehen sowohl das bundesrechtliche Notfallsanitättergesetz (§ 5 Abs. 2 und § 6 NotSanG) und zuvor das Rettungsassistentengesetz, als auch die niedersächsische Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäter (§ 7 Abs. 2 APVO-RettSan) die staatliche Anerkennung von schulischen Ausbildungsstätten vor; errichtet und betrieben werden diese meist von privaten, aber auch von öffentlichen Schulträgern. Da es sich bei den Rettungsschulen um Schulen für nichtärztliche Heilberufe handelt, findet das Nds. Schulgesetz auf sie grundsätzlich keine Anwendung (§ 1 Abs. 5 S. 1, Nr. 3 NSchG); einzig für die Beschränkung der Aufnahme von Schülern bei Überschreitung der Aufnahmekapazität gelten die Auswahlgrundsätze des allgemeinen Schulrechts für berufsbildende Schulen (§ 1 Abs. 5 S. 3 i.V.m. § 59a Abs. 4 und 5 NSchG). Unabhängig davon, ob es sich bei Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter, deren Lehrgänge nur einige Wochen dauern, überhaupt um Schulen im Sinne von § 1 Abs. 2 S. 1 NSchG handelt, sind die vorerwähnten Auswahlgrundsätze bei Kapazitätsüberschreitung auch auf Bewerber dieser Ausbildungseinrichtungen anzuwenden, und zwar nicht nur bei öffentlicher, sondern auch bei privater Trägerschaft. Denn unter das Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG fällt die Wahl der Berufsausbildung und der berufsbildenden Ausbildungsstätte auch dann, wenn es sich um einen kurzen Ausbildungslehrgang handelt. Bei Kapazitätsüberschreitung ergibt sich i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG ein unmittelbarer oder mittelbarer Anspruch auf Entscheidung über die Platzvergabe nach sachgerechten Auswahlgrundsätzen, wie sie in § 59a Abs. 4 S. 2 NSchG normiert sind. Die staatliche Anerkennung von Schulen für die Notfallsanitätterausbildung richtet sich nach § 6 Abs. 2 und 3 NotSanG i.V.m. dem Nds. Gesundheitsfachberufe-Schulgesetz (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 NSchGesG), konkretisiert durch §§ 2 und 6 NSchGesVO. Die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter bemisst sich nach § 7 Abs. 2 S. 3 APVO-RettSan, wonach Ausbildungsstätten, die bereits eine Anerkennung für die Ausbildung von Notfallsanitättern haben, auch für die Ausbildung von Rettungssanitättern als anerkannt gelten; im Übrigen bemisst sich die Anerkennung gemäß § 7 Abs. 2 S. 1 und 2 APVO-RettSan nach den in deren Anlage 4 genannten Voraussetzungen. Zwar ergeben sich, wenn man die Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter nicht als Schulen qualifiziert, der Anerkennungsvorbehalt und die Anerkennungsvoraussetzungen lediglich aus der APVO-RettSan, ohne dass dieser eine entsprechende gesetzliche Verordnungsermächtigung zugrunde liegt. Aus der bisherigen Anerkennungspraxis i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG folgt jedoch ein Anspruch auf Anerkennung, falls die in Anlage 4 genannten sachgerechten und verhältnismäßigen Voraussetzungen erfüllt werden. Ebenso nicht mehr von der Verordnungsermächtigung zum Erlass von Ausbildungsvorschriften für Rettungsdienstpersonal nach § 30 Nr. 1 NRettdG oder einer anderen gesetzlichen Grundlage gedeckt und damit ohne rechtliche Wirksamkeit sind etwa die in § 2 Abs. 4 S. 1, § 8 Abs. 3 S. 1, § 10 Abs. 2, § 12 Abs. 1, § 13 Abs. 2 S. 3, § 19 Abs. 3 und § 20 Abs. 1 APVO-RettSan vorgesehenen Pflichten der Ausbildungsstätten bzw. ihrer Träger. Das gilt auch für den § 5 Abs. 3 S. 1 NotSanG nachempfundenen § 7 Abs. 1 APVO-RettSan, wonach die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination der theoretischen und praktischen Ausbildung entsprechend dem Ausbildungsziel die schulische Ausbildungsstätte trägt. Das Berufsbildungsgesetz des Bundes, das ohnehin nur für Berufsbildung gilt, soweit diese nicht in berufsbildenden Schulen durchgeführt wird, die den Schulgesetzen der Länder unterstehen (§ 3 Abs. 1 BBiG), findet auf die Ausbildung von Notfallsanitättern ausdrücklich keine Anwendung (§ 29 NotSanG). Für die Notfallsanitätterausbildung ist über die schulische Ausbildung hinaus die Erprobung von Ausbildungsangeboten an Hochschulen durch die Länder möglich (§ 7 NotSanG).

59

jj) Exkurs: Notaufnahmen

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind zwar keine Einrichtungen des Rettungsdienstes, aber in der Regel das Endglied der Rettungskette, soweit es den Rettungsdienst betrifft: Hier findet die Übergabe des Patienten statt, womit die Verantwortung für den Patienten vom Rettungsdienst auf die Behandlungseinrichtung übergeht (siehe Rn 63). Je nach Art des Notfalls und Organisation des Krankenhauses kann die Übergabe stattdessen auch auf einer bestimmten Station des Krankenhauses erfolgen. Der Überschneidung entspricht es, dass sowohl das Rettungsdienstrecht Pflichten der Krankenhausträger beinhaltet (§ 6 Abs. 5 NRettDG) als auch das Krankenhausrecht Vorgaben in Bezug auf den Rettungsdienst (§ 18 Abs. 3 NKHG). Danach werden über dasselbe digitalisierte Verfahren (siehe Rn 30) den Rettungsleitstellen seitens der Krankenhäuser laufend die verfügbaren Behandlungskapazitäten gemeldet sowie etwaige Abmeldungen aufgrund von ausnahmsweise nicht vermeidbarer vorübergehender Versorgungsengpässe mitgeteilt und den Krankenhäusern seitens des Rettungsdienstes die Notfallpatienten zugewiesen. Sollte der Rettungsdienst trotz einer Abmeldung mit einem Notfallpatienten ein Krankenhaus anfahren, so ist dort bei Gefahr für Leib oder Leben des Patienten gleichwohl zumindest eine klinische Erstversorgung zu gewährleisten. Eine entsprechende Obliegenheit des Krankenhauspersonals ergibt sich aus dem Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c Abs. 1 StGB und wird von § 7 Abs. 2 S. 2 der Berufsordnung der ÄKN vorausgesetzt. Durch § 18 Abs. 3 S. 4 NKHG wird nun auch der Krankenhausträger über die Duldungspflicht aus § 904 Satz 1 BGB hinausgehend verpflichtet, eine solche Erstversorgung zu gewährleisten. Dabei kommt dem Rettungsdienst nach dem Willen des Gesetzgebers eine Einschätzungsprärogative in Bezug auf das Vorliegen einer Gefahr für Leib oder Leben zu (LT-Drs. 18/10578 vom 18.01.2022, S. 29). Eine weitergehende Pflicht zur Behandlung besteht hingegen nur im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten; die Übernahme der Behandlung trotz eines Versorgungsengpasses würde ein haftungsbegründendes Übernahmeverschulden darstellen (OLG Hamm, Beschl. vom 23.10.2006, Az. 3 U 141/06, juris Rn 7 und 8). Vielmehr ist der Patient nach einer Erstversorgung bei fortbestehendem Versorgungsengpass in eine fachlich geeignete sowie personell und sachlich aufnahmebereite Behandlungseinrichtung zu verlegen (vgl. OLG Köln, Urteil vom 04.12.2002, Az. 5 U 84/01, juris Rn 21).

59a

b) Ablauforganisation (Einsätze)

Notfallrettungseinsätze sind keine planbaren Einsätze. Es gibt jedoch einen typischen Einsatzablauf, der mit der Alarmierung beginnt und im engeren Sinne spätestens mit der Übergabe des Notfallpatienten in der (Weiter-) Behandlungseinrichtung endet, im weiteren Sinne – je nachdem, was zuerst eintritt – nach dem Einrücken in die Rettungswache oder mit dem Beginn des nächsten Einsatzes.

60/1

aa) Alarmierung und Anfahrt

Die Alarmierung erfolgt in der Regel über den Notruf, der automatisch in die örtlich zuständige integrierte Leitstelle – die gemeinsame Einsatzzentrale von Rettungsdienst und Feuerwehr – geschaltet wird. Dort nimmt der Leitstellendisponent den Anruf entgegen und ermittelt mithilfe einer strukturierten und standardisierten Notrufabfrage (SSN, siehe dazu die Empfehlung des LARD, Bek. d. MI vom 14.03.2018, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2018, S. 344) unter anderem, wo und was passiert ist und wieviele Personen betroffen sind. Anhand der Informationen beurteilt der Disponent beispielsweise, ob es sich um ein Großschadensereignis (MANV) handelt und ob eine Notarztindikation gegeben ist, veranlasst den Einsatz der entsprechenden Anzahl und Art von Rettungsmitteln und koordiniert und lenkt auch im Weiteren deren Einsatz (§ 6 Abs. 3 S. 1 NRettDG), wobei er gegenüber dem operativen Rettungsdienstpersonal außerhalb der Leitstelle grundsätzlich weisungsbefugt ist (Satz 2). Die Leitstelle kann zudem Feuerwehr, Polizei und weitere Fachkräfte anfordern. Die Besatzung des Rettungsmittels gleicht beim Eintreffen am Einsatzort die Einsatzmeldung mit der tatsächlichen Lage ab; auch sie kann, was im Normalfall über die Leitstelle geschieht, weitere Rettungsmittel oder andere Kräfte nachfordern. Im Falle eines Großschadensereignisses bestimmt die Leitstelle im Einzelfall, ob die örtliche Einsatzleitung (ÖEL) an ihrer Stelle tätig wird (§ 7 Abs. 3). Gegenüber den am Einsatzort tätigen Personen ist dann die ÖEL anstelle der Leitstelle weisungsbefugt (§ 7 Abs. 1 S. 2). Da der Rettungsdienst nur für die medizinische Menschenrettung zuständig, ausgerüstet und ausgebildet ist, kann er z.B. bei Amoklagen, Bränden, Hochspannungsunfällen oder Unfällen im Bahnbereich erst tätig werden, wenn die Bahnstrecke gesperrt, die Hochspannungsleitung stromfrei geschaltet oder der Brand unter Kontrolle gebracht ist und die Einsatzstelle von der Polizei, der Feuerwehr oder dem sonstigen Zuständigen freigegeben wurde. Bei unfallbedingt eingeklemmten und verletzten Personen beispielsweise können sich technische und medizinische Menschenrettung auch überschneiden.

60/2

bb) Leitung des Einsatzes am Einsatzort

Der Einsatz des Rettungsdienstes vor Ort wird von der Rettungsdienstperson mit der höchsten Qualifikation geleitet; sie ist gegenüber den geringer qualifizierten Personen weisungsbefugt. Da Ärzte in heilkundlichen Angelegenheiten keinen Weisungen von Nichtärzten unterliegen (§ 2 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärzte; § 6 Abs. 3 S. 2 NRettDG) und sich die Leitungsfunktion des Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes (ÄLRD) auf Angelegenheit außerhalb von Einsätzen beschränkt (§ 10 Abs. 3 S. 1), sind Notärzte das höchstmöglich qualifizierte und weisungsbefugte Einsatzpersonal. Falls eine ÖEL eingesetzt wurde, ist der Leitende Notarzt

61

(LNA) gegenüber anderen am Einsatzort tätigen Notärzten zu Weisungen in medizinischen Angelegenheiten befugt (§ 7 Abs. 1). Notfallrettungseinsätze werden somit in der Regel von einem Notfallsanitäter oder Rettungsassistenten geleitet, falls und solange kein Notarzt anwesend ist. Inwieweit in Zukunft ein Telenotarzt an die Stelle des Notarztes treten kann (vgl. § 7 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärzte und § 2a NotSanG), bleibt abzuwarten. Weisungen der Rettungsleitstelle gegenüber dem nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal am Einsatzort in medizinischen Angelegenheiten sind grundsätzlich möglich (§ 6 Abs. 3 S. 2 NRettDG), setzen aber als Grundlage der Entscheidung Informationen voraus, die in aller Regel nur vom Einsatzpersonal vor Ort gewonnen werden können (LT-Drs. 18/2434 vom 19.12.2018, S. 2). In welchem Umfang ein Weisungsrecht wahrgenommen oder eine Aufgabe zur eigenständigen Durchführung delegiert wird, ist eine Frage des Führungsstils. Das Weisungsrecht eines Höherqualifizierten findet erst dort seine Grenzen, wo der Weisungsunterworfenen aufgrund seiner eigenen Qualifikation erkennen muss, dass die Weisung fachlich schlechterdings unvertretbar ist (vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 13.08.2014, Az. 7 U 248/13, juris Rn 10; ferner OLG Hamm, Urteil vom 04.04.2017, Az. I-26 U 88/16, juris Rn 69; OLG Frankfurt, Urteil vom 24.05.2016, Az. 8 U 159/14, juris Rn 48). In einem solchen Fall sowie auch im Zweifelsfall sollte das weitere Vorgehen im Team besprochen werden („Team Timeout“, „10 für 10“). Hat das Einsatzpersonal eines Rettungsmittels dieselbe Qualifikation, ist der Einsatzführer dennoch gegenüber dem Fahrer und etwaigen weiteren Teammitgliedern weisungsbefugt und grundsätzlich allein verantwortlich; fachliche oder rechtliche Zweifel an Weisungen oder anderen Einsatzentscheidungen sollten auch hier im Team besprochen werden (vgl. BayVGH, Beschl. vom 21.04.2021, Az. 12 CS 21.702, juris Rn 19 und 60). Dienstanweisungen können abweichende Regelungen treffen.

cc) Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung des Notfallpatienten umfasst insbesondere die Durchführung lebensrettender Maßnahmen und die Herstellung seiner Transportfähigkeit (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nr. 1 NRettDG). Sie erfordert eine Informationsgrundlage, auf der eine (Arbeits-) Diagnose gestellt werden kann, die dann ihrerseits Grundlage von Therapieentscheidungen ist, wobei die Therapie kausal oder auch nur symptomatisch sein kann. Aufgrund der begrenzten präklinischen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten muss auch entschieden werden, inwieweit ein Notfallpatient am Einsatzort und während des Transports in die Klinik untersucht und behandelt werden kann und muss, und ab wann eine zeitnahe (Weiter-) Versorgung in der Klinik anzustreben ist. Die Vorgehensweisen folgen dabei meist internationalen und interdisziplinären Standards, was die reibungslose Zusammenarbeit verschiedener Teams ermöglicht und das Risiko des Vergessens wichtiger Schritte bei der Versorgung von Patienten sowie des Verlusts wichtiger Informationen bei der Übernahme oder Übergabe von Patienten minimiert. Die Ersteinschätzung der Vitalfunktionen Bewusstsein, Atmung und Kreislauf erfolgt beim Eintreffen am Einsatzort durch Anschauen, Ansprache und Anfassen. Für das weitere Vorgehen entscheidend ist die Art des Notfalls, der einer oder auch beiden Hauptkategorien von Notfällen zuzuordnen ist: Ist der Notfallpatient verletzt bzw. hat ein Unfall oder eine Gewalttat stattgefunden, ist von einem traumatologischen Notfall auszugehen, ist der Patient erkrankt bzw. hat eine Krankheit oder Vergiftung zum Notruf geführt, liegt ein im weitesten Sinne internistischer Notfall vor. Bei einem traumatologischen Notfall ist weiter zu unterscheiden, ob ein generalisierter oder unklarer Traumamechanismus zugrunde liegt, oder aber ein lokaler Mechanismus. Bei generalisiertem oder unklarem Mechanismus wird der Patient nach dem Schema cABC (kritische externe Blutung, Atemwege, Belüftung, Kreislauf) untersucht und gegebenenfalls behandelt, gefolgt von einer schnellen und auf das Wichtigste beschränkten körperlichen Untersuchung auf Traumata; in der Regel erfolgt dann so bald wie möglich der Transport in die Klinik und erst während des Transports die weitere Untersuchung und Behandlung. Bei lokalem Traumamechanismus ist die Weiterversorgung in der Klinik oft weniger zeitkritisch; der Patient wird nach dem Schema cABCDE versorgt und eingehender körperlich untersucht. Bei internistischen (nichttraumatologischen) Notfällen erfolgt die Versorgung nach dem Schema ABCDE, wobei unter „D“ neurologische Untersuchungen z.B. auf den Bewusstseinszustand nach Glasgow Coma Score, die Blutzuckermessung, die Lichtreagibilität der Pupillen oder bei Verdacht auf Schlaganfall der FAST-Test durchgeführt werden und unter „E“ auch Untersuchungen auf Verletzungen infolge des Notfalls, z.B. auf Sturzverletzungen nach Synkope oder Zungenbissverletzungen wegen zerebralen Krampfanfalls. Die durch die Untersuchung gewonnenen Informationen werden ergänzt durch die (Eigen- oder Fremd-) Anamnese nach dem SAMPLER-Schema und gegebenenfalls eine Schmerzanamnese nach dem OPQRST-Schema.

dd) Abtransport zur Behandlungseinrichtung und Übergabe

Für den Transport zur Einlieferung des Patienten ist zunächst die Zieleinrichtung zu bestimmen. In der Regel ermittelt die Rettungsleitstelle anhand des bei ihr geführten Einrichtungsverzeichnisses, welche Einrichtung zur Weiterversorgung geeignet ist und ob dort aktuell Behandlungskapazitäten bestehen (§ 6 Abs. 5 NRettDG). Üblich ist hierzu der Einsatz von Anwendungen wie dem Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA), über die in umgekehrter Richtung auch Notfallpatienten in der Zieleinrichtung angekündigt werden können, so dass das für die Weiterversorgung erforderliche Klinikpersonal alarmiert und die Behandlung vorbereitet werden kann. Zumeist wird während des Transports auch der Einsatzbericht gefertigt (§ 11 Abs. 1 S. 2).

62

63

Für die Einhaltung der Straßenverkehrs-Ordnung ist der Fahrzeugführer verantwortlich und damit auch für die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Wegerecht und Sonderrechten durch das von ihm geführte Rettungsmittel. Bei der dabei erforderlichen Beurteilung, ob im Sinne von § 38 Abs. 1 und § 35 Abs. 5a StVO höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden, kommt dem Rettungsdienstpersonal ein Beurteilungsspielraum zu (vgl. OLG Celle, Beschl. vom 30.11.2006, Az. 14 U 204/05, juris Rn 36; OLG Celle, Beschl. vom 06.10.1987, Az. 3 Ss (OWi) 189/87). Während sich der Fahrzeugführer für die Anfahrt zur Einsatzstelle grundsätzlich auf die Einsatzmeldung und etwaige sonstige Lageinformationen der Leitstelle oder eines bereits vor Ort befindlichen Rettungsmittels verlassen darf (Nds. OVG, Beschl. vom 13.01.1997, Az. 12 M 6603/96, juris Rn 12), muss er für eine Fahrt von der Einsatzstelle zu einer Behandlungseinrichtung grundsätzlich selbst anhand der ihm bekannten Umstände beurteilen, ob die Voraussetzungen gegeben sind (BayObLG, Beschl. vom 18.07.1980, Az. 2 Ob OWi 301/80, juris Rn 6). Auf Beurteilungen medizinisch höher qualifizierten Einsatzpersonals oder die aktualisierte Beurteilung eines während der Fahrt Behandelnden wird er sich jedoch wiederum verlassen dürfen, da er als Fahrer in der Fahrerkabine oder als Fahrer eines begleitenden Notarzteinsetzungsfahrzeugs die aktuelle Lage ebenso wenig aus eigener Anschauung beurteilen kann wie vor seinem Eintreffen an der Einsatzstelle. In der Zieleinrichtung erfolgt die strukturierte Übergabe des Notfallpatienten, für die das (I)SBAR-Schema empfohlen war (vgl. die Empfehlung des LARD im Anhang zu den NUN-Algorithmen 2022, Bek. d. MI vom 01.12.2021, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2022, S. 202) und nunmehr dessen deutschsprachige Abwandlung mit dem Akronym „SINNHAF“ empfohlen wird (LARD-Empfehlung in Punkt 28 der NUN-Algorithmen 2024, Bek. d. MI vom 12.12.2023, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2023, S. 1107): Nach dem signalisierten Beginn („Start“) wird der Notfallpatient vorgestellt („Identifikation“), der Hintergrund des Notfallgeschehens wie z.B. der Traumamechanismus sowie die (Verdachts-) Diagnose mitgeteilt („Notfallereignis“) und sein(e) Notfallproblem(e) samt der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nach (c)ABCDE-Schema sowie Anamnesen nach SAMPLER- und OPQRST-Schema mitgeteilt („Notfallpriorität“, „Handlung“, „Anamnese“). Schließlich wiederholt der Teamleiter der Behandlungseinrichtung die gegebenen Informationen („Fazit“) und der Teamleiter des Rettungsdienstes beantwortet etwaige Fragen des Teams der Behandlungseinrichtung („Teamfragen“). Regelmäßig erst im Anschluss daran wird der Notfallpatient von der Trage des Rettungsdienstes auf die Trage oder den Behandlungstisch der Behandlungseinrichtung umgelagert, womit die Verantwortung für den Patienten auf die Behandlungseinrichtung übergeht und der eigentliche Notfallrettungseinsatz des Rettungsdienstes endet. Außer dem Einsatzbericht, von dem bei der Übergabe die weiterbehandelnde Einrichtung eine Ausfertigung erhält (Rechtsgrundlage dafür ist wie für das Übergabegespräch § 11 Abs. 2 S. 2, Nr. 1 NRettDG), ist auch ein Protokoll über die Patientenübergabe zu fertigen (§ 11 Abs. 1 S. 2). Dokumentiert werden sollten auch die vorgefundenen und übergebenen Wertgegenstände des Patienten. Nach der Übergabe wird die Einsatzbereitschaft des Rettungsmittels wiederhergestellt und die Einsatzbereitschaft der Leitstelle gemeldet. Insbesondere nach belastenden Einsätzen (siehe auch Rn 96h) können Einsatznachbesprechungen und Einzelgespräche der psychosozialen Einsatznachsorge dienen.

4. Rettungsdienstplanung

a) Bedarfsplanung für den Regelrettungsdienst

Ähnlich der (zwingenden) Krankenhaus(bedarfs)planung nach § 6 Abs. 1 KHG i.V.m. § 5 NKHG, der Sozialpsychiatrischen (Bedarfs- und Angebots-) Planung nach § 9 NPsychKG, der Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 99 SGB V und der (freigestellten) Feuerwehrbedarfsplanung nach § 2 Abs. 1 S. 4 NBrandSchG gibt es auch im Bereich des Rettungsdienstes eine Bedarfsplanung: Nach § 4 Abs. 6 NRettDG hat jeder Rettungsdienststräger im Benehmen mit den Kostenträgern für seinen Rettungsdienstbereich (§ 4 Abs. 1 NRettDG) einen Plan aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben, aus dem sich ergibt, wie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes sichergestellt werden soll (Rettungsdienstbedarfsplan).

Für die Bedarfsplanung des bodengebundenen Rettungsdienstes gilt die (auf Grundlage von § 30 Nr. 2 NRettDG erlassene) BedarfVO-RettD vom 24.08.2023 (Nds. GVBl. 2023, S. 203), welche die unverändert bis zum 20.09.2023 geltende BedarfVO-RettD vom 04.01.1993 (Nds. GVBl. 1993, S. 1) ablöste. Danach werden im Bedarfsplan die erforderliche Anzahl an Rettungswachen, die Auswahl der Standorte der Rettungswachen und die Anzahl einsatzbereit vorzuhaltenden Krankenkraftwagen ermittelt. Zentral für die Planung sind die anzustrebenden Hilfsfristen, denn je kürzer diese sind, desto mehr Rettungswachen, Rettungsmittel und Rettungsdienstpersonal müssen vorgehalten werden.

- Für den Bereich der Notfallrettung sieht § 2 Abs. 3 Nr. 1 BedarfVO-RettD vor, dass der Zeitraum zwischen der Auslösung der Alarmierung im Einsatzleitsystem bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Einsatzort (Eintreffzeit) in 95 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfallrettungseinsätze 15 Minuten nicht übersteigen soll. Wie aus § 2 Abs. 4 S. 1 hervorgeht, bezieht sich dies nur auf an öffentlichen Straßen gelegene Einsatzorte. Und wie in Verbindung mit § 2 Abs. 4 S. 1 klar wird, ist dabei auf das Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels abzustellen; bei einem Notfall mit Notarztindikation, bei dem der zur Patientenversorgung erforderliche Notarzt und der zum Patiententransport erforderliche Krankenkraftwagen getrennt voneinander den Einsatzort anfahren (Rendezvous-System), sind beide Rettungsmittel geeignet, so dass für die Eintreffzeit das zuerst eintreffende der beiden Rettungsmittel maßgeblich ist (Nds. OVG, Urteil vom 23.11.2006, Az. 11 LC 72/06, juris Rn 31 bis 36). Da der rettungsdienstliche Sicherstellungsauftrag seit 1997 auch die notärztliche Versorgung umfasst (siehe Rn 44), ist die früher in Hinblick auf die Geltung der rettungsdienstrechtlichen Eintreffzeit gebotene Unterscheidung zwischen Notarzteinsatz und sonstigem Rettungsdienst (vgl. BGHZ 120, 184, Urteil vom 12.11.1992, Az. III ZR 178/91, juris Rn 27) und damit zwischen notarztbesetzten und sonstigen Rettungsmitteln hinfällig. Wenngleich die Eintreffzeitvorgabe nach § 2 Abs. 3 i.V.m. Abs. 4 nur für das ersteintreffende Rettungsmittel gilt, ist es im Rendezvous-System medizinisch bedarfsgerecht im Sinne von § 2 Abs. 1, dass auch das zugehörige zweite Rettungsmittel alsbald nach dem ersten Rettungsmittel eintrifft und somit letztlich für beide Rettungsmittel die Einhaltung der Eintreffzeit angestrebt wird (diesbezüglich fälschlich weiterhin zwischen notärztlicher und sonstiger rettungsdienstlicher Versorgung differenzierend Nds. OVG, Urteil vom 23.11.2006, Az. 11 LC 72/06, juris Rn 37 und 43; Nds. OVG, Urteil vom 16.03.2016, Az. 13 LC 188/14, juris Rn 53; vgl. ferner bereits BGHZ 120, 184, juris Rn 27). Die möglichen 5 % Überschreitungen der Eintreffzeit schließlich sind vor dem Hintergrund des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrages gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 NRettDG und des Bedarfsbemessungsgebotes des § 2 Abs. 1 BedarfVO-RettD atypischen Einsatzumständen – etwa besonderen Witterungs- oder Verkehrslagen – vorbehalten (Nds. OVG, Urteil vom 17.04.1996, Az. 7 L 3226/95, juris Rn 14; ferner Plenarprotokoll 16/25 vom 11.12.2008, Anlage 4 zu TOP 19, S. 3051).

- Da die BedarfVO-RettD 1993 nie geändert wurde, enthielt sie keine Hilfsfristvorgaben für den 2007 in das NRettDG aufgenommenen Intensivtransport oder den 2021 eingeführten Notfalltransport. Obwohl der Intensivtransport vor seiner Normierung als Unterfall der Notfallrettung angesehen wurde (siehe Rn 10), sind die Umstände der beiden Einsatzkategorien so unterschiedlich, dass eine Anwendung der Vorgaben zur Eintreffzeit aus § 2 Abs. 3 BedarfVO-RettD 1993 auf den Intensivtransport ausschied. In der BedarfVO-RettD 2023 wurde ebenfalls auf eine Hilfsfristvorgabe für den Intensivtransport verzichtet. Anders ist dies beim Notfalltransport, der von der Notfallrettung abgespalten wurde (siehe Rn 3). Die Einsatzkategorien sind einander weiterhin so ähnlich (siehe Rn 3a), dass die Vorgaben zur Eintreffzeit aus § 2 Abs. 3 BedarfVO-RettD 1993 auch nach der Abspaltung direkt oder analog auf den Notfalltransport anwendbar waren (siehe Rn 66a der Version 1.6 der vorliegenden Arbeit). In der BedarfVO-RettD 2023 dann wurde für Notfalltransporteinsätze als weniger zeitkritische Einsätze mit § 2 Abs. 3 Nr. 2 eine gegenüber Notfallrettungseinsätzen in zweifacher Hinsicht gelockerte Vorgabe gemacht. Danach soll der Zeitraum zwischen der Auslösung der Alarmierung im Einsatzleitsystem bis zum Eintreffen

Für den bodengebundenen RD gilt:

- die Eintreffzeit in der Notfallrettung soll in 95 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfallrettungseinsätze 15 Min. nicht übersteigen
- die Eintreffzeit beim Notfalltransport soll in 80 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalltransporteinsätze 30 Min. nicht übersteigen
- die Wartezeit beim qualifizierten Krankentransport soll nicht mehr als 60 Min. betragen

des ersten Rettungsmittels am Einsatzort (Eintreffzeit) in 80 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalltransporteinsätze 30 Minuten nicht übersteigen. Fraglich ist allerdings, ob nicht für die Bedarfsplanung gesetzlich vorgegebene Hilfsfristen oder gesetzliche Vorgaben zum Gestaltungsspielraum hinsichtlich der anzustrebenden Hilfsfristen von Notfallrettung und Notfalltransport erforderlich sind, wie sie etwa in Bremen mit § 28 HilfeleistungsgG, in Mecklenburg-Vorpommern mit § 8 Abs. 2 Nr. 7 RDG M-V oder in Baden-Württemberg mit § 3 Abs. 2 S. 6 RDG BW bestehen. Denn auch wenn die Eintreffzeit im Rahmen der Bedarfsplanung unmittelbar nur eine Planungsgröße ist, wirkt sie sich über eine entsprechende Planung mittelbar auf die Zeiträume aus, innerhalb derer die Rettungsmittel tatsächlich am Einsatzort eintreffen können. Da diese Zeit in medizinischen Notfällen maßgeblich die Wirksamkeit des grundrechtlich gebotenen Schutzes der Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) beeinflusst, deren Schädigungen irreversibel sein können, sind Vorgaben hierzu zu den wesentlichen Entscheidungen zu zählen, für die der aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende Vorbehalt des (Parlaments-) Gesetzes und der aus dem Demokratieprinzip folgende Parlamentsvorbehalt gelten, so dass die Festlegung nicht oder jedenfalls nicht allein dem Verordnungsgeber überlassen werden darf (näher Löser, Das Parlamentsdefizit im Rettungsdienstrecht am Beispiel der Hilfsfrist, in: NordÖR 2023, S. 497 ff.).

- Für den qualifizierten Krankentransport ist in § 5 Abs. 1 BedarfVO-RettD vorgesehen, dass der Zeitpunkt des Eintreffens eines Krankenkraftwagens von dem vorher von der Leitstelle mitgeteilten Zeitpunkt des Eintreffens in der Regel nicht mehr als 60 Minuten abweicht (Höchstwartezeit). Das ist eine zweifache Lockerung gegenüber § 5 Abs. 2 S. 1 BedarfVO-RettD 1993, wonach der Zeitraum zwischen dem Eingang einer Anforderung in der zuständigen Rettungsleitstelle und dem Eintreffen eines Krankenkraftwagens am Einsatzort (Wartezeit) in der Regel 30 Minuten nicht übersteigen sollte. Bei der Bedarfsbemessung ist zu berücksichtigen, dass bei Krankentransporteinsätzen keine Sonderrechte nach § 35 Abs. 5a StVO in Anspruch genommen werden können, so dass Fahrzeuge mit einer zulässigen Gesamtmasse von über 3,5 t mit einer Geschwindigkeit von höchstens 80 km/h fahren dürfen (§ 3 Abs. 3 Nr. 2, lit. a, aa und § 18 Abs. 5 S. 2, Nr. 1, lit. a StVO). Die Ausnahme von diesen Geschwindigkeitsbegrenzungen für Personenkraftwagen greift nach hier vertretener Auffassung nicht, da es eine entsprechende Legaldefinition weder in der Straßenverkehrs-Ordnung, noch im Straßenverkehrsgesetz gibt und Ausnahmen eng auszulegen sind. Die Legaldefinition von Personenkraftwagen nach § 4 Abs. 4 Nr. 1 PBefG, die auch Krankenkraftwagen erfassen würde, ist nicht anwendbar, da sie nur für das Personenbeförderungsgesetz gilt, von dessen Anwendungsbereich Krankenkraftwagen gemäß § 1 Abs. 2 S. 1, Nr. 2 PBefG ausgenommen sind. Eine analoge Anwendung der Legaldefinition scheitert an der fehlenden Vergleichbarkeit der Interessenlage, denn das Straßenverkehrsrecht ist Ordnungsrecht (BVerwGE 107, 38, Urteil vom 28.05.1998, Az. 3 C 11.97, juris Rn 32), während das Personenbeförderungsgesetz zugleich Wirtschaftsrecht ist (siehe Rn 12). Nur im Ordnungswidrigkeitenrecht würde die Unbestimmtheit des Rechtsbegriffs eine sanktionierbare Geschwindigkeitsüberschreitung entfallen lassen (§ 3 OWiG; Art. 103 Abs. 2 GG) und käme zugunsten des Fahrzeugführers eine analoge Anwendung der Legaldefinition aus § 4 Abs. 4 Nr. 1 PBefG in Betracht (teilweise weitergehend OLG Karlsruhe, Beschl. vom 25.08.2004, Az. 2 Ss 80/04, juris Rn 15 und 21; ThürOLG, Beschl. vom 12.10.2004, Az. 1 Ss 208/04, juris Rn 12 f.; OLG Hamm, Beschl. vom 22.08.2005, Az. 1 Ss OWi 272/05, juris Rn 8; BbgOLG, Beschl. vom 20.01.2005, Az. 2 Ss (OWi) 200 Z/04, juris Rn 5 bis 17).

Für die Bedarfsplanung ebenfalls bedeutsam ist in Hinblick auf mögliche Standorte von Rettungswachen deren dortige bauplanungsrechtliche Zulässigkeit. Im Geltungsbereich eines Bebauungsplans (§ 30 BauGB) können Baugebiete nach der Baunutzungsverordnung festgesetzt sein und in unbeplanten Innenbereichen (§ 34 BauGB) können solche Baugebiete faktisch vorliegen. Ihrer Art nach sind Rettungswachen in diesen Fällen zulässig, wenn sie gemäß den statisch in den Bebauungsplan übernommenen (§ 1 Abs. 3 S. 2 BauNVO) oder aktuell geltenden Vorschriften der §§ 2 ff. BauNVO in dem jeweiligen Baugebiet allgemein zulässig sind oder ausnahmsweise zugelassen werden können, ihre allgemeine Gebietsverträglichkeit nicht zu verneinen ist (dazu BVerwG, Beschl. vom 28.02.2008, Az. 4 B 60.07, juris Rn 6 und 11 f.; Nds. OVG, Urteil vom 25.06.2015, Az. 12 LC 230/14, juris Rn 23), sie auch im konkreten Einzelfall nicht der Eigenart des Baugebiets widersprechen (§ 15 Abs. 1 S. 1 BauNVO) und sie nicht gegen das Gebot der Rücksichtnahme verstoßen (§ 15 Abs. 1 S. 2 BauNVO). Während Feuerwachen bzw. Feuerwehrgerätehäuser – jedenfalls solange sie in ihrer Ausgestaltung und Funktionalität nicht einem Büro- oder Verwaltungsgebäude gleichkommen (vgl. BVerwG, Beschl. vom 11.02.2000, Az. 4 B 1.00, juris Rn 49) – als Anlagen für Verwaltungen einzuordnen sind und daher z.B. in allgemeinen Wohngebieten gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 3 BauNVO ausnahmsweise zulässig sein können (BVerwG, Urteil vom 29.03.2022, Az. 4 C 6.20, juris Rn 9 f.), sind Rettungswachen als Anlagen für gesundheitliche Zwecke in allgemeinen Wohngebieten nach § 4 Abs. 2 Nr. 3 BauNVO allgemein zulässig (Bay-VGH, Beschl. vom 20.05.1996, Az. 2 CS 96.1175, S. 4). Eine ausnahmsweise Zulässigkeit von Rettungswachen in reinen Wohngebieten als den Bedürfnissen der Bewohner des Gebiets dienende Anlagen für gesundheitliche Zwecke im Sinne von § 3 Abs. 3 Nr. 2 BauNVO dürfte hingegen nicht in Betracht kommen. Zwar ist es unschädlich, dass Rettungswachen nicht nur den Bewohnern des Gebiets dienen, sondern auch anderen im Gebiet anwesenden Personen (siehe Rn 88); ebenso ist es unschädlich, wenn die mit der Rettungswache bezweckte Gebietsabdeckung nicht auf das jeweilige Wohngebiet beschränkt ist. Doch dürften Rettungswa-

chen mit Blick auf § 3 Abs. 1 BauNVO, wonach reine Wohngebiete dem Wohnen dienen und obwohl die Sicherheit der (Wohn- und Arbeits-) Bevölkerung gemäß § 1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB ein bauplanungsrechtlicher Belang ist, in reinen Wohngebieten allgemein gebietsunverträglich sein. Bei kombinierten Feuer- und Rettungswachen ist nach hier vertretener Auffassung zur Wahrung des Gebietscharakters auf das jeweilig restriktivere Merkmal abzustellen, so dass sie etwa in allgemeinen Wohngebieten als Anlagen für Verwaltungen oder als Büro- oder Verwaltungsgebäude einzuordnen sind, in Gewerbegebieten hingegen als Anlagen für gesundheitliche Zwecke (§ 8 Abs. 3 Nr. 2 BauNVO); in manchen Baugebieten besteht insoweit im Ergebnis kein Unterschied (§ 7 Abs. 2 Nrn. 1 und 4 BauNVO). Rettungswachen sind Einrichtungen zur Versorgung mit Dienstleistungen des öffentlichen Rettungsdienstes, konkret der Allgemeinheit dienende Einrichtungen des Gemeinbedarfs im Sinne der Legaldefinition des § 5 Abs. 2 Nr. 2, lit. a BauGB, und zwar unabhängig davon, ob sie als Büro- oder Verwaltungsgebäude, Anlagen für Verwaltungen oder als Anlagen für gesundheitliche Zwecke zu qualifizieren sind. Sie profitieren daher von in Bebauungsplänen festgesetzten Gemeinbedarfsflächen gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 5 BauGB, sofern diese mit einer entsprechenden Zweckbestimmung versehen sind (BayVGH, Beschl. vom 10.03.2000, Az. 26 ZS 99.2151, juris Rn 21). In Außenbereichen (§ 35 BauGB) gehören weder Feuer- noch Rettungswachen zu den privilegierten Vorhaben. Ein Antrag des Landes Niedersachsen im Gesetzgebungsverfahren zum Baulandmobilisierungsgesetz, eine Privilegierung auch für der Erfüllung der Aufgaben eines Rettungsdienstes sowie des Brand- und Katastrophenschutzes dienende Vorhaben in das Gesetz aufzunehmen (BR-Drs. 686/3/20 vom 15.12.2020), wurde abgelehnt (BT-Drs. 19/26023 vom 20.01.2021, S. 12) und nicht umgesetzt.

Die auf den Landrettungsdienst bezogenen Vorschriften der BedarfVO-RettD gelten gemäß deren § 6 größtenteils sinngemäß auch für Wasserrettungswachen und Bergrettungswachen sowie die für Wasser- und Bergrettung geeigneten Fahrzeuge. Sie gilt jedoch nicht für Luftrettungswachen und Luftrettungsfahrzeuge, da sich ihr Geltungsbereich gemäß ihres § 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 NRettDG auf den bodengebundenen Rettungsdienst beschränkt und nicht auch die Luftrettung umfasst. Zwar wurde der ursprüngliche Gesetzeswortlaut des § 2 Abs. 1 S. 2 und 3 NRettDG, wonach die Luftrettung nur zur Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes diene – womit ein grundsätzlicher Vorrang des bodengebundenen Rettungsdienstes zum Ausdruck gebracht wurde (LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 23) – mit der Neufassung des § 2 Abs. 1 S. 2 durch Änderungsgesetz vom 12.07.2007 (Nds. GVBl. 2007, S. 316) dahingehend abgeändert, dass der Luftrettungsdienst seitdem eigenständig neben dem bodengebundenen Rettungsdienst steht (LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 2). Mit Blick auf die Einsatzzahlen steht aber der bodengebundene Rettungsdienst noch immer im Vordergrund, was neben der Aufgabenträgerschaft des Landes Niedersachsen für die Luftrettung mit dazu beigetragen haben mag, dass für die Luftrettung bislang keine Hilfsfristvorgaben gemacht wurden.

68

b) Notfallplanung für Großschadensereignisse (MANV)

Daneben gibt es im Rettungsdienst auch eine Notfallplanung ähnlich dem Katastrophenschutzplan nach § 10 Abs. 1 und 2 NKatSG, in welchem insbesondere das Alarmierungsverfahren, die im Katastrophenfall zu treffenden Sofortmaßnahmen sowie die Einsatzkräfte und -mittel auszuweisen sind: Nach § 7 Abs. 4 NRettDG bereiten die Träger des Rettungsdienstes unter Beteiligung der Krankenhausträger Notfallpläne und andere Maßnahmen zur Bewältigung von Großschadensereignissen vor. Dementsprechend bestimmt § 19 S. 1 und 2 NKHG, dass jedes Krankenhaus für die Bewältigung eines Notfalls mit einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten einen Alarm- und Einsatzplan (Krankenhausalarm- und -einsatzplan, KAEP) aufzustellen und fortzuschreiben hat, der auch Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten vorsehen muss. Neben der Durchführung regelmäßiger interner Übungen haben Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, gemäß § 19 S. 5 NKHG an Katastrophenschutzübungen sowie an Übungen des Rettungsdienstes zur Bewältigung von Großschadensereignissen teilzunehmen.

69

c) Planung für Veranstaltungen

Für größere Veranstaltungen sind Planungen vorgesehen, die dem Betreiber der Versammlungsstätte oder dem Veranstalter obliegen, aber auch den Rettungsdienst einbeziehen. Sie ergeben sich aus der Nds. Versammlungsstättenverordnung (NVStättVO), die auf der Grundlage der Nds. Bauordnung ergangen ist, da sie zu einem großen Teil dem vorbeugenden Brandschutz dient, welcher neben dem organisatorisch-betrieblichen und dem anlagentechnischen Brandschutz den baulichen Brandschutz beinhaltet. Baulich ist beispielsweise vorgeschrieben, dass in Mehrzweckhallen und Sportstadien mit mehr als 5000 Besucherplätzen ein Raum für den Sanitäts- und Rettungsdienst vorhanden sein muss (§ 26 Abs. 4 NVStättVO). In entsprechenden Stadionanlagen müssen für die Einsatzkräfte von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst von den Besuchereingängen getrennte Eingänge vorhanden sein (§ 30 Abs. 2 S. 3), für Einsatz- und Rettungsfahrzeuge müssen gesonderte Zufahrten sowie Aufstell- und Bewegungsflächen vorhanden sein (§ 30 Abs. 3 S. 1), von denen aus die Eingänge unmittelbar erreichbar sein müssen (Satz 2) und es muss eine Zufahrt zum Innenbereich vorhanden sein (Satz 3). Betrieblich ist für alle Versammlungsstätten im Anwendungsbereich der Versammlungsstättenverordnung (§ 1) vorgeschrieben, dass Rettungswege sowie Zufahrten, Aufstell- und Bewegungsflächen für Einsatzfahrzeuge von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst ständig frei gehalten werden müssen (§ 31 Abs. 1 S. 1). Veranstaltungen mit voraussichtlich mehr als 5000 Besuchern sind vom Betreiber

69a

der Versammlungsstätte (§ 38 Abs. 1) oder dem Veranstalter (§ 38 Abs. 5 S. 1) der für den Rettungsdienst zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen (§ 41 Abs. 3); dem Zweck nach betrifft dies den bodengebundenen Rettungsdienst und somit den kommunalen Träger des Rettungsdienstes. Er bzw. der von ihm beauftragte Leistungserbringer soll durch die rechtzeitige Information in die Lage versetzt werden, sich organisatorisch und personell auf die Veranstaltung einzustellen. Denn wenngleich die eigentliche Absicherung der Veranstaltung durch einen Sanitäts(wach)dienst erfolgt, erhöht sich je nach Art und Umfang der Veranstaltung auch für den öffentlichen Rettungsdienst die Einsatzwahrscheinlichkeit. Die daneben bezweckte Möglichkeit zur Prüfung und gegebenenfalls zum Erlass von Verwaltungsakten in Bezug auf die Veranstaltung (siehe die Begründung zu § 41 Abs. 3 der Muster-Versammlungsstättenverordnung der Bauministerkonferenz) betreffe die Kommune mangels entsprechender Befugnis im Rettungsdienstrecht (siehe Rn 87) hingegen nicht in ihrer Eigenschaft als Trägerin des Rettungsdienstes. Für Versammlungsstätten mit mehr als 5000 Besucherplätzen hat der verantwortliche Betreiber oder Veranstalter schließlich im Einvernehmen mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen Behörden und Stellen, insbesondere der Polizei, der Feuerwehr und dem Rettungsdienst, ein Sicherheitskonzept aufzustellen und einen Ordnungsdienst einzurichten (§ 43 Abs. 2 S. 1 NVStättVO).

5. Kosten des Rettungsdienstes (Kostenplanung, Kostentragung)

Die Kosten des Rettungsdienstes im Sinne der Plankostenermittlung nach § 14 NRettdG sind die voraussichtlichen betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten (Plankosten) des Rettungsdienstes eines Rettungsdienstbereiches, in den Fällen des § 17 auch mehrerer Rettungsdienstbereiche. Hierzu zählen seit der im Jahr 1997 erfolgten Änderung des § 75 SGB V (siehe Rn 44) auch die Kosten des zuvor ausgenommenen Notarztdienstes. Die integrierten Leitstellen (siehe Rn 31) dienen den Aufgaben von Rettungsdienst und Feuerwehr, doch werden weitaus mehr Rettungsdienstesätze als Feuerwehreinsätze abgewickelt; üblicherweise werden 60 % der Leitstellenkosten als Kosten des Rettungsdienstes eingeplant. Nicht zu den Plankosten oder den zu vereinbarenden oder tatsächlichen Gesamtkosten im Sinne von § 15 und § 15a NRettdG zählen die Kosten des Landesausschusses „Rettungsdienst“ (LARD), die vom Land zu tragen sind (§ 13 Abs. 3) sowie die Kosten der Schiedsstelle für den Rettungsdienst, die von den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern zu tragen sind (§ 18 Abs. 3 NRettdG; § 14 der Schiedsordnung). Die Ermittlung der Plankosten erfolgt nach der gemäß § 14 Abs. 3 NRettdG vom LARD aufgestellten Kostenrichtlinie (siehe Rn 26). Grundlage der Kostenplanung ist der Rettungsdienstbedarfsplan nach § 4 Abs. 6 (siehe Rn 64).

Die Träger der Kosten des Rettungsdienstes (Kostenträger) sind nach § 4 Abs. 6 S. 1 die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Das gilt allerdings nicht, soweit der Rettungsdienst von bzw. für Personen in Anspruch genommen wird, die nicht (in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung) sozialversichert sind.

a) Kostentragung innerhalb der Sozialversicherung

Der weitaus größte Teil der Personen in Deutschland und im Land Niedersachsen ist über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) sozialversichert; der übrige Teil ist privatversichert oder unversichert. Dementsprechend sind die Kosten des Rettungsdienstes weit überwiegend von den Krankenkassen und den Trägern der GUV zu tragen (vgl. LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 30); allein zur Kostentragung in dieser Konstellation enthält das NRettdG Regelungen.

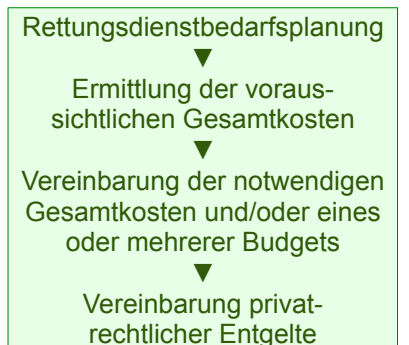
Ähnlich wie bei der Leistungserbringung durch (Kassen- bzw. Vertrags-) Ärzte und zugelassene Krankenhäuser übernimmt die Sozialversicherung auch bei Rettungsdienstleistungen die anfallenden Kosten anstelle der Versicherten; diese erhalten Sach- und Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V; § 26 Abs. 1 S. 1 SGB VII), ohne in die Abrechnung der Kosten eingebunden zu sein. Dabei sind nicht etwa Leistungen bei Krankheiten durch die GKV und Leistungen bei Verletzungen durch die GUV versichert. Vielmehr dient die GKV dem Erhalt, der Wiederherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes (§ 1 Satz 1 SGB V), erfasst also neben Krankheiten auch Unfälle, und die GUV der Wiederherstellung der Gesundheit nach dem Eintritt von Arbeitsunfällen sowie Berufskrankheiten (§ 1 Nr. 2 SGB VII); die GKV leistet bei Unfällen, die keine Arbeitsunfälle sind und bei Krankheiten, die keine Berufskrankheiten sind (§ 11 Abs. 5 SGB V), bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten hingegen die GUV.

Sozialversicherungszweig	Versicherungsfälle
gesetzliche Unfallversicherung	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
gesetzliche Krankenversicherung	sonstige Unfälle und sonstige Krankheiten

Die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung ist gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG eine konkurrierende, die nach Art. 72 Abs. 1 GG nur solange und soweit von den Ländern ausgeübt werden kann, wie der Bund nicht von ihr Gebrauch gemacht hat. Als Bundesgesetz erlassen wurde u.a. das SGB V betreffend die GKV sowie das SGB VII betreffend die GUV. Für die GUV ist der Abschluss von Verträgen über die Heilbehandlungskosten in Bezug auf Ärzte (§ 34 Abs. 3 SGB VII) und nichtärztliche Stellen (§ 34 Abs. 8 SGB VII) vorgesehen; für die GKV enthält § 133 SGB V Regelungen zu den Kosten speziell des Rettungsdienstes. Allerdings fällt der Rettungsdienst in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Soweit die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die in § 133 SGB V getroffenen Kostenregelungen zwischen Sozialversicherung und Rettungsdienst fraglich erscheint, wird die Kompetenzfrage aber dadurch entschärft, dass § 133 SGB V selbst einen Vorrang landes- bzw. kommunalrechtlicher Kostenregelungen vorsieht – falls die Bundeskompetenz zu bejahen ist, handelt es sich dabei um eine konstitutive Öffnungsklausel zugunsten der Länder, andernfalls um eine deklaratorische Wiedergabe der bestehenden Länderkompetenz (vgl. BVerwGE 101, 177, Beschl. vom 21.05.1996, Az. 3 N 1.94, juris Rn 33 zur damaligen Fassung der Norm; ferner BSG, Urteil vom 10.04.2008, Az. B 3 KR 7/07 R, juris Rn 14).

aa) Kostenvereinbarungen

Auf den in § 133 Abs. 1 S. 1 SGB V nachrangig vorgesehenen Abschluss von Verträgen unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität kommt es nicht an, solange die Vergütungen für Rettungsdienstleistungen durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden. Hierzu zählen die Entgeltvereinbarungen mit den Kostenträgern nach § 15 Abs. 2 und § 15a Abs. 2 NRettdG (Nds. OVG, Urteil vom 18.11.2020, Az. 2



LC 437/18, juris Rn 74). Bei ihnen handelt es sich unabhängig davon, dass privatrechtliche Entgelte vereinbart werden sollen, um öffentlichrechtliche Verträge, und zwar auch aus Sicht der Kostenträger nicht um sozialrechtliche Verträge nach § 1 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 53 Abs. 1 SGB X (so aber HessLSG, Urteil vom 20.03.2008, Az. L 1 KR 267/07, juris Rn 26), sondern einheitlich um (landes-) verwaltungsrechtliche Verträge nach § 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m. § 54 VwVfG (vgl. BVerwG, Beschl. vom 07.05.2020, Az. 3 B 2.20, juris Rn 11 f.; BayVGh, Beschl. vom 11.07.2001, Az. 25 C 00.1271, juris Rn 3; VG SH, Urteil vom 19.12.2006, Az. 3 A 249/03, juris Rn 20).

Grundlage dieser Entgeltvereinbarungen sind zum einen die nach § 15 Abs. 1 bzw. § 15a Abs. 1 NREttDG mit den Kostenträgern unter Berücksichtigung der nach § 14 Abs. 1 bzw. Abs. 2 ermittelten Plankosten vereinbarten notwendigen Gesamtkosten des Rettungsdienstes, wobei Maßstab für die Notwendigkeit die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes sind. Zum anderen sind Grundlage der Entgeltvereinbarungen die voraussichtlichen Einsatzzahlen (§ 15 Abs. 2 S. 1; § 15a Abs. 2 S. 1). Die Summe der Entgelte muss die vereinbarten Gesamtkosten des Rettungsdienstes decken (§ 15 Abs. 2 S. 3; § 15a Abs. 2 S. 3). Die durch Abweichung der tatsächlichen von den bei der Entgeltvereinbarung zugrunde gelegten voraussichtlichen Einsatzzahlen verursachten Über- oder Unterdeckungen sind bei der nächsten Entgeltvereinbarung zu berücksichtigen (§ 15 Abs. 3 S. 1; § 15a Abs. 3 S. 1). Abweichungen der tatsächlich entstandenen von den vereinbarten Gesamtkosten sind hingegen nur zu berücksichtigen, soweit dies mit den Kostenträgern vereinbart worden ist (§ 15 Abs. 3 S. 2; § 15a Abs. 3 S. 4). Grundlage der Entgeltvereinbarungen können gänzlich oder teilweise anstelle der zu vereinbarenden notwendigen Gesamtkosten auch Budgets sein, die für die Gesamtkosten des Rettungsdienstes oder bestimmte Teile davon mit den Kostenträgern vereinbart werden (§ 15 Abs. 1 S. 3; § 15a Abs. 1 S. 3). Für Budgetvereinbarungen gilt der Notwendigkeitsmaßstab nicht; stattdessen besteht das Risiko einer nicht auszugleichenden Unterdeckung, aber auch die Chance einer nicht auszugleichenden Überdeckung, mit der der Gesetzgeber einen Anreiz zur Kosteneinsparung schaffen wollte (LT-Drs. 15/3953 vom 10.07.2007, S. 9). Jedoch kann auch hier die Berücksichtigung von Kostenabweichungen vereinbart werden.

Im Übrigen gibt es Unterschiede zwischen den Regelungen in § 15 und § 15a, die daraus resultieren, dass § 15 bei der Selbstdurchführung des Rettungsdienstes durch den Rettungsdienststräger sowie bei der Beauftragung Dritter per Dienstleistungsauftrag (§ 5 Abs. 2 Nr. 1, Submissionsmodell) zur Anwendung kommt, § 15a hingegen bei der Beauftragung Dritter per Dienstleistungskonzession (§ 5 Abs. 2 Nr. 2, Konzessionsmodell). So werden die Kostenvereinbarungen bei Selbstdurchführung und Dienstleistungsauftrag zwischen dem Rettungsdienststräger und den Kostenträgern geschlossen (§ 15 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1); einem per Dienstleistungsauftrag Beauftragten ist lediglich Gelegenheit zu geben, an den Verhandlungen über die Kostenvereinbarungen teilzunehmen (§ 15 Abs. 4). Bei der Dienstleistungskonzession werden die Kostenvereinbarungen dagegen zwischen dem Rettungsdienststräger, den Beauftragten und den Kostenträgern geschlossen (§ 15a Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1). Bei Selbstdurchführung und in der Regel auch beim Dienstleistungsauftrag erfolgt die Abrechnung der Entgelte mit den Kostenträgern durch den Rettungsdienststräger, auch wenn die Beauftragten diese im Namen des Rettungsdienststrägers selbst mit den Kostenträgern abrechnen könnten (§ 5 Abs. 2 S. 3, 1. Hs.). Demgegenüber erheben per Dienstleistungskonzession Beauftragte die Entgelte im eigenen Namen (§ 15a Abs. 2 S. 4; § 5 Abs. 2 S. 3, 2. Hs.) und müssen von diesen Entgelten den Bestandteil an den Rettungsdienststräger abführen, der dessen Anteil an den vereinbarten Gesamtkosten entspricht (§ 15a Abs. 2 S. 5).

Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Trägern des Rettungsdienstes, Beauftragten und Kostenträgern über Kosten und Entgelte sowie über den Abschluss oder die Durchführung von Vereinbarungen nach den §§ 15, 15a und 17 besteht die Schiedsstelle nach § 18 (siehe Rn 28); sie ist der gerichtlichen Streitentscheidung vorgeschaltet. Bei den streitgegenständlichen Rechtsverhältnissen handelt es sich um solche auf dem Gebiet des (Landes-) Verwaltungsrechts, so dass auch die Streitigkeiten darüber solche auf dem Gebiet des Verwaltungsrechts sind, für die mangels anderweitiger Zuweisung gemäß § 40 Abs. 1 VwGO der Verwaltungsrechtsweg eröffnet ist (vgl. BVerwG, Beschl. vom 07.05.2020, Az. 3 B 2.20, juris Rn 5 ff.; BayVGh, Beschl. vom 11.07.2001, Az. 25 C 00.1271, juris Rn 1 bis 3; VG SH, Urteil vom 19.12.2006, Az. 3 A 249/03, juris Rn 18 bis 20). Ansprüche verjähren innerhalb der dreijährigen Regelverjährungsfrist nach (§ 62 Satz 2 VwVfG i.V.m.) § 195 BGB. Das gilt auch bei Ansprüchen auf Zahlung gegen die Kostenträger, da die Zahlungen keine Sozialleistungen im Sinne von § 21 Abs. 1 und § 22 Abs. 1 SGB I sind und die vierjährige Verjährungsfrist des § 45 Abs. 1 SGB I daher weder direkt, noch analog anwendbar ist (so aber BSG, Urteil vom 10.04.2008, Az. B 3 KR 7/07 R, juris Rn 20 f. für Vergütungsansprüche auf Grundlage von Landesrecht). Werden konkrete und fällige Zahlungsansprüche geltend gemacht, so können daneben analog § 291 BGB Prozesszinsen ab Rechtshängigkeit (§ 90 Satz 1 VwGO) gefordert werden (BVerwGE 51, 287, Urteil vom 09.11.1976, Az. III C 56.75, juris Rn 11 f.; BVerwGE 99, 53, Urteil vom 28.06.1995, Az. 11 C 22.94, juris Rn 9 bis 11). Schon vorgerichtlich können bei Verzug von Zahlungen aus Entgeltvereinbarungen Verzugszinsen gemäß § 62 Satz 2 VwVfG i.V.m. § 288 BGB gefordert werden, welche die Rechtsprechung nur bei vertraglichen Hauptleistungspflichten anerkennt, die in einem Gegenseitigkeitsverhältnis stehen (BVerwGE 81, 312, Urteil vom 15.03.1989, Az. 7 C 42.87, juris Rn 14). Denn selbst wenn es sich bei Entgeltvereinbarungen um

hinkende Austauschverträge handelt, die lediglich die Gegenleistungspflicht festlegen, während die Rettungsdienstleistungen schon von Gesetzes wegen zu erbringen sind, so stehen Rettungsdienstleistungserbringung und Entgeltzahlung gesamtsystematisch nach hier vertretener Ansicht dennoch in einem Gegenseitigkeitsverhältnis (Synallagma), auf das der vertragliche Entgeltgläubiger sich stützen kann.

bb) Einseitige Kostenfestlegungen bei Nichtzustandekommen von Kostenvereinbarungen

Für den Fall, dass eine Entgeltvereinbarung nach § 15 Abs. 2 NRettdG nicht zustande kommt, sieht § 16 (der fälschlicherweise noch immer auf § 15 Abs. 1 verweist, wo die Entgeltvereinbarung bis zur Änderung im Rahmen der Neubekanntmachung des NRettdG vom 02.10.2007 geregelt war) vor, dass ein kommunaler Rettungsdienststräger von den Benutzern des Rettungsdienstes Benutzungsgebühren nach dem Niedersächsischen Kommunalabgabengesetz erheben kann und das Land für Leistungen der Luftrettung Gebühren nach dem Niedersächsischen Verwaltungskostengesetz. Der sozialversicherte Gebührenschuldner kann diese Kosten dann gegebenenfalls an die Krankenkasse bzw. den Unfallversicherungsträger weiterreichen. Die Gebührenerhebung ist allerdings ausdrücklich nur möglich, solange eine Entgeltvereinbarung nicht zustande kommt. Denn vor dem Hintergrund des in Niedersachsen gewählten Vereinbarungsmodells ist die Erhebung von Rettungsdienstgebühren subsidiär; Ziel muss der Abschluss einer Entgeltvereinbarung bleiben (Nds. OVG, Beschl. vom 02.03.2000, Az. 11 L 458/99, juris Rn 4).

Ein Dritter, der vom Rettungsdienststräger per Dienstleistungskonzession mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt wurde, trägt das Betriebsrisiko selbst (siehe Rn 17) und darf nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können (LT-Drs. 16/3826 vom 28.06.2011, S. 10). Hier sieht § 15a Abs. 4 für den Fall, dass eine Entgeltvereinbarung nach § 15a Abs. 2 (der fälschliche Verweis auf Abs. 1, wo die Entgeltvereinbarung nach dem Gesetzesentwurf geregelt werden sollte, wurde nicht an die im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Änderungen angepasst, siehe LT-Drs. 16/3826, S. 3 gegenüber LT-Drs. 16/4463 vom 15.02.2012, S. 5 f.) nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Verhandlungsaufnahme aufgefordert hat, zustande kommt, vor, dass die Schiedsstelle gemäß § 18 innerhalb von drei Monaten entscheidet.

Die einseitige Kostenfestlegung ist ebenfalls von § 133 SGB V gedeckt, der dazu aber zusätzliche Regelungen enthält.

b) Kostentragung außerhalb der Sozialversicherung

Nicht sozialversicherte Personen sind entweder verbeamtet/privatversichert oder unversichert. Außerhalb der Sozialversicherung gilt kein Sach- oder Dienstleistungsprinzip, sondern das Prinzip der Kostenerstattung. Beamte und andere Privatversicherte müssen Kosten des Rettungsdienstes daher selbst tragen, können die Kosten aber gegebenenfalls über die Beihilfe (§ 26 Abs. 1 und 6 NBhVO; § 31 Abs. 2 Nr. 1 BBhV) bzw. von der Privatversicherung erstattet verlangen (§ 192 Abs. 1 VVG).

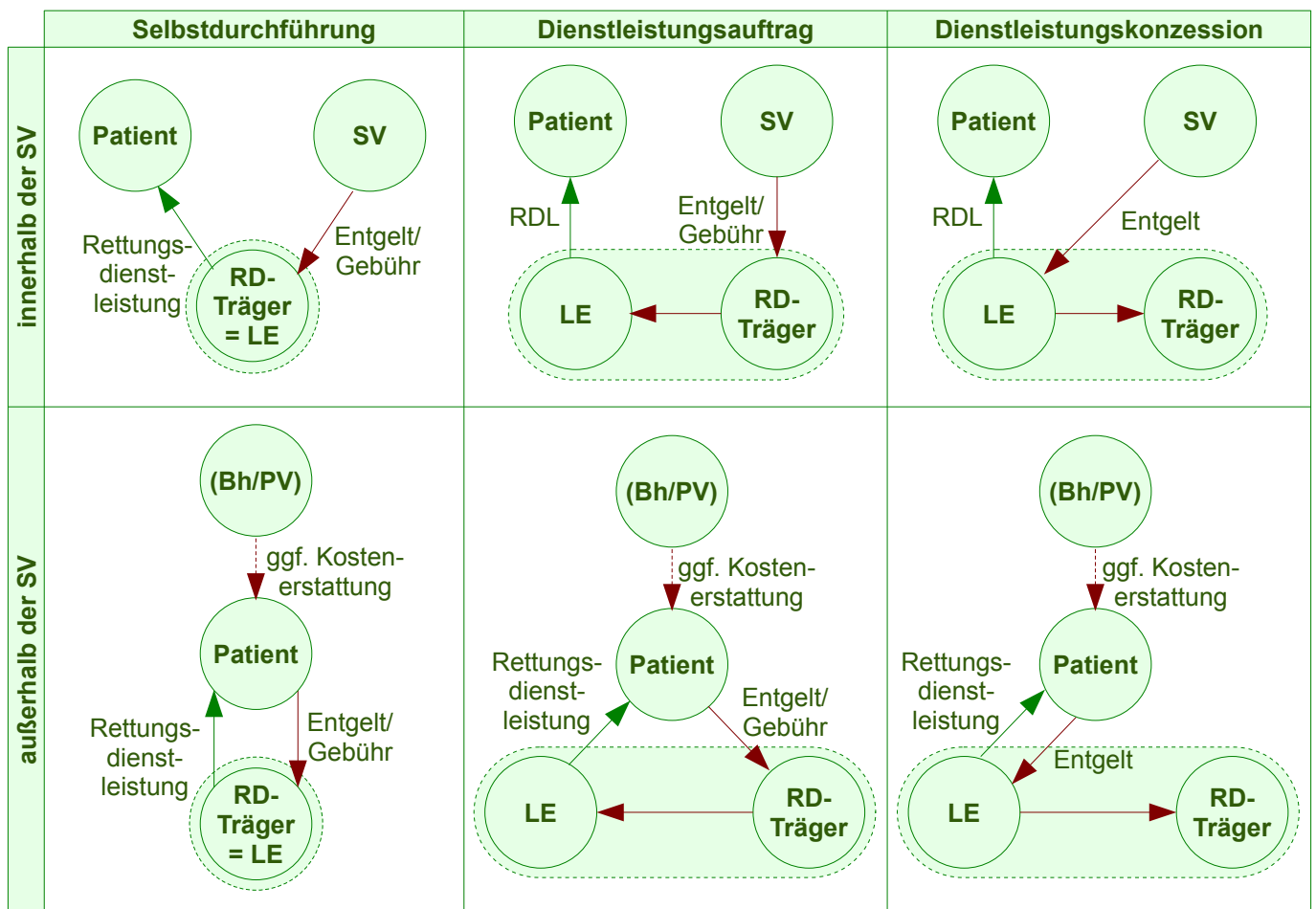
Das NRettdG enthält keine Regelungen zur Kostentragung außerhalb der Sozialversicherung; es gelten somit die allgemeinen Regelungen. Danach besteht im Bereich der Leistungsverwaltung grundsätzlich Wahlfreiheit, ob privatrechtliche Entgelte oder öffentlichrechtliche Gebühren erhoben werden. Die Entscheidung für das Vereinbarungsmodell und gegen das Gebührenmodell hat der Landesgesetzgeber nur für die Kostentragung innerhalb der Sozialversicherung getroffen. So können z.B. die nach § 15 Abs. 2 bzw. § 15a Abs. 2 NRettdG vereinbarten Entgelte einseitig auf die nicht sozialversicherten Personen erstreckt werden. Es können aber auch Gebühren erhoben werden, und zwar von kommunalen Rettungsdienstträgern nach § 5 NKAG und vom Land Niedersachsen als Träger der Luftrettung nach § 14 NVwKostG. Diese allgemeinen Gebührenregelungen sind auch einschlägig, solange eine Entgeltvereinbarung nicht zustande kommt, da § 16 NRettdG in diesem Fall zwar seinem Wortlaut nach anwendbar ist, er sich aber in systematischer Auslegung allein auf die Kostentragung innerhalb der Sozialversicherung bezieht. Auch außerhalb der Sozialversicherung ist allerdings zu beachten, dass ein Dritter, der vom Rettungsdienststräger per Dienstleistungskonzession mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt wurde, das Betriebsrisiko selbst trägt (siehe Rn 17) und nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können darf. In diesem Fall folgt also aus der vom Rettungsdienststräger gewählten Art der Beauftragung des Dritten eine Beschränkung auf die Erhebung privatrechtlicher Entgelte.

c) Insbesondere: Tragung der Kosten von Fehleinsätzen

Umstritten war und ist die Kostentragung von Fehleinsätzen, also solchen Einsätzen, bei denen der Rettungsdienst alarmiert wird, obwohl der Alarmierende weiß, dass kein medizinischer Notfall vorliegt (Notrufmissbrauch), sich ein vermeintlicher Notfall spätestens am Einsatzort – bei Notarztindikation gegebenenfalls erst nach dessen Eintreffen – als nicht gegeben herausstellt, so dass keine Hilfe geleistet werden braucht, einem Notfallpatienten keine Hilfe geleistet werden braucht, weil ihm bereits anderweitig geholfen wurde oder er bereits verstorben ist oder bei denen ein Notfallpatient die Hilfeleistung ablehnt (Behandlungsverweigerung, Transportverweigerung). Keine Fehleinsätze liegen hingegen vor, wenn für den Rettungsdienst von vornherein mit hinreichender Sicherheit zu erkennen war, dass kein Notfall (mehr) vorliegt (im Zweifel ist vom Vorliegen eines Notfalls auszugehen, siehe Rn 89); ebenso wenig in Fällen, in denen zur Absicherung laufender Polizei-, Feuerwehr- oder ähnlicher Einsätze mit erhöhter Notfallwahrscheinlichkeit präventiv Rettungsmittel

abgestellt werden, ohne dass es zu einem Notfalleinsatz kommt. Verallgemeinert sind Fehleinsätze alle Einsätze, bei denen aus objektiver Sicht ex ante (vgl. VG Bremen, Urteil vom 26.09.2002, Az. 2 K 820/01, juris Rn 27; VG Bremen, Urteil vom 15.03.2007, Az. 2 K 1962/06, juris Rn 54; VG Münster, Urteil vom 01.04.2008, Az. 7 K 800/07, juris Rn 20; VG Aachen, Urteil vom 07.09.2012, Az. 7 K 2347/11, juris Rn 12; VG Köln, Urteil vom 28.01.2022, Az. 22 K 3079/21, juris Rn 22; ebenso für Leistungen der Feuerwehr Nds. OVG, Urteil vom 19.03.2019, Az. 11 LC 161/17, juris Rn 32 f.; VG Stade, Urteil vom 25.06.2004, Az. 1 A 2424/03, juris Rn 16) von einem Notfall auszugehen war, letztlich aber keine Leistungen im Sinne von § 2 NRettDG (Behandlung, Transport) erbracht wurden. Die Kostenrelevanz resultiert daraus, dass Fehleinsätze Sach- und Personalkosten auslösen, die über reine Vorhaltekosten hinausgehen (z.B. Kraftstoffverbrauch durch An- und Abfahrt), ohne dass eine (Haupt-) Leistung erbracht wurde. Der Anteil solcher Fehleinsätze bei Notfalleinsätzen war im bundesweiten Durchschnitt zwar zuletzt gesunken, betrug aber noch immer etwas mehr als 7 %, wobei der Anteil in ländlichen Regionen geringer und in städtischen Regionen höher ausfiel (Bundesanstalt für Straßenwesen, Leistungen des Rettungsdienstes 2016/17, Bergisch Gladbach 2019, S. 25 ff.; BAST, Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13, Bergisch Gladbach 2015, S. 21 ff.). Es stellt sich die Frage, wer diese Fehleinsatzkosten zu tragen hat. Grundsätzlich ist eine konkret-individuelle Zurechnung und Kostentragung wünschenswert. Vertraglich kann die Tragung auch solcher Kosten vereinbart werden, in der Praxis erfolgt dies jedoch in aller Regel nicht. Das gilt auch für die Entgeltvereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern als Kostenträgern. Der Wortlaut der §§ 60 und 133 SGB V stellt allein auf einen Transport ab (und nicht auch auf eine Behandlung, womit er sogar hinter dem Wortlaut der Hauptleistungen nach Rettungsdienstrecht zurückbleibt, siehe auch Rn 7). Diese Katalogleistungen sind nicht über ihren Wortlaut hinaus teleologisch auf Fehleinsätze zu erweitern (so aber noch HessLSG, Urteil vom 20.03.2008, Az. L 1 KR 267/07, juris Rn 31 f.), sondern sind bewusst eng formuliert, wofür in systematischer Auslegung (Umkehrschluss) auch die weite Leistungsformulierung in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V spricht (BSG, Urteil vom 06.11.2008, Az. B 1 KR 38/07 R, juris Rn 14 f. und 22; BSG, Urteil vom 02.11.2007, Az. B 1 KR 4/07 R, juris Rn 12 f.). Angesichts dieser Rechtslage werden die Kostenträger kaum bereit sein, in den Entgeltvereinbarungen die Zahlung von Entgelten für Fehleinsätze zu vereinbaren. Eine konkret-individuelle Kostentragung kann jedoch über die Erhebung von Gebühren erreicht werden, und zwar auch für Fehleinsätze bei sozialversicherten Patienten, denn der Vorrang des Vereinbarungsmodells kann nur so weit reichen, wie der Leistungskatalog der Sozialversicherung bzw. die konkret getroffene Entgeltvereinbarung reicht – außerhalb dieses Bereiches ist eine Gleichbehandlung von Sozialversicherten und Nichtsozialversicherten nicht nur möglich, sondern geboten. Erforderlich ist eine entsprechende Rechtsgrundlage in Gestalt einer Satzung des kommunalen Trägers des bodengebundenen Rettungsdienstes bzw. einer Verordnung des Landes Niedersachsen als Träger des Luftrettungsdienstes. Diese muss hinreichend bestimmt oder bestimmbar den Gebührenschildner, den Gebührentatbestand und die Gebührenhöhe festlegen (§ 2 Abs. 1 S. 2 NKAG; § 14 Abs. 2 i.V.m. § 3 Abs. 1 NVwKostG), soweit dies nicht schon durch Kommunalabgabenrecht/Verwaltungskostenrecht (§ 5 NKAG; § 14 Abs. 1 NVwKostG) und Rettungsdienstrecht (§ 2 NRettDG) vorgegeben ist bzw. soweit diese Vorgaben nur Kernvorgaben darstellen, über die hinausgegangen werden kann und soll. Gebührenpflichtiger ist nach § 5 Abs. 6 S. 1 NKAG, wer die mit der öffentlichen Einrichtung gebotene Leistung – hier Rettungsdienstleistungen des öffentlichen Rettungsdienstes – in Anspruch nimmt. Diese Definition ist ebenso im Verwaltungskostenrecht gültig, wo sich keine eigene Legaldefinition findet. Genauer kann nach hier vertretener Auffassung Gebührenpflichtiger (Benutzer) nur sein, wer die Rettungsdienstleistung für sich selbst in Anspruch nimmt. So ist beispielsweise auch ein minderjähriger Patient selbst Benutzer und damit gebührenpflichtig; seinen gesetzlichen Vertretern obliegt lediglich die Pflicht zur Erfüllung seiner Gebührenpflicht (§ 11 Abs. 1 Nr. 2, lit. a NKAG i.V.m. § 34 Abs. 1 AO). Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme jedenfalls von Rettungsdienstleistungen kein entsprechendes Bewusstsein des Benutzers voraussetzt (vgl. OVG NW, Urteil vom 21.06.1983, Az. 2 A 2212/82; VG Bremen, Urteil vom 26.09.2002, Az. 2 K 820/01, juris Rn 29; VG Braunschweig, Urteil vom 23.05.2006, Az. 1 B 116/06, S. 4). Erst ein entgegenstehender Wille wäre mangels Benutzungszwangs insofern erheblich, als nach dessen Äußerung oder Bekanntwerden nur noch zwingend entstehende Kosten (z.B. Kraftstoffverbrauch für die Abfahrt) gefordert werden dürfen, sofern deren Gebührentatbestand zu diesem Zeitpunkt nicht bereits erfüllt ist (vgl. OVG NW, Urteil vom 21.06.1983, Az. 2 A 2212/82; OVG SH, Beschl. vom 04.11.1998, Az. 2 L 41/98, juris Rn 9). Patientenverfügungen (§ 1827 Abs. 1 S. 1 BGB) wird allerdings häufig kein entgegenstehender Wille entnommen werden können, da das Rettungsdienstpersonal in der Regel weder vor noch während einer Notfallbehandlung die Zeit hat, um anhand der Patientenverfügung nachzuprüfen, ob der Patient in der jeweiligen Notfallsituation nicht gerettet werden möchte und es sich diese Zeit auch nicht nehmen kann, zumal dies zulasten der Überlebens- und Heilungschancen auch derjenigen Patienten ginge, bei denen dann keine Ablehnung der Rettungsmaßnahmen festzustellen wäre (vgl. auch KG Berlin, Urteil vom 20.02.2023, Az. 20 U 105/22, juris Rn 39). Der eigentliche Gestaltungsspielraum zur Miteinbeziehung der Leistungen von Fehleinsätzen besteht bei der Festlegung der gebührenpflichtigen Leistung. Hier kann über die Inanspruchnahme der in § 2 NRettDG erwähnten (Haupt-) Leistungen Behandlung und Transport hinaus bereits die Alarmierung oder sonstige Einsatzveranlassung als gebührenauslösender Tatbestand der Inanspruchnahme vorgesehen werden. Angeknüpft werden kann dabei nur an Rettungsdienstleistungen.

Nicht dazu gehören etwa Todesbescheinigungen (siehe Rn 47) und Behandlungs- oder Transportleistungen für Patienten, die ex ante als keine Notfallpatienten im Sinne von § 2 Abs. 2 NRettdG zu erkennen waren. Der Gebührenmaßstab als sachlicher Anknüpfungspunkt für die Gebührenhöhe schließlich muss zur Bemessung der gebührenpflichtigen Leistung tauglich sein. Geeignet zur Bemessung von (Fehl-) Einsatzkosten kann insbesondere die Anzahl der im Einsatz gefahrenen Kilometer (des jeweiligen Rettungsmittels mit seiner jeweiligen Besatzung) sein. Die Erhebung einer Grundgebühr (§ 5 Abs. 4 NKAG; im NVwKostG nicht normiert) zur Abgeltung von Vorhaltekosten ist auch im Bereich des Rettungsdienstes zulässig (Nds. OVG, Urteil vom 07.11.1997, Az. 7 L 7458/95, juris Rn 2). Falls und soweit die Kosten von Fehleinsätzen generell nicht konkret-individuell im Gebührenwege zugeordnet werden – der Satzungsgeber sowie der Ordnungsgeber haben ein Gebührenerhebungsersparnis, in dessen Rahmen sie beispielsweise berücksichtigen können, dass Gebühren prohibitiv wirken und von der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes abhalten können (§ 5 Abs. 1 S. 3 NKAG und § 111 Abs. 5 S. 2 i.V.m. S. 1, Nr. 1 NkomVG; § 14 Abs. 1 NVwKostG) – oder sie im Einzelfall nicht zugeordnet werden können, dürfen sie nicht über eine Miteinbeziehung in die Kostenkalkulation auf alle (zukünftigen) Benutzer des Rettungsdienstes bzw. deren Versicherungen umgelegt werden (vgl. OVG NW, Urteil vom 18.08.1993, Az. 9 A 2239/91, juris Rn 10; OVG SH, Urteil vom 23.02.2000, Az. 2 K 20/97, juris Rn 32 bis 34; OVG Bln-Bbg, Urteil vom 30.06.2016, Az. 1 B 2.12, juris Rn 308, 310 und 318). Die Kosten von Fehleinsätzen fallen dann – jedenfalls bei Durchführung des Rettungsdienstes durch den Rettungsdienststräger selbst – der Allgemeinheit in Gestalt der Einwohner des jeweiligen Rettungsdienstbereiches zur Last.



Abkürzungen: SV = Sozialversicherung
PV = Privatversicherung

Bh = Beihilfe
LE = Leistungserbringer

RD = Rettungsdienst
RDL = Rettungsdienstleistung

6. Rechtsverhältnisse bei Ausübung des Rettungsdienstes

Im NRettdG nicht ausdrücklich geregelt sind die Rechtsbeziehungen bei Ausübung des Rettungsdienstes und ihre Rechtsnatur, konkret die rechtlichen Verhältnisse in Bezug auf Behandlung und Transport von Patienten, Material oder Personal entsprechend dem rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrag aus § 2 i.V.m. § 4 Abs. 2 NRettdG. Von diesen Rettungsdienstleistungen abzugrenzen sind die nur mittelbar der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dienenden Hilfsgeschäfte. 85

Die Rettungsdienste in Niedersachsen sind nichtrechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (siehe Rn 16); handelndes Rechtssubjekt ist der jeweilige öffentlichrechtliche (Aufgaben-) Träger des Rettungsdienstes (originär gemäß § 3 Abs. 1 NRettdG; derivativ gemäß § 2 Abs. 1 S. 1, Nr. 1 NKomZG) als Rechtsträger der Anstalt, in dessen Namen auch etwaige nach § 5 NRettdG Beauftragte handeln – außer bei der Erhebung von Entgelten durch einen per Dienstleistungskonzession Beauftragten, der dabei im eigenen Namen handelt (§ 5 Abs. 2 S. 3 und § 15a Abs. 2 S. 4). Der Sicherstellungsauftrag als externer Anstaltszweck, der sich in der Erbringung von Rettungsdienstleistungen aktualisiert, bezieht sich auf die Patienten, die Benutzer der öffentlichen Anstalt sind. Diese sind regelmäßig das weitere Rechtssubjekt, zu dem die rettungsdienstrechtliche Beziehung besteht. 86

Der rettungsdienstliche Sicherstellungsauftrag ist als Aufgabe der Gesundheitsfürsorge eine Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips aus Art. 20 Abs. 1 GG (vgl. BVerfGE 44, 353, Beschl. vom 24.05.1977, Az. 2 BvR 988/75, juris Rn 69) und zugleich eine Aufgabe der Gefahrenabwehr (siehe Rn 88); es handelt sich beim Rettungsdienst nicht um Eingriffs-, sondern um Leistungsverwaltung. Die Erbringung der Rettungsdienstleistungen bedarf daher grundsätzlich keiner über die Aufgabennorm des § 2 NRettdG hinausgehenden gesetzlichen Eingriffs- bzw. Befugnisnorm, wie sie der materielle grundrechtliche Gesetzesvorbehalt und der aus dem Rechtsstaatsprinzip folgende formelle Vorbehalt des Gesetzes für Eingriffe des Staates und seiner Verwaltung voraussetzen (Ausnahme ist die Datenverarbeitung auf Grundlage von § 11 NRettdG, die teilweise der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dient, siehe Rn 63); gegenüber Dritten muss mangels rettungsdienstlicher Befugnisse – auch die Sonderrechte und das Wegerecht nach §§ 35, 38 StVO sind keine hoheitlichen Befugnisse (BGHZ 118, 304, Urteil vom 04.06.1992, Az. III ZR 93/91, juris Rn 11; BGHZ 63, 327, Urteil vom 17.12.1974, Az. VI ZR 207/73, juris Rn 7) – gegebenenfalls auf andere Behörden wie die Polizei zurückgegriffen werden, etwa bei Behinderung von Einsätzen, § 17 Abs. 1 NPOG. Da es sich bei den Rettungsdienstleistungen nicht um Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (§ 68 SGB I) handelt, unterliegen sie auch nicht dem Vorbehalt des Gesetzes nach § 31 SGB I, wenngleich die bestehende Gesetzeslage diesem Vorbehalt genügen würde. Vielmehr kommt den öffentlichrechtlichen Trägern des Rettungsdienstes bei der Erfüllung des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrages grundsätzlich Organisationshoheit zu (für die kommunalen Träger folgt dies auch aus der in Art. 28 Abs. 2 S. 2 und 1 GG, Art. 57 Abs. 1 der Niedersächsischen Verfassung und § 1 Abs. 1 NKomVG normierten Selbstverwaltungsgarantie); herleitungsbedürftige Ausnahme im Rahmen der Leistungsverwaltung ist die Begrenzung dieser Organisationsfreiheit. 87

a) Rettungsdienstleistungspflicht und Benutzungsberechtigung

Die Antwort auf die Frage, ob der Rettungsdienststräger im Einzelfall zur Rettungsdienstleistung verpflichtet ist und der Patient zur Benutzung des Rettungsdienstes berechtigt ist, er mithin einen Anspruch auf Rettungsdienstleistung hat, ist grundrechtlich (und damit öffentlichrechtlich) vorgegeben und zu bejahen: Für Notfallrettungseinsätze und Notfalltransporteinsätze einschließlich solcher bei Großschadensereignissen (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nrn. 1 und 2 NRettdG), Intensiv(verlegungs)transporte (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nr. 3) und Transporte von medizinischen Gütern oder Personal (§ 2 Abs. 2 S. 2) – also für Einsätze, die der Versorgung lebensbedrohlich oder ähnlich schwer Verletzter oder Erkrankter dienen –, folgt dies aus der Bindung aller Hoheitsgewalt an das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 1 Abs. 3 GG i.V.m. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), konkretisiert durch den Sicherstellungsauftrag des § 2 NRettdG, sowie aus dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) i.V.m. der Verwaltungspraxis des Rettungsdienststrägers. Für qualifizierte Krankentransporte (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nr. 4 NRettdG) folgt die Pflicht ebenfalls aus dem Sicherstellungsauftrag, der entweder durch dieselben Grundrechte oder zumindest durch Art. 2 Abs. 1 GG zu einem Anspruch des Patienten subjektiviert wird. Da es sich bei den anspruchsbegründenden Grundrechten um Jedermann- bzw. Menschenrechte handelt, setzt der Anspruch nicht voraus, dass der Patient Angehöriger des Landes Niedersachsen oder Einwohner der betreffenden Kommune ist; letztere sind zwar auch nach § 30 Abs. 1 NKomVG zur Benutzung des öffentlichen Rettungsdienstes des kommunalen Rettungsdienststrägers berechtigt, was aber nicht etwa im Umkehrschluss andere ausschließt oder auch nur ein Vorrangverhältnis ihnen gegenüber begründet. Dementsprechend bezieht sich der Sicherstellungsauftrag in § 2 Abs. 1 S. 1 NRettdG ohne Unterscheidung auf die gesamte Bevölkerung. Bei alledem ist der Anspruch auf die Behandlung und den Transport als Tätigkeit gerichtet, nicht aber auf einen Behandlungserfolg. In gewisser Parallele dazu sind privatrechtliche Behandlungsverträge grundsätzlich Dienstverträge und nur ausnahmsweise Werkverträge (§ 630a Abs. 1 und § 630b BGB; BT-Drs. 17/10488 vom 15.08.2012, S. 17). Auch ein bestimmter Transporterfolg ist – jedenfalls in der Notfallrettung – nicht geschuldet. 88

Aufgrund der Grundrechtsbindung durch Art. 1 Abs. 3 GG könnte sich ein öffentlichrechtlicher Aufgabenträger des Rettungsdienstes selbst durch Übertragung der öffentlichen Aufgabe des Rettungsdienstes auf einen privatrechtlichen Träger (Aufgabenprivatisierung) nicht dem öffentlichrechtlichen (Gewähr-) Leistungsanspruch entziehen (keine „Flucht ins Privatrecht“); für die kommunalen Aufgabenträger ist in Niedersachsen aber bereits eine solche Aufgabenübertragung ausdrücklich ausgeschlossen (siehe Rn 19). Auch die Ausschöpfung der tatsächlichen Kapazitäten des jeweiligen Rettungsdienstes bzw. Rettungsdienstbereiches (§ 6 Abs. 3 S. 3 NRettdG) kann nicht zu einem Ausschluss des Rettungsdienstleistungsanspruchs führen, sondern allenfalls zu einer Priorisierung der Leistungserbringung (vgl. KG Berlin, Beschl. vom 20.03.2017, Az. 20 U 147/16, juris Rn 15), hinsichtlich der dann ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Priorisierung besteht. Ohnehin ist in Erfüllung der objektivrechtlichen Pflicht zum Grundrechtsschutz durch Organisation und Verfahren in Bezug auf das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (BVerwGE 101, 1, Urteil vom 21.03.1996, Az. 4 C 9.95, juris Rn 36; BVerfGE 161, 299, Beschl. vom 27.04.2022, Az. 1 BvR 2649/21, juris Rn 155; BVerfGE 53, 30, Beschl. vom 20.12.1979, Az. 1 BvR 385/77, juris Rn 52 f.; ferner BVerfGE 51, 324, Beschl. vom 19.06.1979, Az. 2 BvR 1060/78, juris Rn 73 f.) schon im Vorfeld durch entsprechende Rettungsdienstbedarfsplanung sowie Einsatzorganisation unter Einbeziehung benachbarter kommunaler Rettungsdienststräger die Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen sicherzustellen. Zwar ist ein Rettungsdienststräger grundsätzlich nur für die Sicherstellung in seinem Rettungsdienstbereich zuständig (§ 4 Abs. 2 S. 1 NRettdG), doch sollen benachbarte kommunale Rettungsdienststräger zusammenarbeiten, wenn dies der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dient (§ 4 Abs. 2 S. 2 und Abs. 3 S. 2), was schon bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen ist (§ 2 Abs. 2 BedarfVO-RettD). Zudem ist bei der Planung für die Bemessung des Bedarfs an vorzuhaltenden Notfallkapazitäten die Spitzenbelastung an Notfallaufkommen zugrunde zu legen (§ 5 Abs. 1 S. 2). Fehlplanungen bzw. Organisationsfehler können zu einem Amtshaftungsanspruch führen (siehe Rn 95/1). Bei missbräuchlicher Beanspruchung des Rettungsdienstes (vgl. § 145 Abs. 1 StGB für die Notfallrettung) besteht kein Leistungsanspruch, doch wird sich dies in der Praxis kaum je im Vorhinein feststellen lassen. An die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts sind um so geringere Anforderungen zu stellen, je höher das bedrohte Rechtsgut ist und je schwerer der möglicherweise daran eintretende Schaden ist (vgl. zur Eingriffsverwaltung BVerwGE 45, 51, Urteil vom 26.02.1974, Az. I C 31.72, juris Rn 41), und bei Leben und Gesundheit von Menschen handelt es sich um hohe Rechtsgüter, deren Schädigungen irreversibel sein können. Selbst bisherige missbräuchliche Inanspruchnahmen lassen nicht darauf schließen, dass auch aktuell kein Notfall vorliegt. Eine Ablehnung im Einzelfall oder ein längerfristiges oder sogar dauerhaftes Benutzungsverbot – das als *actus contrarius* zur öffentlichrechtlichen Benutzungsberechtigung seinerseits öffentlichrechtlicher Natur wäre und das seine Rechtsgrundlage mangels Befugnisnorm im Anstaltszweck hätte (vgl. OVG Bremen, Beschl. vom 26.02.2021, Az. 1 B 440/20, juris Rn 17; OVG Bln-Bbg, Urteil vom 26.10.2010, Az. 10 B 2.10, juris Rn 56; OVG NW, Urteil vom 14.10.1988, Az. 15 A 188/86, juris Rn 7) – wird nur in Bezug auf qualifizierten Krankentransport in Betracht kommen.

Eine über das Benutzungsrecht hinausgehende Benutzungspflicht im Sinne einer Zwangsbehandlung besteht nicht; die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ist grundsätzlich freiwillig, so dass Behandlung und Transport verweigert werden können. Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Patienten kommen nur in Betracht, wenn der Patient unter Betreuung steht und die Einwilligung des Betreuers samt Genehmigung des Betreuungsgerichts vorliegt (§ 1832 BGB) oder er einer Zwangsbehandlung nach dem Nds. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (§§ 21b, 21a NPsychKG) zugeführt wurde. Dem Anschluss- und Benutzungszwang bei anderen öffentlichen Einrichtungen vergleichbar ist allein der Umstand, dass der Rettungsdienststräger in seinem Rettungsdienstbereich nach § 5 Abs. 3 NRettdG grundsätzlich ein Verwaltungsmonopol hat (siehe Rn 20). Die Benutzer können also hinsichtlich der Notfallrettung nicht und hinsichtlich des qualifizierten Krankentransports grundsätzlich nicht zwischen verschiedenen Rettungsdienstleistungserbringern bzw. Rettungsdienststrägern (anders als die Vertragsärzte als Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der Sozialversicherung, die gegenüber dem Patienten im eigenen Namen handeln, handeln vom Rettungsdienststräger mit der Leistungserbringung Beauftragte grundsätzlich im Namen des Rettungsdienststrägers, so dass nach außen gegenüber dem Patienten nicht zwischen Rettungsdienststräger und Leistungserbringer zu unterscheiden ist) frei wählen. Diese Einschränkung der aus Art. 2 Abs. 1 GG folgenden allgemeinen Handlungsfreiheit der Benutzer durch das NRettdG ist verhältnismäßig und insgesamt gerechtfertigt, da mit der Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung der wirksame Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung und damit eines überragend wichtigen Gemeinschaftsgutes bezweckt wird, der dabei gewählte Ausschluss privater Wettbewerber von der Notfallrettung, die im freien Wettbewerb eine nicht ebenso effektive und bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen könnten, von der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers gedeckt ist (vgl. BVerfGE 126, 112, Beschl. vom 08.06.2010, Az. 1 BvR 2011/07 und 1 BvR 2959/07, juris Rn 95 f.; BVerwGE 97, 79, Urteil vom 03.11.1994, Az. 3 C 17.92, juris Rn 30 f.) und eine Versorgung durch öffentlichrechtliche Rettungsdienststräger aus einem anderen Rettungsdienstbereich regelmäßig nicht bedarfsgerecht wäre. Die organisatorische Miteinbeziehung des qualifizierten Krankentransports in den öffentlichen Rettungsdienst, wobei Dritte außerhalb des Rettungsdienstes zum qua-

89

90

lizierten Krankentransport zugelassen werden können, bezweckt außer dem Schutz von Leben und Gesundheit auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems (siehe Rn 12).

b) Ausgestaltung des Leistungsverhältnisses

Obwohl die Organisationsform des Rettungsdienstträgers gesetzlich auf einen öffentlichrechtlichen Träger beschränkt ist und sich das „Ob“ der Erbringung der Rettungsdienstleistung nach öffentlichem Recht bemisst (siehe Rn 86 und 88), verbleibt dem Rettungsdienstträger bezüglich der Ausgestaltung des Benutzungsverhältnisses Organisationsfreiheit (vgl. BVerfG, Beschl. vom 05.03.1997, Az. 1 BvR 1071/95, juris Rn 9; Nds. OVG, Beschl. vom 05.11.2021, Az. 13 PA 446/21, juris Rn 3); insbesondere gibt es keine normativen Vorgaben zur Ausgestaltung der Leistungsseite des Benutzungsverhältnisses. In Bezug auf das „Wie“ der Erbringung der Rettungsdienstleistung hat der Rettungsdienstträger daher Wahlfreiheit, ob er die Leistung in öffentlichrechtlicher oder privatrechtlicher Weise erbringt (vgl. BVerwGE 123, 159, Urteil vom 06.04.2005, Az. 8 CN 1.04, juris Rn 27; BVerwG, Beschl. vom 29.05.1990, Az. 7 B 30.90, juris Rn 4; BGH, Urteil vom 03.11.1983, Az. III ZR 227/82, juris Rn 10; OVG Lüneburg für Schl.-H., Urteil vom 26.08.1976, Az. III A 137/74). Aufgrund des öffentlichrechtlichen Sicherstellungsauftrags aus § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 4 Abs. 2 S. 1 NRettDG, der öffentlichrechtlichen Rechtsträgerschaft und des öffentlichrechtlichen Leistungsanspruchs ist im Zweifel von einer öffentlichrechtlichen Leistungserbringung auszugehen (vgl. OVG RP, Beschl. vom 12.06.2019, Az. 10 B 10515/19, juris Rn 6; VGH BW, Beschl. vom 08.05.1978, Az. I 1383/75; BGHZ 63, 119, Urteil vom 24.10.1974, Az. VII ZR 80/73, juris Rn 10; ferner BGHZ 153, 268, Urteil vom 09.01.2003, Az. III ZR 217/01, juris Rn 13; BGH, Urteil vom 24.05.1973, Az. III ZR 178/70, juris Rn 12 f.), konkret von einseitig-hoheitlichem Vorgehen, das sich mangels Zwangsmaßnahmen und entsprechender Befugnisnormen (siehe Rn 87) als schlicht-hoheitliches Handeln darstellt. Rechtlicher Rahmen dieser Leistungserbringung ist die (öffentlichrechtliche) Geschäftsführung ohne Auftrag analog §§ 677 ff. BGB; einem öffentlichrechtlichen Behandlungsvertrag analog § 630a BGB stünde das auch für koordinationsrechtliche Verträge geltende Schriftformerfordernis des § 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m. § 57 VwVfG entgegen, dessen Nichteinhaltung gemäß § 59 Abs. 1 VwVfG i.V.m. § 125 Satz 1 BGB die Nichtigkeit des Vertrages bedeuten würde. Bei privatrechtlicher Leistungserbringung kommt demgegenüber ein vorrangiges Vertragsverhältnis in Gestalt eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages nach § 630a BGB in Betracht. Allerdings kann bei nicht mehr zur Willensbildung fähigen Patienten durch diese kein Vertragsschluss zustande kommen und für einen Behandlungsvertrag zugunsten Dritter bzw. zugunsten des Patienten durch einen Dritten kann vor dem Hintergrund der aus § 323c Abs. 1 StGB folgenden Hilfeleistungspflicht des Dritten dessen Rechtsbindungswille und damit ebenfalls der Abschluss eines Vertrages zweifelhaft sein. Zudem ist auf Seiten des Rettungsdienstträgers ein Vertragsbindungswille im Zweifel zu verneinen (vgl. OLG Braunschweig, Beschl. vom 24.08.2020, Az. 9 U 27/20, juris Rn 30). Ohne Vertrag aber ist auch bei privatrechtlicher Leistungserbringung die Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß §§ 677 ff. BGB der maßgebliche Rechtsrahmen. In der tatsächlichen Übernahme eines Patienten bzw. seiner Behandlung oder seines Transports liegt die tatsächliche Übernahme der Geschäftsbesorgung im Sinne des § 677 BGB. Bei dieser Geschäftsbesorgung handelt es sich vor dem Hintergrund der Rettungsdienstleistungspflicht zwar um ein eigenes Geschäft des Rettungsdienstträgers, aber zugleich auch um das Geschäft des Patienten, in dessen Interesse die Behandlung oder der Transport liegt. Der zur Abgrenzung von der Eigengeschäftsführung nach § 687 BGB erforderliche Fremdgeschäftsführungswille wurde bei solchen auch-fremden Geschäften nach der älteren Rechtsprechung widerleglich vermutet (BGHZ 40, 28, Urteil vom 20.06.1963, Az. VII ZR 263/61, juris Rn 12 bis 14); nach neuerer Rechtsprechung hingegen müsste der Fremdgeschäftsführungswille wie bei objektiv neutralen Geschäften nach außen in Erscheinung treten (Nds. OVG, Urteil vom 06.04.2018, Az. 11 LC 21/17, juris Rn 38). Allerdings gibt es zwischen der Erfüllung des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrages zur Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen einerseits und der Behandlung oder dem Transport eines individuellen Patienten im konkreten Fall andererseits einen qualitativen Unterschied. Denn die Entscheidung über das „Ob“ einer Behandlung sowie einzelne Behandlungsmaßnahmen liegt gemäß dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, bei Eingriffen in die körperliche Integrität verstärkt durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, grundsätzlich beim Patienten (vgl. BVerfG, Beschl. vom 08.06.2021, Az. 2 BvR 1866/17 und 1314/18, juris Rn 71; BGHZ 106, 391, Urteil vom 14.02.1989, Az. VI ZR 65/88, juris Rn 19). Die konkret-individuelle Patientenversorgung betrifft folglich einen fremden Rechts- und Interessenkreis und ist damit ein objektiv fremdes Geschäft. Bei solchen wird der Fremdgeschäftsführungswille nach wie vor widerleglich vermutet (Nds. OVG, Urteil vom 06.04.2018, Az. 11 LC 21/17, juris Rn 37; BGH, Urteil vom 02.11.2006, Az. III ZR 274/05, juris Rn 15). Ohne Auftrag des Patienten ist der Rettungsdienstträger mangels Befugnisnorm schließlich auch nicht zur Geschäftsbesorgung berechtigt und sind die Voraussetzungen der Geschäftsführung ohne Auftrag nach alledem gegeben. Was einzelne invasive Behandlungsmaßnahmen wie die Punktion betrifft, so finden tatsächlich geäußelter und mutmaßlicher Wille des Patienten über § 677 BGB bzw. dessen öffentlichrechtliches Analogon ebenso gut Berücksichtigung wie über § 630d BGB; Obliegenheiten des Behandlenden wie (Selbstbestimmungs-) Aufklärung und Dokumentation samt Vermutungsregelung und Beweislastumkehr galten schon vor und damit unabhängig von der erst im Jahr 2013 erfolgten Kodifikation des Behandlungsvertrages (BGHZ 29, 176, Urteil

vom 16.01.1959, Az. VI ZR 179/57, juris Rn 16; BGH, Urteil vom 28.02.1984, Az. VI ZR 70/82, juris Rn 14; BGHZ 129, 6, Urteil vom 14.02.1995, Az. VI ZR 272/93, juris Rn 13; BGH, Urteil vom 06.07.1999, Az. VI ZR 290/98, juris Rn 13). Auch die fehlende analoge Anwendbarkeit der Haftungsbeschränkung des § 680 BGB auf professionelle Nothelfer wie Rettungsdienstpersonal, das in Ausübung des öffentlichen Amtes zur Abwehr einer medizinischen Gefahr handelt, ist mittlerweile höchststrichterlich geklärt (BGHZ 219, 77, Urteil vom 14.06.2018, Az. III ZR 54/17, juris Rn 49 bis 56). Nicht gegen eine öffentlichrechtliche Leistungserbringung spricht schließlich, dass die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte auch im Rahmen des Versorgungsauftrages und damit innerhalb der Sozialversicherung mit den sozialversicherten Patienten privatrechtliche Behandlungsverträge schließen (vgl. § 76 Abs. 4 SGB V; BT-Drs. 17/10488 vom 15.08.2012, S. 18 f.). Denn gegenüber den Patienten handeln sie nicht im Namen des öffentlichrechtlichen Aufgabenträgers, sondern im eigenen Namen, während die Leistungserbringer im Rettungsdienst – sofern der öffentlichrechtliche Träger die Leistung nicht ohnehin selbst erbringt – die Rettungsdienstleistung immer im Namen des Rettungsdienstträgers erbringen.

	Rechtsnatur, Rechtsrahmen		Handlungsmöglichkeit
Einsatzhandlungen ggü. Patienten	wahlweise ör / pr; im Zweifel ör	falls ör: schlicht-hoheitlich, GoA falls pr: vorrangig Vertrag, sonst GoA	freiwillig-kooperativ, auch bei ör Handeln nicht zwangsweise
Einsatzhandlungen ggü. Dritten	fraglich, ob wegen des Charakters des RD als öffentliche Aufgabe (§ 1 Abs. 1 NRettdG) und der Eigenschaft der Aufgabenträger als ör Rechtspersonen immer ör oder ob die gewählte Ausgestaltung des Benutzungsverhältnisses (ör / pr) auch ggü. Nichtbenutzern zum Tragen kommt		ausnahmsweise einseitig-autoritativ (Gebrauchmachen vom Wege-recht nach § 38 Abs. 1 StVO), sonst informatorisch (§ 38 Abs. 2 StVO) oder freiwillig-kooperativ

Abkürzungen: ör = öffentlichrechtlich
pr = privatrechtlich

GoA = Geschäftsführung ohne Auftrag
RD = Rettungsdienst

91a

c) Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses

Die Gegenleistung für die Rettungsdienstleistung dient schon nicht mehr unmittelbar der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages, ist aber gleichwohl kein bloßes Hilfsgeschäft, sondern steht in engem Zusammenhang mit der Leistung und hat ebenfalls zentrale Bedeutung. Die Organisationsfreiheit des Rettungsdienstträgers bei der Ausgestaltung des Benutzungsverhältnisses kommt grundsätzlich auch auf der Gegenleistungsseite des Benutzungsverhältnisses zum Tragen und läuft auf die Wahl zwischen privatrechtlichem Entgelt und öffentlichrechtlicher Gebühr hinaus; sie kann aber durch gesetzliche Vorgaben oder durch die vom Rettungsdienstträger gewählte Ausgestaltung der Leistungsseite eingeschränkt sein (vgl. LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 29). Die wichtigste Beschränkung der Organisationsfreiheit auf der Gegenleistungsseite ergibt sich daraus, dass der Gesetzgeber für die Leistungsfälle innerhalb der Sozialversicherung, die zahlenmäßig weit überwiegen, den Vorrang des (Entgelt-) Vereinbarungsmodells vor dem Gebührenmodell bestimmt hat (siehe Rn 75 und 79); die Gegenleistungsabwicklung findet in diesen Fällen regelmäßig nicht mit dem Patienten als Benutzer bzw. Leistungsempfänger, sondern mit dem jeweiligen Sozialversicherungsträger als Kostenträger statt. Das Vereinbarungsmodell schließt somit neben einer Gebührenforderung auch die Forderung eines privatrechtlichen Entgelts vom Patienten aus; bei einem eigentlich synallagmatischen Vertragsverhältnis entfällt durch die Kostentragungspflicht des Sozialversicherungsträgers die Gegenleistungspflicht des sozialversicherten Patienten. Dies galt schon vor der Kodifikation des Behandlungsvertrages (BGHZ 89, 250, Urteil vom 10.01.1984, Az. VI ZR 297/81, juris Rn 17; BSGE 70, 20, Urteil vom 21.11.1991, Az. 3 RK 32/89, juris Rn 17) und wurde bei dessen Kodifikation durch § 630a Abs. 1, letzter Hs. BGB beibehalten (BT-Drs. 17/10488 vom 15.08.2012, S. 19). Auch bei nichtsynallagmatischen Schuldverhältnissen wie der Geschäftsführung ohne Auftrag entfällt eine Zahlungspflicht des Patienten durch die Kostentragungspflicht seines Sozialversicherungsträgers (BGHZ 140, 102, Urteil vom 26.11.1998, Az. III ZR 223/97, juris Rn 20).

Für die anteilig wenigen Leistungsfälle außerhalb des Vereinbarungsmodells gilt: Falls die Rettungsdienstleistung auf vertraglicher Grundlage erbracht wird, stehen Leistungserbringer und Patient zueinander im Gleichordnungsverhältnis und Leistung und Gegenleistung im Synallagma; bei einem privatrechtlichen Behandlungs- oder auch Beförderungsvertrag verbleibt daher regelmäßig kein Raum für eine öffentlichrechtliche Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses, insbesondere nicht für eine solche, bei der Leistungserbringer und Patient im Über-Unterordnungsverhältnis zueinander stehen (vgl. BVerwGE 50, 171, Urteil vom 13.02.1976, Az. IV C 44.74, juris Rn 28; BVerwGE 59, 60, Urteil vom 26.10.1979, Az. VII C 106.77, juris Rn 15). Eine Erhebung öffentlichrechtlicher Gebühren kommt dann nur in Betracht, wenn es eine Rechtsgrundlage nicht nur allgemein für die Erhebung von Gebühren gibt, sondern speziell für deren Erhebung trotz vertraglich geregelten Leistungsverhältnisses (vgl. BVerwGE 89, 345, Urteil vom 24.01.1992, Az. 3 C 33.86, juris Rn 129 und 131). Eine dergestalt vorrangige Rechtsgrundlage könnte § 16 NRettdG sein, wonach Gebühren nach den allgemeinen Vorschriften erhoben werden können, solange eine Entgeltvereinbarung nach § 15 nicht zustande kommt. Zwar dient die Möglichkeit nach § 16 dazu, Finanzierungslücken vor dem Abschluss der Entgeltvereinbarung vermeiden zu können (LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 12); der Gesetzgeber bezweckte also eine Ausnahme von der für Leistungsfälle innerhalb der Sozialversicherung geltenden Regel, dass die

92/1

92/2

Kosten durch die Sozialversicherungsträger getragen werden, nicht hingegen eine Ausnahme von den Konsequenzen der eigenen Vorentscheidung des Rettungsdienststrägers für eine vertragliche Ausgestaltung der Leistungsseite des Benutzungsverhältnisses. Gleichwohl erscheint die organisationsfreiheitserweiternde Auslegung zumindest vertretbar; vor dem Zustandekommen einer Entgeltvereinbarung bestünde dann Wahlfreiheit, ob von den Patienten privatrechtliche Entgelte oder öffentlichrechtliche Gebühren erhoben werden. Für die organisationsfreiheitseinschränkende Auslegung, dass nur Gebühren, aber keine privatrechtlichen Entgelte möglich sein sollen, ist den Gesetzgebungsmaterialien nichts zu entnehmen. Allerdings ist der Anwendungsbereich von § 16 nicht nur auf sozialversicherte Patienten beschränkt, sondern durch die Inbezugnahme von § 15 letztlich zusätzlich auf die Durchführung des Rettungsdienstes durch den Rettungsdienstträger selbst oder durch einen von ihm per Dienstleistungsauftrag Beauftragten (siehe Rn 77). Bei Leistungserbringung auf privatvertraglicher Grundlage außerhalb der Sozialversicherung ist auch das Gegenleistungsverhältnis zwingend privatrechtlich, da es für Leistungsfälle außerhalb der Sozialversicherung keine spezielle Rechtsgrundlage für die Erhebung von Gebühren oder eine Gebührenerhebung nach den allgemeinen Vorschriften gibt und die allgemeinen Gebührenregelungen ohne speziellen Anwendungsbefehl nicht über die Wahl eines vertraglichen Benutzungsverhältnisses hinweghelfen können (siehe oben). Und bei Leistungserbringung auf privatvertraglicher Grundlage innerhalb der Sozialversicherung durch einen per Dienstleistungskonzession Beauftragten trägt der beauftragte Leistungserbringer das Betriebsrisiko selbst und darf nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können, weshalb in diesen Fällen schon aus der vom Rettungsdienstträger gewählten Art der Beauftragung eine Beschränkung der möglichen Gegenleistungen auf ein privatrechtliches Entgelt folgt (siehe Rn 83). Falls die Rettungsdienstleistung demgegenüber einseitig-hoheitlich erbracht wird, kommen alternativ sowohl die Forderung eines privatrechtlichen Entgelts, als auch die Erhebung einer öffentlichrechtlichen Gebühr in Betracht; die Rechtsnatur der Gefahrenabwehrleistung determiniert nicht die Rechtsnatur der fiskalischen Gegenleistung (vgl. OVG Lüneburg für Schl.-H., Urteil vom 26.08.1976, Az. III A 137/74). Vorzugswürdig erscheint bei dieser Wahlmöglichkeit die Erhebung von Gebühren. Denn während bei Nichtzahlung privatrechtlicher Entgeltforderungen trotz Rechnungstellung der Gläubiger aktiv werden und bei Gericht einen Antrag auf Erlass eines Mahnbescheides stellen oder im gerichtlichen Erkenntnisverfahren einen Vollstreckungstitel erwirken und gegebenenfalls im gerichtlichen Vollstreckungsverfahren durchsetzen muss, kann er seinen Zahlungsanspruch durch einen Gebührenbescheid selbst titulieren und gegebenenfalls selbst vollstrecken; aktiv werden müsste nach Erlass des Gebührenbescheides der Schuldner durch Einlegung eines Anfechtungsrechtsbehelfes, welchem aber gemäß § 80 Abs. 2 S. 1, Nr. 1 VwGO keine aufschiebende Wirkung zukäme. Allerdings darf auch hier ein Leistungserbringer, der vom Rettungsdienstträger per Dienstleistungskonzession beauftragt wurde und folglich das Betriebsrisiko trägt, nicht auf die Erhebung von Gebühren zurückgreifen können, weshalb aus der Wahl dieser Art der Beauftragung wiederum eine Beschränkung der möglichen Gegenleistungen auf ein privatrechtliches Entgelt folgt. Die Erhebung dieser Entgelte erfolgt durch den Dienstleistungskonzessionär im eigenen Namen (siehe Rn 86). Die Gegenleistungsbeziehungen beim Vereinbarungsmodell (siehe oben) und beim Konzessionsmodell sind somit die beiden Ausnahmefälle von der Regel, dass die Rettungsdienstleistungsbeziehungen zwischen Rettungsdienstträger und Patient bestehen. Keine eigenständige Bedeutung kommt bei alledem der öffentlichrechtlichen Entgeltforderung analog § 683 BGB im Rahmen einer öffentlichrechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag zu, die im engeren Sinne kein Entgeltanspruch, sondern ein Aufwendungsersatzanspruch ist, welcher aber – da die Erbringung von Rettungsdienstleistungen zur Profession des Rettungsdienstes gehört – der Höhe nach der üblichen Vergütung entspricht (vgl. BGHZ 65, 384, Urteil vom 15.12.1975, Az. II ZR 54/74, juris Rn 13; ferner VG Lüneburg, Urteil vom 28.02.2013, Az. 6 A 50/11, juris Rn 43 f.). Denn mangels Befugnis zur Selbsttitulierung und Selbstvollstreckung müsste hier im Falle von Leistungsstörungen wie bei den privatrechtlichen Forderungen ein gerichtlicher Leistungstitel erwirkt und gegebenenfalls gerichtlich vollstreckt werden, wenn auch aufgrund des öffentlichrechtlichen Charakters vor den Verwaltungsgerichten.

			Leistungserbringung	Leistungsverhältnis	Forderungsmöglichkeit
Einsatzabrechnung	innerhalb der SV	mit Entgeltvereinbarung	Selbstdurchführung / Dienstleistungsauftrag / Dienstleistungskonzession	ör (nur einseitig: GoA)	pr Entgelt (vom SV-Träger)
				pr (Vertrag, sonst GoA)	
		vor Entgeltvereinbarung	Dienstleistungskonzession	ör (nur einseitig: GoA)	pr Entgelt
				pr (Vertrag, sonst GoA)	
	außerhalb der SV		Selbstdurchführung / Dienstleistungsauftrag	ör (nur einseitig: GoA)	bei restriktiver Auslegung von § 16: nur ör Gebühr, sonst wahlweise auch pr Entgelt
				pr (Vertrag, sonst GoA)	falls nicht restriktive Auslegung von § 16: pr Entgelt; bei extensiver Auslegung von § 16: wahlweise auch ör Gebühr
			Dienstleistungskonzession	ör (nur einseitig: GoA)	wahlweise ör Gebühr / pr Entgelt
				pr (Vertrag, sonst GoA)	pr Entgelt

Abkürzungen:

SV = Sozialversicherung

GoA = Geschäftsführung ohne Auftrag

ör = öffentlichrechtlich

pr = privatrechtlich

7. Amtshaftung im Rettungsdienst

Im Rettungsdienst kann sich die Frage der Amtshaftung nach § 839 Abs. 1 BGB i.V.m. Art. 34 GG für die Verletzung drittbezogener Amtspflichten gegenüber Patienten – z.B. pflichtwidrig unterlassene Behandlungen und Transporte, Behandlungs- und Transportfehler oder unberechtigte Behandlungen und Transporte – oder gegenüber sonstigen Dritten durch das Rettungsdienstpersonal stellen. Amtshaftungsansprüche richten sich auf die Leistung von Schadensersatz in Geld – Schadensersatzleistungen in Form von Naturalrestitution gemäß § 249 Abs. 1 BGB kommen grundsätzlich nicht in Betracht (BGHZ 34, 99, Beschl. vom 19.12.1960, Az. GSZ 1/60, juris Rn 14) – sowie gegebenenfalls Entschädigung in Geld („Schmerzensgeld“, § 253 BGB). Besteht ein Anspruch auf Schadensersatz, geht dieser in der Regel zumindest teilweise auf eine Versicherung des Geschädigten über (§ 116 SGB X; § 86 VVG).

	mögliche Haftungsgrundlagen
Haftung ggü. Patienten	(Behandlungs-) Vertrag, Geschäftsführung ohne Auftrag, Delikt (§ 839 BGB / § 823 BGB)
Haftung ggü. Dritten	Delikt (§ 839 BGB / § 823 BGB)

a) Voraussetzungen der Amtshaftung

Voraussetzung für die Amtshaftung ist zunächst, dass das Rettungsdienstpersonal ein öffentliches Amt ausübt, mithin die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben als hoheitliche (öffentlichrechtliche) Betätigung zu qualifizieren ist. Hierfür ist nach gefestigter Rechtsprechung maßgeblich, ob der Rettungsdienst öffentlichrechtlich organisiert ist (BGH, Urteil vom 15.11.2018, Az. III ZR 69/17, juris Rn 24 f.; BGHZ 213, 270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 8 f.; BGHZ 160, 216, Urteil vom 16.09.2004, Az. III ZR 346/03, juris Rn 10 f.; BGH, Urteil vom 21.03.1991, Az. III ZR 77/90, juris Rn 8 f.). Ohne Belang ist dabei, ob die notärztliche Versorgung oder die sonstige rettungsdienstliche Versorgung in Frage steht (BGHZ 153, 268, Urteil vom 09.01.2003, Az. III ZR 217/01, juris Rn 14 und 25), ob ein Patient sozial-, privat- oder unversichert ist (BGHZ 160, 216, Urteil vom 16.09.2004, Az. III ZR 346/03, juris Rn 16) und ob für eine Rettungsdienstleistung eine öffentlichrechtliche Gebühr oder ein privatrechtliches Entgelt erhoben wird – zwar indiziert eine Gebührenerhebung eine öffentlichrechtliche Organisation (BGH, Urteil vom 07.06.1971, Az. III ZR 63/68, juris Rn 17), doch schließt die Erhebung eines privatrechtlichen Entgelts eine öffentlichrechtliche Organisation nicht aus (BGHZ 160, 216, juris Rn 15) –, und unerheblich ist auch die Rechtsform des Leistungserbringers, so dass auch dann, wenn sich ein öffentlichrechtlicher Aufgabenträger zur Erbringung der Rettungsdienstleistung einer privaten Hilfsorganisation bedient, das Personal ein öffentliches Amt ausübt (BGHZ 160, 216, juris Rn 14; BGH, Urteil vom 21.03.1991, Az. III ZR 77/90, juris Rn 9). Nur dann, wenn der Aufgabenträger des Rettungsdienstes selbst ein (nicht beliehener) Privater ist, ist der Rettungsdienst privatrechtlich organisiert: So sind in Baden-Württemberg primär Private und nur subsidiär die Kommunen die Träger des Rettungsdienstes (§ 2 Abs. 1 gegenüber Abs. 4 RDG BW) mit der Folge, dass sich die Durchführung des Rettungsdienstes dort erst in den Fällen des § 2 Abs. 4 RDG BW als Ausübung eines öffentlichen Amtes darstellt (BGHZ 118, 304, Urteil vom 04.06.1992, Az. III ZR 93/91, juris Rn 9 f.). Lediglich bei der Lenkung der Rettungsdiensteinsätze durch die Leitstelle (§ 6 Abs. 1 S. 1 RDG BW) handelt es sich um öffentlichrechtliche Tätigkeit, welche von den Privaten als Beliehenen wahrgenommen wird, die insoweit ein öffentliches Amt ausüben (VGH BW, Urteil vom 29.09.2009, Az. 6 S 131/08, juris Rn 21; VGH BW, Beschl. vom 21.04.2004, Az. 6 S 17/04, juris Rn 12; BGH, Urteile vom 25.09.2007, Az. KZR 48/05 und KRZ 14/06, jeweils juris Rn 7 und 12 bis 16). In Niedersachsen sind die Aufgabenträger des Rettungsdienstes hingegen immer öffentlichrechtliche Träger (§ 3 Abs. 1 NRettdG sowie § 2 Abs. 1 S. 1, Nr. 1 und § 5 Abs. 2 S. 2 NKomZG), die Rettungsdienste somit immer öffentliche Einrichtungen (siehe Rn 16 und 19) und ist die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben folglich im Ganzen wie im Einzelfall als öffentlichrechtliche Tätigkeit und letztlich als Ausübung eines öffentlichen Amtes zu qualifizieren (OLG Braunschweig, Beschl. vom 24.08.2020, Az. 9 U 27/20, juris Rn 28 f.; vgl. auch BGHZ 213, 270, juris Rn 10). Zu einer privatrechtlichen Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben durch einen öffentlichrechtlich organisierten Rettungsdienst (siehe Rn 91), die keine Ausübung eines öffentlichen Amtes im Sinne der Amtshaftung wäre, gibt es bislang keine Rechtsprechung. Kein Teil des öffentlichen Rettungsdienstes sind die Werkrettungsdienste; ihr Personal übt in dieser Funktion auch bei Befreiung vom Verbot des § 5 Abs. 3 S. 1 NRettdG (siehe Rn 20) nach § 1 der BefrWRettDVO kein öffentliches Amt aus.

Die Amtspflichtverletzung muss zudem in Ausübung des öffentlichen Amtes des Rettungsdienstes und nicht nur bei Gelegenheit der Rettungsdienstausbübung erfolgt sein (dazu BGH, Beschl. vom 01.08.2002, Az. III ZR 277/01, juris Rn 8 und 12; BGH, Urteil vom 21.03.1991, Az. III ZR 77/90, juris Rn 7). Falls eine Rettungsdienstperson zum Verwaltungsvollzugsbeamten für die Unterbringung von psychisch Kranken bestellt wurde (§ 1 Abs. 1 Nr. 9 i.V.m. § 2 VollzBeaVO auf Grundlage von § 12 Abs. 2 S. 2 NPsychKG i.V.m. § 50 NPOG) oder ohne ordnungsgemäße Bestellung Zwang zur Unterbringung ausgeübt hat (siehe LT-Drs. 18/11712 vom 15.09.2022, S. 23), kann statt einer Amtspflichtverletzung in Ausübung des Rettungsdienstes eine solche in Wahrnehmung der hoheitlichen Aufgabe nach dem NPsychKG in Betracht kommen (vgl. OLG Oldenburg, Urteil vom 20.05.1988, Az. 6 U 28/88, juris Rn 29, 31 und 32). Weiterhin muss die verletzte Amtspflicht einen

Drittbezug aufweisen, nämlich (zumindest auch) den Schutz des geschädigten Patienten oder sonstigen Dritten bezwecken. Außerdem muss die Amtspflicht in sachlicher Hinsicht den Schutz gerade der in Frage stehenden Interessen des Geschädigten bezwecken. Zu den besonderen Amtspflichten des Rettungsdienstes gehört die Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. Abs. 2 NRettDG. Diese Pflicht besteht nicht nur im öffentlichen Interesse, sondern dient dem Schutz der jeweiligen Patienten und sonstigen Benutzer, wobei Schutzgüter deren Leben, Körper und Gesundheit sind (vgl. BGHZ 120, 184, Urteil vom 12.11.1992, Az. III ZR 178/91, juris Rn 21). Ausprägung dieser rettungsdienstlichen Amtspflicht ist eine auf die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages ausgerichtete Bedarfsplanung (§ 2 Abs. 1 BedarfVO-RettD). Für die Notfallrettung ist sie durch § 2 Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 BedarfVO-RettD dahingehend konkretisiert, dass die Planung darauf auszurichten ist, dass jeder an einer öffentlichen Straße gelegene Einsatzort im Regelfall innerhalb von 15 Minuten nach Auslösung der Alarmierung im Einsatzleitsystem von einem geeigneten Rettungsmittel erreicht werden kann (siehe Rn 66). Auch in dieser Ausprägung hat die Amtspflicht drittschützenden Charakter (vgl. BGHZ 120, 184, juris Rn 25 bis 27; OLG Zweibrücken, Urteil vom 23.01.2001, Az. 5 U 11/00, juris Rn 36). Daneben besteht die allgemeine Amtspflicht, sich bei der Amtsausübung aller Eingriffe in fremde Rechte zu enthalten, die eine unerlaubte Handlung im Sinne u.a. des § 823 Abs. 1 BGB darstellen, und die dem Schutz auch unbeteiligter Dritter und deren Rechtsgütern dient (BGHZ 16, 111, Urteil vom 10.01.1955, Az. III ZR 153/53, juris Rn 9; BGHZ 69, 128, Urteil vom 16.06.1977, Az. III ZR 179/75, juris Rn 40). Über die allgemeine Amtspflicht der Amtsverschwiegenheit wird als sonstiges Recht im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB zudem das allgemeine Persönlichkeitsrecht bzw. informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG geschützt, soweit es um deren personenbezogene Informationen geht (vgl. BGHZ 78, 274, Urteil vom 25.09.1980, Az. III ZR 74/78, juris Rn 25 und 28). Die Amtspflicht, sich rechtswidriger Eingriffe in fremde Rechte zu enthalten, umfasst auch unerlaubte Handlungen im Sinne von § 823 Abs. 2 BGB (BGH, Urteil vom 07.02.1980, Az. III ZR 153/78, juris Rn 10 f.), wobei als Schutzgesetz – gegebenenfalls über eine Garantenstellung nach § 13 Abs. 1 StGB – z.B. Tötungsdelikte, Körperverletzungsdelikte, das Eigentumsdelikt nach § 303 Abs. 1 StGB oder die Delikte nach § 203 StGB zum Schutz von Privatgeheimnissen (siehe Rn 47 und 56) in Betracht kommen. Ein Rechtfertigungsgrund kann insbesondere in Gestalt einer wirksamen tatsächlichen oder einer mutmaßlichen Einwilligung bestehen, aber auch in Gestalt eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB).

Und schließlich muss die Pflichtverletzung vorsätzlich oder fahrlässig erfolgt und kausal für den Schaden 95/2 sein. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt (§ 276 Abs. 2 BGB). Nach diesem auch im Rahmen der Amtshaftung objektivierten Sorgfaltsmaßstab kommt es darauf an, welche Kenntnisse und Fähigkeiten für die Ausübung des übernommenen Amtes im Durchschnitt erforderlich sind und nicht auf die Kenntnisse und Fähigkeiten, über die der Amtsträger tatsächlich verfügt (BGHZ 219, 77, Urteil vom 14.06.2018, Az. III ZR 54/17, juris Rn 58; BGH, Urteil vom 22.05.1986, Az. III ZR 237/84, juris Rn 29), wobei auch innerhalb des Verkehrskreises „Rettungsdienst“ zwischen den Berufsgruppen zu differenzieren sein kann und der zum Zeitpunkt der gegenüber dem Patienten oder sonstigen Dritten erfolgenden amtspflichtwidrigen (Be-) Handlung oder Unterlassung geltende Sorgfaltsmaßstab maßgeblich ist (vgl. BGHZ 113, 297, Urteil vom 29.01.1991, Az. VI ZR 206/90, juris Rn 28; BGH, Urteil vom 13.06.1960, Az. III ZR 54/59; OLG Hamm, Urteil vom 27.01.1999, Az. 3 U 26/98, juris Rn 28). In Bezug auf medizinische Behandlungen bestimmt sich der Sorgfaltsmaßstab weitgehend nach dem jeweiligen medizinischen Standard (vgl. BGH, Urteil vom 29.11.1994, Az. VI ZR 189/93, juris Rn 14; für die vertragliche Haftung seit 2013 in § 630a Abs. 2 BGB normiert). Der objektivierter Maßstab bringt es mit sich, dass individuelle Umstände auf der Seite des Behandelnden nicht zu einer Absenkung dieses Mindeststandards führen und keinen Entschuldigungsgrund darstellen können (BGH, Urteil vom 06.05.2003, Az. VI ZR 259/02, juris Rn 13; BGH, Urteil vom 13.02.2001, Az. VI ZR 34/00, juris Rn 12). Die Rechtsfigur des Organisationsverschuldens macht es darüber hinaus entbehrlich, innerhalb der Organisation des potenziell haftenden Hoheitsträgers (siehe Rn 96) ein Verschulden überhaupt einem bestimmten Amtsträger zuordnen zu müssen: Auch wenn den ausführenden Amtsträger kein Verschulden trifft, dafür aber ein Verschulden in einer Leitungsebene der Amtsorganisation zu bejahen ist bzw. in einer Leitungsebene eine planerische oder organisatorische Amtspflicht schuldhaft verletzt wurde, ist die Voraussetzung des Verschuldens gegeben (BGHZ 113, 367, Urteil vom 21.02.1991, Az. III ZR 245/89, juris Rn 11; BGHZ 161, 33, Urteil vom 04.11.2004, Az. III ZR 361/03, juris Rn 8; BGHZ 120, 184, Urteil vom 12.11.1992, Az. III ZR 178/91, juris Rn 25 und 29). Da dem Geschädigten die internen Vorgänge der Amtsorganisation in aller Regel nicht bekannt sind und auch nicht bekannt sein müssen, wird bei Vorliegen einer Amtspflichtverletzung ein (Organisations-) Verschulden sogar vermutet, was der Hoheitsträger nur widerlegen kann, wenn keinem der in Betracht kommenden Amtsträger, für deren Verhalten er einzustehen hat, ein Verschulden anzulasten ist (vgl. BGHZ 170, 260, Urteil vom 11.01.2007, Az. III ZR 302/05, juris Rn 22; BGHZ 212, 303, Urteil vom 20.10.2016, Az. III ZR 278/15, juris Rn 39 f.; LG Karlsruhe, Urteil vom 28.04.2009, Az. 2 O 362/08, juris Rn 33). Die haftungsbegründende Kausalität zwischen Amtspflichtverletzung und Schaden wird grundsätzlich nicht vermutet. Jedoch kommt die bei der deliktischen wie vertraglichen Behandelndenhaftung anerkannte Vermutungsregel, wonach bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art zu verursachen, regelmäßig ein ursächlicher Zusammenhang widerleglich

vermutet wird (BGHZ 159, 48, Urteil vom 27.04.2004, Az. VI ZR 34/03, juris Rn 16; BGH, Urteil vom 19.06.2012, Az. VI ZR 77/11, juris Rn 6 und 13; für die vertragliche Haftung seit 2013 in § 630h Abs. 5 S. 1 BGB normiert), auch im Rahmen der Amtshaftung zur Anwendung, soweit es um medizinische Behandlungen – konkret also um Befunderhebungen, Diagnosestellungen oder einzelne Therapiemaßnahmen – geht (BGH, Urteil vom 26.11.1981, Az. III ZR 59/80, juris Rn 14; KG Berlin, Urteil vom 19.05.2016, Az. 20 U 122/15, juris Rn 26). Dabei ist ein Behandlungsfehler dann als schwerwiegend bzw. grob zu beurteilen, wenn eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und ein Fehler begangen wurde, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er dem Behandelnden schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen (BGH, Urteil vom 04.10.1994, Az. VI ZR 205/93, juris Rn 12). Neben groben Behandlungsfehlern können auch grobe Organisationsfehler (planerische oder organisatorische Pflichtverletzungen), die keinem bestimmten Amtsträger zugeordnet werden können, zur Kausalitätsvermutung führen, wenn der Organisationsfehler schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen und durch ihn wie bei groben Behandlungsfehlern das Spektrum der Schadensursachen derart verbreitert oder verschoben wurde, dass dem Patienten der Kausalitätsnachweis billigerweise nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. BGH, Urteil vom 16.04.1996, Az. VI ZR 190/95, juris Rn 24; BGH, Urteil vom 01.02.1994, Az. VI ZR 65/93, juris Rn 16). Die Anwendung der Kausalitätsvermutung bei groben Fehlern des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals wurde in der obergerichtlichen Rechtsprechung auf ein eng verstandenes medizinisches Handeln beschränkt, von dem die Herstellung der Transportfähigkeit und der Transport des Patienten nicht erfasst sein sollten (KG Berlin, Urteil vom 19.05.2016, Az. 20 U 122/15, juris Rn 26; OLG Köln, Urteil vom 22.08.2007, Az. 5 U 267/06, juris Rn 36), im Gegensatz zur anhand der Notfallmeldung vorzunehmenden Auswahl der zu entsendenden Rettungsmittel durch die Leitstelle, die nicht nur als schematisierte Ermittlung des Vorliegens oder Nichtvorliegens einer Notarztindikation, sondern sehr weitgehend als Stellung einer vorläufigen Diagnose und damit als medizinische Handlung aufgefasst wurde (KG Berlin, Beschl. vom 20.03.2017, Az. 20 U 147/16, juris Rn 21). Mit der Ausdehnung der Kausalitätsvermutung bei groben Behandlungs- und Organisationsfehlern auf grobe Verletzungen jeglicher Berufs- oder Organisationspflichten, die dem Schutz von Leben und Gesundheit anderer dienen (BGHZ 215, 44, Urteil vom 11.05.2017, Az. III ZR 92/16, juris Rn 24 bis 26; BGHZ 217, 50, Urteil vom 23.11.2017, Az. III ZR 60/16, juris Rn 24 bis 27) und bei denen es sich nicht lediglich um Neben-, sondern um Hauptpflichten handelt (BGH, Urteil vom 04.04.2019, Az. III ZR 35/18, juris Rn 23) ist diese restriktive obergerichtliche Rechtsprechung jedoch hinfällig. Zudem war die Ausklammerung der Herstellung der Transportfähigkeit und des Transports vom Begriff des medizinischen (Be-) Handelns bereits vor dem Hintergrund fragwürdig, dass z.B. bestimmte Lagerungen des Patienten nicht nur pflegerisch, sondern auch medizinisch bedeutsam und indiziert sein können. Im Rahmen der Pflichtverletzungsvermutung bei Verwirklichung eines für den Behandelnden voll beherrschbaren Behandlungsrisikos (für die vertragliche Haftung seit 2013 in § 630h Abs. 1 BGB normiert) kann die Verwirklichung des Risikos eines Lagerungsschadens die Vermutung einer unsachgemäßen Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch auslösen (BGH, Urteil vom 24.01.1984, Az. VI ZR 203/82, juris Rn 14; BGH, Urteil vom 24.01.1995, Az. VI ZR 60/94, juris Rn 9); sogar die Verwirklichung des Risikos einer rein pflegerischen Bewegungs- und Transportmaßnahme kann die Fehlervermutung auslösen (BGH, Urteil vom 18.12.1990, Az. VI ZR 169/90, juris Rn 12 bis 14). Um so unverständlicher ist es, dass im Jahr 2020 im Rahmen dieser Vermutungsregel nochmals an die überholte obergerichtliche Rechtsprechung angeknüpft und nicht nur die Herstellung der Transportfähigkeit und der Transport von Patienten vom Begriff der medizinischen Behandlung ausgenommen wurde, sondern auch vorausgegangene Untersuchungsmaßnahmen, jedenfalls soweit sie von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal vorgenommen wurden (OLG Braunschweig, Hinweisbeschluss vom 24.08.2020, Az. 9 U 27/20, juris Rn 40 bis 47 und Berufungszurückweisungsbeschluss vom 28.10.2020 zum selben Az., juris Rn 9). Dabei ließ das Gericht nicht nur die höchstrichterliche Rechtsprechung und den Umstand unberücksichtigt, dass die Ausbildung der Rettungssanitäter und des übrigen Rettungsdienstfachpersonals eine ganz überwiegend medizinische Ausbildung ist, sondern argumentierte auch, dass die Notfallrettung dem Gesetz nach zuvörderst auf den Transport gerichtet sei, obwohl das Gegenteil der Fall ist (siehe Rn 7). Festzuhalten ist nach alledem, dass im Rahmen der Vermutungsregeln ein weit zu verstehender Begriff der medizinischen Behandlung anzulegen ist, rettungsdienstliches Handeln die medizinische Gefahrenabwehr bezweckt (§ 2 Abs. 1 S. 1 NREttDG; siehe auch Rn 21 und 4) und rettungsdienstlicher Transport von Patienten sich von anderen Patientenbeförderungen dadurch unterscheidet, dass er unter fachgerechter Betreuung erfolgt (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nrn. 1, 2 und 4 NREttDG), das heißt zuvörderst unter medizinischer Betreuung (vgl. LT-Drs. 12/2281 vom 05.11.1991, S. 24; siehe auch Rn 6 und 11), wozu regelmäßig allein nichtärztliches Personal zum Einsatz kommt (§ 10 Abs. 2 NREttDG; siehe auch Rn 52 und 53).

Ist die Pflichtverletzung fahrlässig erfolgt, so kann gemäß § 839 Abs. 1 S. 2 BGB Schadensersatz nur beansprucht werden, soweit der Geschädigte nicht auf andere Weise Ersatz zu erlangen vermag. Dieser Haftungsausschluss wird allerdings von der Rechtsprechung seiner Zwecksetzung nach gegenüber seinem weiten Wortlaut stark eingeschränkt. Grundsätzlich keine Anwendung findet der Haftungsausschluss etwa bei Unfällen von (Rettungs-) Dienstfahrzeugen im allgemeinen Straßenverkehr aufgrund des dort geltenden Grundsatzes der haftungsrechtlichen Gleichbehandlung aller Verkehrsteilnehmer. Es bleibt jedoch dann beim

Haftungsausschluss, wenn bei der Dienstfahrt im Zeitpunkt des Unfalls von den Sonderrechten nach § 35 Abs. 5a oder Abs. 9 StVO oder dem Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO Gebrauch gemacht wurde, denn in diesen Fällen hat der Amtsträger gerade nicht die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Verkehrsteilnehmer, so dass das Gleichbehandlungsgebot nicht greift (BGH, Beschl. vom 26.03.1997, Az. III ZR 295/96, juris Rn 3; BGHZ 85, 225, Urteil vom 28.10.1982, Az. III ZR 206/80, juris Rn 9 f.). Keine Anwendung findet der Haftungsausschluss zudem, wenn der andere aufgrund desselben Sachverhalts zum Ersatz Verpflichtete ebenfalls ein Hoheitsträger ist, da insofern von der vermögensrechtlichen Einheit der öffentlichen Hand auszugehen ist (BGHZ 152, 380, Urteil vom 14.11.2002, Az. III ZR 131/01, juris Rn 18; BGH, Urteil vom 10.04.2003, Az. III ZR 38/02, juris Rn 28). Der Haftungsausschluss ist schließlich auch dann nicht anwendbar, wenn derselbe Hoheitsträger aufgrund desselben Sachverhalts noch aus einem anderen Rechtsgrund als Amtshaftung (zu Anspruchskonkurrenzen siehe Rn 96e und 96f) zu Ersatz verpflichtet ist (BGHZ 50, 271, Urteil vom 27.06.1968, Az. III ZR 63/65, juris Rn 8). Im Rettungsdienst wäre folglich eine Amtshaftung vor allem dann nach § 839 Abs. 1 S. 2 BGB ausgeschlossen, wenn ihr ein Verkehrsunfall bei einer Sonder- und gegebenenfalls Wegerechtsfahrt zugrunde liegt und aus diesem Unfall zugleich ein Privater, nämlich eine private Hilfsorganisation als Halterin des unfallbeteiligten Rettungsdienstfahrzeugs (zur Fahrzeughalterhaftung siehe Rn 96e), auf Schadensersatz haftet. In dieser Konstellation ist es jedoch bei wertender Betrachtung mit Blick auf die engen Beziehungen zwischen Hoheitsträger und Privatem zur Erfüllung des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrages nicht fernliegend, ebenfalls die Anwendbarkeit des Haftungsausschlusses zu verneinen (vgl. BGHZ 152, 380, juris Rn 17 und 19). Bei einer als öffentlichrechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag analog §§ 677 ff. BGB zu qualifizierenden Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben gegenüber dem Patienten (siehe Rn 91) findet die Haftungsbeschränkung des § 680 BGB, wonach nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten sind, insbesondere im Rahmen der Amtshaftung keine analoge Anwendung (BGHZ 219, 77, Urteil vom 14.06.2018, Az. III ZR 54/17, juris Rn 49 bis 59; ferner BGH, Urteil vom 04.04.2019, Az. III ZR 35/18, juris Rn 32). Um den Vorrang des Primärrechtsschutzes vor dem Sekundärrechtsschutz zu wahren, ist die Haftung gemäß § 839 Abs. 3 BGB auch ausgeschlossen, soweit der Geschädigte vorsätzlich oder fahrlässig unterlassen hat, den Schaden durch Gebrauch eines Rechtsmittels abzuwenden. Damit ist jeglicher Rechtsbehelf gemeint, der sich unmittelbar gegen die Amtspflichtverletzung selbst richtet und darauf abzielt und geeignet ist, den Eintritt eines Schadens dadurch zu verhindern, dass die schädigende Handlung abgestellt bzw. die pflichtwidrig unterlassene Handlung vorgenommen wird (BGHZ 197, 375, Urteil vom 04.07.2013, Az. III ZR 201/12, juris Rn 18). Bei Notfallrettungseinsätzen wird Primärrechtsschutz allerdings regelmäßig nicht erlangt werden können; nachträglicher Rechtsschutz insbesondere durch Feststellungsklagen kann bei schlicht-hoheitlichem Handeln oder Unterlassen nicht im Sinne des Primärrechtsschutzes rückwirkend die Entstehung des Schadens verhindern, sondern allenfalls im Sinne von Sekundärrechtsschutz den eingetretenen Schaden ideell kompensieren. In diesen Fällen schließt die Nichterhebung entsprechender Rechtsbehelfe einen Schadensersatzanspruch aus Amtshaftung daher nicht aus und würde umgekehrt ihre Erhebung keine verjährungshemmende Wirkung gemäß oder analog § 204 Abs. 1, Nr. 1 BGB auf den Amtshaftungsanspruch haben (vgl. LG Göttingen, Urteil vom 06.10.2021, Az. 4 O 229/20, juris Rn 15 und 17 f.).

b) Haftender Hoheitsträger

Der Anspruch auf Schadensersatz aus Amtshaftung richtet sich gemäß Art. 34 Satz 1 GG grundsätzlich gegen den öffentlichrechtlichen Träger (Hoheitsträger), in dessen Dienst der Amtsträger, der die Amtspflicht verletzt hat, steht. Wenn aber der Amtsträger unter Herauslösung aus der Organisation des Hoheitsträgers, bei dem er bedienstet ist, von einem anderen Hoheitsträger zur Ausübung der hoheitlichen Tätigkeit eingesetzt wurde oder er anderweitig im Dienst mehrerer Hoheitsträger steht, oder wenn der Amtsträger in keinem dauerhaften Dienstverhältnis zu einem Hoheitsträger steht, so haftet der Hoheitsträger, der ihn mit der Wahrnehmung der hoheitlichen Aufgabe betraut hat, bei der es zur Amtspflichtverletzung kam (BGHZ 160, 216, Urteil vom 16.09.2004, Az. III ZR 346/03, juris Rn 31; BGHZ 213, 270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 13). Zu den Amtsträgern ohne dauerhaftes Dienstverhältnis zu einem Hoheitsträger gehören neben Verwaltungshelfern auch Beliehene. Diese üben die ihnen eingeräumten Hoheitsrechte zwar im eigenen Namen aus, sind als beliehene Private aber gerade keine öffentlichrechtlichen Träger und ebenso keine Bediensteten eines solchen. Es haftet daher der Hoheitsträger, der den Privaten mit den Hoheitsrechten beliehen hat, bei deren Ausübung es zur Amtspflichtverletzung kam. Für in Ausübung des öffentlichen Rettungsdienstes erfolgte Amtspflichtverletzungen haftet nach alledem grundsätzlich der Rettungsdienststräger. Abweichungen kann es geben, wenn die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes zur Aufgabe eines anderen Hoheitsträgers gemacht wurde. Das Bundesrecht erwähnt in § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V die Möglichkeit, die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes durch Landesrecht (wieder) zur Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu machen und damit zur Aufgabe eines anderen Hoheitsträgers (§ 77 Abs. 5 SGB V) als eines Rettungsdienststrägers. Die Frage der diesbezüglichen Gesetzgebungskompetenz wird dadurch entschärft, dass die Bundesnorm selbst den Vorrang einer landesrechtlichen Aufgabenzuweisung vorsieht – falls die Bundeskompetenz zu bejahen ist, handelt es sich dabei um eine konstitutive Öffnungsklausel zugunsten der Länder, andernfalls

um eine deklaratorische Wiedergabe der bestehenden Länderkompetenz (vgl. BGHZ 153, 268, Urteil vom 09.01.2003, Az. III ZR 217/01, juris Rn 22 und 25). Sofern das Landesrecht eine entsprechende Aufgabenzuweisung vorsieht, haftet für Amtspflichtverletzungen der Notärzte anstelle des Rettungsdienstträgers die Kassenärztliche Vereinigung. Offenbar legt die Rechtsprechung zugrunde, dass die den Notarztendienst wahrnehmenden Kassen- bzw. Vertragsärzte durch ihre (Kassen-) Zulassung zu Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung wurden (§ 77 Abs. 3 S. 1 SGB V), nicht aber zu deren Bediensteten, und die Zulassung – obwohl die Zulassungsentscheidung von einem Zulassungsausschuss getroffen wird, bei dem es sich um eine gemeinsame Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen handelt (§ 96 Abs. 1 SGB V) – eine allein oder widerleglich vermutet auch (BGHZ 188, 302, Urteil vom 10.02.2011, Az. III ZR 37/10, juris Rn 24 bis 26) der Kassenärztlichen Vereinigung zuzurechnende Betrauung der Ärzte mit der Wahrnehmung der hoheitlichen Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung ist (§ 95 Abs. 3 S. 1 SGB V). Bei Erteilung eines Versorgungsauftrags durch die Kassenärztliche Vereinigung außerhalb der Zulassung wäre betrauender Hoheitsträger allein die Kassenärztliche Vereinigung. Eine solche abweichende Aufgabenzuweisung gibt es beispielsweise in Thüringen, wo es neben den Hoheitsträgern mit der Aufgabe der Sicherstellung des Rettungsdienstes mit Ausnahme des Notarztendienstes (§ 5 Abs. 1 S. 2 ThürRettG) die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen gibt, der die Aufgabe der Sicherstellung des Notarztendienstes obliegt (§ 5 Abs. 1a und § 7 Abs. 1 S. 1 ThürRettG). Dort haftet für Amtspflichtverletzungen der Notärzte die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (BGHZ 213, 270, juris Rn 14 f.) und nur im Übrigen der Rettungsdienstträger. In Sachsen, wo zwar nach § 28 Abs. 2 S. 1 SächsBRKG ebenfalls andere Hoheitsträger als die Rettungsdienstträger den Notarztendienst sicherzustellen haben, die Rettungsdienstträger aber gemäß § 3 Nr. 3 SächsBRKG Aufgabenträger des gesamten Rettungsdienstes ohne Herausnahme des Notarztendienstes sind, haftet dagegen einheitlich der Rettungsdienstträger (BGH, Urteil vom 15.11.2018, Az. III ZR 69/17, juris Rn 27 und 29 bis 31). Ähnlich stellt sich die Rechtslage in Sachsen-Anhalt dar (§ 4 Abs. 1 und § 23 Abs. 1 RettDG LSA, unklar § 12 Abs. 1 Nr. 2 RettDG LSA). In Niedersachsen sind die Rettungsdienstträger Aufgabenträger des Rettungsdienstes einschließlich des Notarztendienstes (siehe Rn 44), so dass sie auch einheitlich für Amtspflichtverletzungen des gesamten Rettungsdienstpersonals haften. Im Falle von Amtspflichtverletzungen bei der Lenkung von Rettungsdienteinsätzen durch einen beliebigen Leitstellenträger in Baden-Württemberg ist haftender Hoheitsträger das Land Baden-Württemberg, das den Privaten mit den Lenkungsrechten beliehen hat, § 2 Abs. 1 RDG BW (BGH, Urteile vom 25.09.2007, Az. KZR 48/05 und KRZ 14/06, jeweils juris Rn 6).

c) Akteneinsichtsrecht

Zur Prüfung der Voraussetzungen eines Amtshaftungsanspruches stellt sich regelmäßig die Frage eines Akteneinsichtsrechts gegenüber dem Träger des Rettungsdienstes. Ein Einsichtsrecht nach (§ 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m.) § 29 VwVfG wird daran scheitern, dass der Einsichtsbegehrende nicht Beteiligter (§ 13 VwVfG) eines Verwaltungsverfahrens (§ 9 VwVfG) ist. Außerhalb eines Verwaltungsverfahrens entscheiden Behörden über Einsichtsgesuche nach pflichtgemäßem Ermessen; der Einsichtsbegehrende hat auch bei Bestehen eines berechtigten Interesses an der Einsichtnahme grundsätzlich nur ein formelles subjektives öffentliches Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung (BVerwGE 61, 15, Urteil vom 16.09.1980, Az. I C 52.75, juris Rn 26; BGH, Beschl. vom 14.07.2015, Az. KVR 55/14, juris Rn 15 f.). Ein berechtigtes Interesse kann sich aus dem Vorhaben ergeben, die Voraussetzungen eines Amtshaftungsanspruches zu prüfen, jedoch darf der Amtshaftungsanspruch nicht evident aussichtslos und die begehrte Einsichtnahme nicht zur Prüfung ungeeignet sein (vgl. BVerwGE 10, 274, Urteil vom 06.05.1960, Az. VII C 57.59, juris Rn 15; OVG NW, Beschl. vom 24.11.2017, Az. 15 E 889/17, juris Rn 41; VG Darmstadt, Urteil vom 12.10.2015, Az. 5 K 1164/14, juris Rn 36). Falls der Einsichtsbegehrende ein Patient ist oder war und soweit sich sein Begehren auf patientenbezogene Akten zu seiner eigenen Person richtet, folgt ein berechtigtes Interesse auf Einsichtnahme aus seinem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG und führt regelmäßig durch Ermessensreduktion auf Null zu einem materiellen subjektiven öffentlichen Recht auf Akteneinsicht (vgl. BGHZ 85, 327, Urteil vom 23.11.1982, Az. VI ZR 222/79, juris Rn 16; BVerwGE 82, 45, Urteil vom 27.04.1989, Az. 3 C 4.86, juris Rn 29 ff.; BVerfG, Beschl. vom 16.09.1998, Az. 1 BvR 1130/98, juris Rn 8 f.; BVerfG, Beschl. vom 09.01.2006, Az. 2 BvR 443/02, juris Rn 20 und 26). Mit der im Jahr 2013 erfolgten Kodifikation des privatrechtlichen Behandlungsvertrages wurde die bisherige Rechtsprechung zum Einsichtsrecht in die eigene Patientenakte in § 630g Abs. 1 BGB normiert (BT-Drs. 17/10488 vom 15.08.2012, S. 26). Falls die Rettungsdienstleistung nicht ausnahmsweise in privatrechtlicher Weise auf behandlungsvertraglicher Grundlage erbracht wurde, ist § 630g Abs. 1 BGB allerdings nicht unmittelbar anwendbar. Da für öffentlichrechtliche Rettungsdienstleistungsverhältnisse trotz vergleichbarer Interessenlage insoweit eine einfachgesetzliche Regelungslücke besteht, ist § 630g Abs. 1 BGB jedoch analog anzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob die Regelungslücke planwidrig war, denn grundrechtlich ist die Gleichbehandlung geboten (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az. B 1 KR 36/14 R, juris Rn 15 zur analogen Anwendung in einem anderen öffentlichrechtlichen Behandlungsverhältnis). Selbst wenn für das Land Niedersachsen ein Informationsfreiheits- oder Transparenzgesetz erlassen werden sollte, das die Anwendbarkeit des ungeschriebenen Anspruches auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über Akteneinsichtsgesuche ausschließt (vgl. OVG Bln-Bbg, Urteil vom 22.03.2018,

96a

Az. 12 B 5.17, juris Rn 12 bis 15) und so an dessen Stelle träte, bliebe der spezielle bundesrechtliche Anspruch auf Einsicht in die eigene Patientenakte gemäß bzw. analog § 630g Abs. 1 BGB eigenständig anwendbar. Patientenakten sind im Rettungsdienst zumindest die Einsatzberichte und -protokolle nach § 11 Abs. 1 NRettDG, vgl. § 630f Abs. 2 S. 1 BGB. Seit 2018 besteht zudem ein unionsrechtlicher Anspruch auf Auskunft aus der sowie auf Zurverfügungstellung einer Kopie der eigenen Patientenakte gemäß Art. 15 Abs. 1 und 3 Datenschutz-Grundverordnung. Da Umfang und Art der Einsichtsgewährung nach (Art. 23 Abs. 1, lit. i DSGVO i.V.m.) § 630g Abs. 1 BGB auch von medizinischen Einschätzungen abhängen können, sollte verwaltungsintern der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes (ÄLRD) oder ein anderer Arzt beteiligt werden. Für Streitigkeiten über öffentlichrechtliche Einsichtsrechte ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben, § 40 Abs. 1 VwGO. Eine Unterstützung von sozialversicherten Patienten durch ihre gesetzliche Krankenkasse nach § 66 SGB V kommt nicht in Betracht, da es sich bei Rettungsdienstleistungen nicht um Sozialversicherungsleistungen handelt; eine Analogie scheidet hier mangels planwidriger Regelungslücke (siehe BT-Drs. 11/2237 vom 03.05.1988, S. 189) aus. Eine Unterstützung privatversicherter Patienten durch ihre Privatversicherung ist demgegenüber im Rahmen der Vertragsfreiheit möglich, § 192 Abs. 3, Nr. 4 VVG.

Keine Anwendung findet nach hier vertretener Auffassung der unselbstständige Hilfs- und Nebenanspruch auf Auskunftserteilung nach den Grundsätzen von Treu und Glauben (§ 242 BGB), der richterrechtlich unter bestimmten Voraussetzungen zur Vorbereitung von Leistungsklagen auf Schadensersatz, einschließlich Amtshaftungsklagen, anerkannt ist (BGHZ 78, 274, Urteil vom 25.09.1980, Az. III ZR 74/78, juris Rn 10 f.; BGH, Urteil vom 20.01.2015, Az. VI ZR 137/14, juris Rn 7 bis 9; BGHZ 204, 54, Urteil vom 28.01.2015, Az. XII ZR 201/13, juris Rn 9 f.). Zum einen kann ein solcher Auskunftsanspruch nicht Nebenpflicht eines Rechtsverhältnisses sein, aus dem bereits ein Einsichtsanspruch (siehe oben) folgt. Zum anderen handelt es sich um einen subsidiären Anspruch, der nicht zum Tragen kommen kann, falls aus irgendeinem Rechtsverhältnis zwischen Anspruchsteller und Anspruchsgegner ein speziellerer Anspruch auf Auskunft oder sogar auf Einsicht folgt. Nach hier vertretener Ansicht fehlt es dann bereits an der Voraussetzung, dass der Anspruchsteller zur Durchsetzung seiner Rechte auf die Auskunft angewiesen sein muss (vgl. BGHZ 204, 54, juris Rn 10) bzw. er in entschuldbarer Weise über das Bestehen oder den Umfang seines Rechts im Ungewissen sein muss (vgl. BGH, Urteil vom 18.02.2021, Az. III ZR 175/19, juris Rn 46). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass der Auskunftsanspruch als unselbstständiger Anspruch – im Gegensatz zum selbstständigen Anspruch auf Einsicht in die eigene Patientenakte gemäß oder analog § 630g BGB (BGH, Beschl. vom 21.06.2022, Az. VI ZR 1067/20, juris Rn 14) – dem Hauptanspruch auf Schadensersatz auch in prozessualer Hinsicht folgt, im Falle der Amtshaftungsklage also an der Rechtswegzuweisung des Amtshaftungsanspruches an die Zivilgerichte (siehe Rn 96b) teilnimmt (BGHZ 78, 274, juris Rn 10 und 12 bis 15; ferner BVerwGE 37, 231, Urteil vom 17.02.1971, Az. IV C 86.68, juris Rn 17 ff.; BVerwGE 40, 254, Urteil vom 14.07.1972, Az. IV C 81.69, juris Rn 19 ff.) und dort grundsätzlich gemeinsam mit diesem im Rahmen einer Stufenklage (§ 254 ZPO) geltend gemacht werden kann. Denn der Auskunftsanspruch nach Treu und Glauben bezweckt die Schließung einer Informationslücke des Anspruchstellers, nicht hingegen die Schaffung der Möglichkeit zur prozessökonomischen objektiven Klagehäufung; die Subsidiarität besteht daher rechtswegübergreifend. Jedenfalls aber würde es einer Klage auf Auskunftserteilung auf Grundlage von Treu und Glauben bei Bestehen eines selbstständigen Auskunfts- oder Einsichtsrechts in der Regel am Rechtsschutzbedürfnis fehlen, da das Informationsbegehren dann vorgerichtlich auf einfachere und schnellere Weise zu erreichen gewesen wäre (vgl. BGHZ 55, 201, Urteil vom 20.01.1971, Az. VIII ZR 251/69, juris Rn 14; BGH, Urteil vom 18.02.1998, Az. VIII ZR 376/96, juris Rn 8).

d) Schlichtungsstelle der Ärztekammer

Zur außergerichtlichen Prüfung von Behandlungsfehlern und Schlichtung von Streitigkeiten aus Behandlungsverhältnissen wurde bei der Ärztekammer Niedersachsen gemäß § 11 und § 9 Abs. 1 S. 1, Nr. 4 Heilberufekammergesetz eine Schlichtungsstelle eingerichtet; bis zum 31.12.2021 existierte eine gemeinsame Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern. Die Schlichtungsstelle wird grundsätzlich vorgerichtlich tätig (§ 6 Abs. 4, lit. a und b der Satzung der Schlichtungsstelle der ÄKN), ihre Tätigkeit ist jedoch nicht Voraussetzung für die Anrufung eines Gerichts (§ 9 Abs. 1 S. 1, Nr. 4 HKG; ferner § 12 Abs. 1 der Satzung). Die Gefahr einer Verjährung des in Frage stehenden Schadensersatzanspruches ist mit der Anrufung der Schlichtungsstelle nicht verbunden, da sie eine staatliche Streitbeilegungsstelle im Sinne von § 204 Abs. 1 Nr. 4, lit. a, 1. Alt. BGB ist (BT-Drs. 18/5089 vom 09.06.2015, S. 80), so dass die Antragstellung unabhängig von einem Einvernehmen des Anspruchsgegners die Verjährung hemmt. Dies war bereits nach früherer Rechtslage der Fall (BGHZ 213, 281, Urteil vom 17.01.2017, Az. VI ZR 239/15, juris Rn 10 bis 14). Allerdings kann die Schlichtungsstelle nicht bei möglichen Fehlern von Nichtärzten tätig werden, da ihre Zuständigkeit nicht weiter reicht als die der Ärztekammer, welche eine berufsständische Kammer der Ärzte ist. Ursprünglich war die Schlichtungsstelle auf die Krankenhaus(träger)- und Arzthaftung bei privatrechtlichen Behandlungsverhältnissen ausgerichtet und nicht auf die Amtshaftung aus öffentlichrechtlichem Behandlungsverhältnis. So führt sie den Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen“ (§ 1 S. 2 der Satzung); als Verfahrensbeteiligte waren auf der Behandlungsseite bis zum 31.12.2022 der in Anspruch genom-

mene Arzt und/oder die Gesellschaft, für die der Arzt tätig war, vorgesehen (§ 5 Abs. 1, lit. b der Satzung alter Fassung). Die in der Satzung aufgeführten Beispiele solcher Gesellschaften umfassen auch Krankenhäuser, deren Träger aber – ohne dass dies etwas an der grundsätzlich privatrechtlichen Natur der dortigen Behandlungsverhältnisse ändern würde – nicht selten ein Zweckverband, eine Anstalt oder eine sonstige juristische Person des öffentlichen Rechts ist. Der Umstand, dass § 2 lit. b der Kostenordnung der Schlichtungsstelle in diesem Zusammenhang nicht von Gesellschaften, sondern von Rechtsträgern der Behandlungseinrichtung spricht sowie der nicht auf Behandlungseinrichtungen in privater Rechtsform beschränkte gesetzliche Zweck der Schlichtungsstelle sprechen dafür, hier sämtliche Träger unabhängig von ihrer Rechtsform als zulässige Verfahrensbeteiligte anzusehen. Mit Wirkung vom 01.01.2023 wurde der Kreis der auf Behandlungsseite Verfahrensbeteiligten in § 5 Abs. 1, lit. b der Satzung um die im Durchgangsarztverfahren zuständigen Unfallversicherungsträger erweitert und entsprechend die Kostenordnung um § 2 lit. c. Damit ist nun auch ein Fall öffentlichrechtlicher ärztlicher Tätigkeit mit Amtshaftung des jeweiligen Unfallversicherungsträgers normiert (vgl. BGHZ 213, 120, Urteil vom 29.11.2016, Az. VI ZR 208/15, juris Rn 9). Dies bedeutet aber nicht, dass im Umkehrschluss die nicht erwähnten öffentlichrechtlichen Behandlungsverhältnisse nicht von der Schlichtungsstelle behandelt würden. Nach Mitteilung der Schlichtungsstelle vom 14.12.2022 dient die Ergänzung der Klarstellung, dass auch öffentlichrechtliche Behandlungsverhältnisse geprüft werden können. Letztlich sind somit auch Rettungsdienststräger als beteiligtenfähig anzusehen, für die das ärztliche Rettungsdienstpersonal mittelbar oder unmittelbar tätig wird. Die Aufgabe der Schlichtungsstelle wurde durch § 2 und § 8 Abs. 1 und 5 der Satzung dahingehend konkretisiert, dass eine Begutachtung der ärztlichen Behandlung durchzuführen und eine medizinisch und juristisch begründete Bewertung der Haftungsfrage dem Grunde nach abzugeben ist. Sofern sich ein Rettungsdienststräger an einem solchen Verfahren beteiligt (§ 6 Abs. 1 der Satzung), hat er die erforderlichen Informationen, insbesondere die Behandlungsdokumentation, zur Verfügung zu stellen (§ 7 der Satzung) sowie die Kosten zu tragen (§ 10 Abs. 2 S. 1 der Satzung i.V.m. § 2 lit. b und c der Kostenordnung analog); für die Patienten sind Verfahren vor der Schlichtungsstelle kostenfrei (§ 10 Abs. 1 der Satzung).

e) Gerichtliche Durchsetzung

Gelingt außergerichtlich keine Einigung, kommt die Durchsetzung des Schadensersatzanspruches im Wege einer Amtshaftungsklage in Betracht. Für diese sind die Zivilgerichte der ordentlichen Gerichtsbarkeit zuständig (Art. 34 Satz 3 GG; § 40 Abs. 2 S. 1, 1. Hs. VwGO; § 17 Abs. 2 GVG), und zwar unabhängig vom Streitwert erstinstanzlich die Landgerichte (§ 71 Abs. 2, Nr. 2 GVG). Damit müssen sich die Parteien grundsätzlich durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen (§ 78 Abs. 1 und 2 ZPO); die Vertretung durch einen Syndikusrechtsanwalt kommt dabei nicht in Betracht (§ 46c Abs. 2 S. 1, Nr. 1 BRAO). Örtlich zuständig sind das Landgericht, in dessen Bezirk die Amtspflicht verletzt wurde (§ 32 ZPO) sowie je nach haftendem Hoheitsträger das Landgericht, in dessen Bezirk die Behörde, die berufen ist, das Land Niedersachsen als Träger des Luftrettungsdienstes in dem Rechtsstreit zu vertreten – derzeit das Nds. Ministerium für Inneres und Sport (Abschnitt IV, A, 1 i.V.m. Abschnitt II d. Gem. RdErl. d. StK u. sämtl. Min. vom 12.07.2012, Az. 201-01461/03 (Nds. MBl. 2012, S. 578), zuletzt geändert durch Gem. RdErl. vom 03.06.2021 (Nds. MBl. 2021, S. 1020)) als das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium (siehe Rn 21) –, ihren Sitz hat (§ 18 ZPO) bzw. in dessen Bezirk der kommunale Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes seinen Sitz hat (§ 17 Abs. 1 ZPO). Sofern diese Gerichtsstände nicht ohnehin in demselben Landgericht zusammenfallen, was bei Amtshaftungsklagen gegen kommunale Rettungsdienststräger der Regelfall ist, hat der Kläger ein Wahlrecht (§ 35 ZPO).

Für Streitigkeiten aus (Heil-) Behandlungen gibt es an den Landgerichten (§ 72a Abs. 1, Nr. 3 GVG) und Oberlandesgerichten (§ 119a Abs. 1, Nr. 3 GVG) auf Behandlungsrecht spezialisierte Spruchkörper, die – wie schon bei § 348 Abs. 1 S. 2, Nr. 2, lit. e ZPO – über den engen Wortlaut hinaus nicht nur für Streitigkeiten aus kurativen Behandlungen, sondern für solche aus allen (human-) medizinischen Behandlungen zuständig sind (BT-Drs. 18/11437 vom 08.03.2017, S. 45 und 46; BT-Drs. 14/4722 vom 24.11.2000, S. 88). Nicht von dieser Zuständigkeit erfasst sind nach dem Willen des Gesetzgebers allerdings Streitigkeiten aus Amtshaftung (BT-Drs. 18/11437, S. 45); es bleibt den Gerichten jedoch überlassen, ihren auf Behandlungsrecht spezialisierten Zivilkammern bzw. Zivilsenaten auch Streitigkeiten aus Amtshaftung zuzuweisen (§ 72a Abs. 3 und § 119a Abs. 3 GVG), so dass in beiden Tatsacheninstanzen einer Amtshaftungsklage entsprechend spezialisierte Spruchkörper entscheiden können. Beim BGH als Revisionsinstanz ist für Amtshaftungsansprüche aus medizinischer Behandlung nach der bisherigen Geschäftsverteilung nicht der grundsätzlich für Behandelndenhaftung zuständige VI. Zivilsenat, sondern der grundsätzlich für Amtshaftung zuständige III. Zivilsenat zuständig. Der Bedarf an Spezialisierung resultiert daraus, dass die (Tatsachen-) Richter ihre rechtlichen Bewertungen anhand medizinischer Maßstäbe vornehmen und auf tatsächliche Anhaltspunkte stützen müssen, welche sich in der Regel nur mit Hilfe von Sachverständigen ermitteln und medizinisch bewerten lassen, deren Gutachten und Stellungnahmen vom Gericht auf Vollständigkeit, Plausibilität und Widerspruchsfreiheit zu prüfen sind (BGH, Urteil vom 24.02.2015, Az. VI ZR 106/13, juris Rn 10; BGH, Urteil vom 19.11.1996, Az. VI ZR 350/95, juris Rn 9; BGH, Beschl. vom 21.01.2009, Az. VI ZR 170/08, juris Rn 7). Eine entsprechende Spezialisierung innerhalb der Anwaltschaft erfolgte 2004 durch die Einführung des Fachanwaltes für Medizinrecht. Auch hier

96b

96c

sind allerdings weder besondere Kenntnisse im Bereich des Rettungsdienstrechts, noch im Bereich des Berufsrechts der rettungsdienstlichen Heilberufe zwingend, § 14b FAO. Auf Patientenseite können grundsätzlich keine medizinischen Kenntnisse erwartet und gefordert werden, weshalb in Behandelnden- und Krankenhaus- sowie entsprechenden Amtshaftungsprozessen aus den rechtsstaatlichen Ansprüchen auf ein faires Verfahren aus Art. 20 Abs. 3 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG und auf prozessuale Waffengleichheit aus Art. 20 Abs. 3 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG folgt, dass an die Darlegungslast des Patienten nur geminderte Anforderungen gestellt werden dürfen und regelmäßig eine gesteigerte Verpflichtung des Gerichts zur Sachverhaltsaufklärung bis hin zur Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen besteht (BGH, Beschl. vom 12.03.2019, Az. VI ZR 278/18, juris Rn 9; OLG Oldenburg, Beschl. vom 25.02.2008, Az. 5 W 10/08, juris Rn 7). Eine Verletzung dieser Maßgaben kann zudem den Anspruch des Patienten auf Gewährung rechtlichen Gehörs aus Art. 103 Abs. 1 GG verletzen (BGH, Beschl. vom 25.06.2019, Az. VI ZR 12/17, juris Rn 8 f.; BGH, Beschl. vom 01.03.2016, Az. VI ZR 49/15, juris Rn 6).

Bei Streitigkeiten aus Verkehrsunfällen kann unter anderem die Verwendung von blauem Blinklicht und Einsatzhorn in der Regel durch die Auswertung eines Unfalldatenspeichers aus dem Rettungsdienstfahrzeug durch einen Unfallsachverständigen geklärt werden. Ob die Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme von Wegerecht und Sonderrechten vorlagen (siehe Rn 37 und 63), wird anhand des aufgezeichneten einsatzbedingten Fernmeldeverkehrs, des Einsatzprotokolls der Rettungsleitstelle sowie des Einsatzberichts nach § 11 Abs. 1 NREttDG ermittelt werden können. Die sachnächste anwaltschaftliche Spezialisierung ist die Fachanwaltschaft für Verkehrsrecht, § 14d FAO. 96d

f) Anspruchskonkurrenzen und Gesamtschuldnerschaft, insbesondere bei Fahrzeughalterhaftung

Grundsätzlich können sich Schadensersatzansprüche zugleich aus vertraglichen und gesetzlichen Schuldverhältnissen ergeben, auch können zugleich verschiedene gesetzliche Anspruchsgrundlagen einschlägig sein (siehe Rn 93a). Im Bereich hoheitlichen Handelns sind neben der Amtshaftung aus § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG andere Verschuldenshaftungen aus unerlaubter Handlung (allgemeine Handelndenhaftung nach § 823 BGB, Haftung des Kfz-Führers nach § 18 StVG) ausgeschlossen, nicht aber Gefährdungshaftungen wie die Haftung des Kfz-Halters nach § 7 Abs. 1 StVG (BGH, Urteil vom 09.10.2014, Az. III ZR 68/14, juris Rn 8; BGHZ 118, 304, Urteil vom 04.06.1992, Az. III ZR 93/91, juris Rn 22; BGH, Urteil vom 18.01.2005, Az. VI ZR 115/04, juris Rn 7; BGHZ 50, 271, Urteil vom 27.06.1968, Az. III ZR 63/65, juris Rn 8). Bei der Fahrzeughalterhaftung kann Inhaber eines Schadensersatzanspruches außer einem Dritten auch der beförderte Patient sein (implizit § 8a StVG; explizit die Begründung zur Gesetzesänderung in BT-Drs. 14/7752 vom 07.12.2001, S. 31). Dieser wird in aller Regel auch nicht im Sinne von § 8 Nr. 2 StVG bei dem Betrieb des Kraftfahrzeugs des Rettungsdienstes tätig geworden sein. Haftender Halter ist je nach Art der Durchführung des Rettungsdienstes der Rettungsdienstträger oder/und ein von ihm beauftragter Leistungserbringer, also etwa eine private Hilfsorganisation. Haften aufgrund eines Verkehrsunfalls eine private Hilfsorganisation aus Halterhaftung und der Rettungsdienstträger aus Amtshaftung ohne Möglichkeit der haftungsausschließenden Verweisung auf den Privaten nach § 839 Abs. 1 S. 2 BGB (siehe Rn 95/3), so haften sie dem Geschädigten gemäß § 840 Abs. 1 BGB – der neben unerlaubten Handlungen im engeren Sinne auch Gefährdungshaftungstatbestände wie den des § 7 Abs. 1 StVG umfasst (vgl. BGHZ 85, 375, Urteil vom 26.11.1982, Az. V ZR 314/81, juris Rn 30) – als Gesamtschuldner. Auch falls beide als Halter des unfallbeteiligten Rettungsdienstfahrzeugs nach § 7 Abs. 1 StVG haften, haften sie gemäß § 840 Abs. 1 BGB gesamtschuldnerisch. Für eine gerichtliche Durchsetzung eines Anspruchs aus Halterhaftung sind die Zivilgerichte der ordentlichen Gerichtsbarkeit zuständig (§ 13 GVG), und zwar erstinstanzlich streitwertabhängig entweder die Amtsgerichte (§ 23 Nr. 1 GVG) oder die Landgerichte (§ 71 Abs. 1 GVG). Örtlich zuständig kann das (Amts- oder Land-) Gericht sein, in dessen Bezirk das schädigende Ereignis stattgefunden hat (§ 20 StVG), in dessen Bezirk die unerlaubte Handlung begangen wurde (§ 32 ZPO) – hierunter fallen neben unerlaubten Handlungen im engeren Sinne auch Gefährdungshaftungstatbestände wie derjenige nach § 7 Abs. 1 StVG (vgl. BGHZ 189, 320, Urteil vom 05.05.2011, Az. IX ZR 176/10, juris Rn 9) – oder in dessen Bezirk der Rettungsdienstträger oder die sonstige juristische Person ihren Sitz hat (§ 17 Abs. 1 ZPO). Wird ein Schadensersatzanspruch gegen einen Hoheitsträger bis zu einer Höhe von 5.000 € zugleich auf Amtshaftung und auf Halterhaftung gestützt, so ist fraglich, ob auf die erstinstanzliche Zuständigkeit als Unterfall der sachlichen Zuständigkeit die Kompetenznorm des § 17 Abs. 2 S. 1 GVG analog anzuwenden ist (dazu BGHZ 153, 173, Beschl. vom 10.12.2002, Az. X ARZ 208/02, juris Rn 11 f. und 15; BGHZ 132, 105, Urteil vom 28.02.1996, Az. XII ZR 181/93, juris Rn 18) mit der Folge, dass das angerufene Gericht den Rechtsstreit unter Einbeziehung beider Anspruchsgrundlagen zu entscheiden hat. 96e

In der Gerichtspraxis bislang kaum von Bedeutung sind Schadensersatzansprüche von Patienten aus anderen gesetzlichen Schuldverhältnissen öffentlichen Rechts, für die gemäß § 40 Abs. 2 S. 1 VwGO ebenfalls die Zivilgerichte der ordentlichen Gerichtsbarkeit zuständig sind (BGHZ 88, 85, Urteil vom 07.07.1983, Az. III ZR 119/82, juris Rn 32; BVerwG, Beschl. vom 22.04.2003, Az. 3 A 5.02, juris Rn 1 f.; Nds. OVG, Beschl. vom 12.12.2008, Az. 8 PA 105/08, juris Rn 6), und dort in erster Instanz je nach Streitwert entweder die Amts- oder Landgerichte (§§ 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG). In Betracht kommen nach hier vertretener Ansicht ausschließlich 96f

Schadensersatzansprüche aus öffentlichrechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag, also die Haftung des Rettungsdienstträgers wegen eines Übernahmeverschuldens analog § 678 BGB oder wegen eines Ausführungsverschuldens analog § 677 i.V.m. § 280 BGB, wobei jeweils der Rettungsdienstträger für das Verschulden eigener Bediensteter und im Falle einer Fremddurchführung von Rettungsdienstleistungen für das Verschulden des Beauftragten und seines Personals analog § 278 BGB einzustehen hat und jeweils die Haftungsbeschränkung des § 680 BGB nicht anwendbar ist (siehe Rn 91), nicht hingegen Schadensersatzansprüche aus sonstigen verwaltungsrechtlichen gesetzlichen Schuldverhältnissen analog (§ 630a i.V.m.) § 280 BGB. Solche vertragsähnlichen Schadensersatzhaftungen sind in der Rechtsprechung zwar unter anderem bei öffentlichrechtlichen Leistungs- und (Anstalts-) Benutzungsverhältnissen anerkannt (BGHZ 166, 268, Urteil vom 23.02.2006, Az. III ZR 164/05, juris Rn 17), zu denen auch das Rettungsdienstleistungsverhältnis gehört (siehe Rn 86). Und auch das Schriftformerfordernis des § 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m. § 57 VwVfG steht nur der Annahme eines konkludenten öffentlichrechtlichen Behandlungsvertrages analog § 630a BGB entgegen (siehe Rn 91), nicht aber einer Schadensersatzhaftung nach vertragsähnlichen Grundsätzen. Die vertragsähnliche Haftung kann schließlich neben eine deliktische (Amts-) Haftung treten (BGH, Urteil vom 20.06.1974, Az. III ZR 97/72, juris Rn 13; BGH, Urteil vom 13.10.1977, Az. III ZR 122/75, juris Rn 23). Für eine Analogie fehlt es jedoch an einer Regelungslücke: Soweit nicht schon eine Schadensersatzhaftung aus öffentlichrechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag zu bejahen ist, besteht jedenfalls die Möglichkeit einer Amtshaftung. Diese Haftungsmöglichkeit bedeutet auch keine Schlechterstellung des Patienten gegenüber einem entsprechenden rettungsdienstlichen Handeln in privatrechtlicher Form mit vertraglicher Haftung, da das (Organisations-) Verschulden bei der Amtshaftung wie bei § 280 Abs. 1 S. 2 BGB widerleglich vermutet wird (siehe Rn 95/2), der Anwendungsbereich des Haftungsausschlusses bei Fahrlässigkeit nach § 839 Abs. 1 S. 2 BGB stark eingeschränkt ist (siehe Rn 95/3) und der Haftungsausschluss nach § 839 Abs. 3 BGB in aller Regel nicht greift (siehe Rn 95/3). Etwaige danach verbleibende Unterschiede beider Haftungsregime sind nicht von solchem Gewicht, dass sie nicht durch den Unterschied zwischen öffentlichrechtlichem und privatrechtlichem Handeln zu rechtfertigen wären; zudem dürfte auch von einer Haftung nach vertragsähnlichen Grundsätzen keine völlige Gleichheit mit einer vertraglichen Haftung erwartet werden. Im Übrigen birgt die Amtshaftung für Patienten gegenüber einer vertragsähnlichen Haftung sogar den Vorteil, dass die Haftung für Fahrlässigkeit dort grundsätzlich nicht durch (Anstalts-) Satzung eingeschränkt werden kann (BGHZ 61, 7, Urteil vom 17.05.1973, Az. III ZR 68/71, juris Rn 22; BGHZ 88, 85, juris Rn 40).

8. Schadensersatzhaftung bei Schädigung des Rettungsdienstpersonals

Bei Rettungsdienstseinsätzen kann auch das Rettungsdienstpersonal geschädigt werden. In solchen Fällen kann ein Schadensersatzanspruch des Geschädigten oder seiner Versicherung (§ 116 SGB X; § 86 VVG) oder seines Dienstherrn (§ 52 Nds. Beamtengesetz) gegen den für die Schädigung verantwortlichen Patienten oder Dritten insbesondere aus deliktischer Haftung einschließlich Gefährdungshaftung – z.B. Tierhalterhaftung (§ 833 BGB), Fahrzeughalterhaftung (§ 7 StVG), Bahnbetreiberhaftung (§ 1 HPfLG), Anlageninhaberhaftung (§ 2 HPfLG; § 1 und § 2 UmweltHG) oder (Medizin-) Produktherstellerhaftung (§ 1 ProdHaftG) – bestehen. Die Haftung umfasst zumindest Personenschäden. Zu den geschützten Rechtsgütern gehören das Leben, der Körper und auch die psychische Gesundheit; eine psychische Gesundheitsverletzung wird jedoch nur bei Beeinträchtigungen mit Krankheitswert angenommen (BGHZ 235, 239, Urteil vom 06.12.2022, Az. VI ZR 168/21, juris Rn 13). Überdies ist gerade bei psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Zurechnungszusammenhang zu prüfen; die Rechtsgutsverletzung bzw. der Schaden müssen also auch nach Art und Entstehungsweise unter den Schutzzweck der Norm fallen. Daran fehlt es in der Regel, wenn sich eine Gefahr realisiert hat, die dem allgemeinen Lebensrisiko und damit dem Risikobereich des Geschädigten zuzurechnen ist (ebenda, juris Rn 24). Beispielsweise stellt es ein allgemeines Lebensrisiko dar, zu einem Verkehrsunfall hinzukommen und mit ansehen zu müssen, wie Insassen der Unfallfahrzeuge verbrennen, ohne helfend eingreifen zu können (BGHZ 172, 263, Urteil vom 22.05.2007, Az. VI ZR 17/06, juris Rn 13 und 17). Das allgemeine Lebensrisiko kann zudem berufsspezifisch erweitert sein. Der Rettungsdienst ist für die medizinische Menschenrettung zuständig, ausgerüstet und ausgebildet, nicht hingegen für die technische Menschenrettung (siehe Rn 4, 60/2 und 99). Dementsprechend gehört es zum berufsspezifischen Risiko des Rettungsdienstpersonals, Schwerverletzte und Schwerkranke medizinisch versorgen zu müssen (Schl.-H. OLG, Urteil vom 01.08.2019, Az. 7 U 14/18, juris Rn 33) und auch frustrane Behandlungen zu erleben, nicht hingegen, an einer Unfallstelle einer Explosion ausgesetzt zu sein (ebenda, juris Rn 35). Sofern der Rettungsdienst von der Berufsfeuerwehr wahrgenommen wird (siehe Rn 131), ist darauf abzustellen, in welcher Funktion das Personal bei dem betreffenden Einsatz eingesetzt war. Allerdings kann auch die Verwirklichung einer Gefahr, die dem berufsspezifischen Risiko und damit grundsätzlich dem Risikobereich des Geschädigten zuzuordnen ist, bei wertender Betrachtung weiterhin dem Schädiger zuzurechnen sein, nämlich dann, wenn die Schädigung aus einer vorsätzlich begangenen Tat resultiert (BGHZ 218, 220, Urteil vom 17.04.2018, Az. VI ZR 237/17, juris Rn 12, 15 und 20; BGHZ 228, 264, Urteil vom 08.12.2020, Az. VI ZR 19/20, juris Rn 16). Bei verschuldensabhängigen deliktischen Haftungstatbeständen ist zusätzlich zu prüfen, ob die Verschuldensfähigkeit nach § 827 BGB ausgeschlossen oder gemindert ist. Das liegt insbesondere bei Einsätzen aufgrund von psychischer Erkrankung sowie Alkohol- und Drogenintoxikation nahe. Eine gerichtliche Durchsetzung von Ansprüchen gegen Patienten kommt zur Wahrung des Vertrauensverhältnisses im Allgemeinen und der Verschwiegenheitspflicht im Besonderen nur als letztes Mittel in Betracht (vgl. BGHZ 122, 115, Urteil vom 25.03.1993, Az. IX ZR 192/92, juris Rn 18). Dies ist auch zu berücksichtigen, wenn in Klageverfahren gegen Patienten aufgrund übergegangenen Schadensersatzanspruchs über das (Nicht-) Gebrauchmachen vom Zeugnisverweigerungsrecht zu entscheiden ist.

Von der Haftung von Schädigern zu unterscheiden ist die Einstandspflicht von Versicherungen der Geschädigten. Durch sie kann das Rettungsdienstpersonal auch gegen berufstypische Risiken versichert sein. Das gilt auch in Hinblick auf psychische Krankheiten und auch in der Sozialversicherung. Zwar wurden in die Berufskrankheiten-Verordnung nach § 9 Abs. 1 SGB VII bislang keine psychischen Erkrankungen aufgenommen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung sind aber Rettungssanitäter – dies muss für anderes Einsatzpersonal des Rettungsdienstes in der Notfallrettung ebenso gelten – durch die Rettungsdiensttätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung dem Risiko einer Konfrontation mit traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt, welche abstrakt-generell für Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F43.1; DSM-5 309.81) ursächlich sind, so dass diese psychische Erkrankung bei dieser Personengruppe nach § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen ist (BSG, Urteil vom 22.06.2023, Az. B 2 U 11/20 R, juris Rn 19). Es ist davon auszugehen, dass die Berufskrankheiten-Verordnung entsprechend ergänzt werden wird.

96g

96h

9. Rettungssanitäterausbildung nach der APVO-RettSan

a) Föderale Verteilung der Regelungskompetenzen und Regelungsmaterie der APVO-RettSan

Die Berufe im Rettungsdienst sind Heil(hilfs)berufe. Für die Zulassung zu Heilberufen kommt dem Bund gemäß Art. 74 Abs. 1, Nr. 19, 2. Var. GG eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zu, von der er u.a. durch die Bundesärzteordnung (i.V.m. der Approbationsordnung für Ärzte) Gebrauch gemacht hat. Allerdings stellt der im Rettungsdienst vorgesehene Notarzt kein eigenständiges Berufsbild dar, sondern beruht lediglich auf einer Zusatz-Weiterbildung, die durch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt ist, welche insoweit die ihnen von den Ländern im Rahmen der Kammergesetze (im Land Niedersachsen durch das Heilberufekammergesetz, § 9 Abs. 1 Nr. 3 HKG) übertragene berufsständische Selbstverwaltung ausüben. In Bezug auf Gesundheitsfachberufe aus dem Bereich des Rettungsdienstes hat der Bund durch die (ausgelaufene) Rettungsassistentenausbildung nach dem RettAssG von 1989 und die sie ersetzende Notfallsanitäterausbildung nach dem NotSanG von 2014 von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht. Anders als ursprünglich geplant wurde nicht die Rettungssanitäterausbildung durch Bundesgesetzgebung ausgeweitet (siehe den Entwurf eines RettSanG in BT-Drs. 7/822 vom 18.06.1973), sondern ein Berufsbild zusätzlich zum Rettungssanitäter geschaffen (BT-Drs. 11/2275 vom 06.05.1988, S. 7 f.; BVerwG, Urteil vom 20.11.2008, Az. 3 C 25.07, juris Rn 22), so dass die Regelungsbefugnis für die Rettungssanitäterausbildung bei den Ländern verblieben ist, Art. 72 Abs. 1 und Art. 30 GG. Von der insoweit gegenüber ihrem weiten Wortlaut eingeschränkten Verordnungsermächtigung zum Erlass von Ausbildungsvorschriften für Rettungsdienstpersonal nach § 30 Nr. 1 NRettdG hat der Ordnungsgeber – ähnlich wie in den meisten Bundesländern – nur für Rettungssanitäter Gebrauch gemacht: In Gestalt der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäter (APVO-RettSan), aktuell derjenigen vom 22.06.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 400), geändert durch Verordnung vom 15.02.2023 (Nds. GVBl. 2023, S. 16), welche die APVO-RettSan vom 17.12.2013 (Nds. GVBl. 2014, S. 2, berichtigt S. 73) ablöste, welche die APVO-RettSan vom 07.12.1993 (Nds. GVBl. 1993, S. 591), geändert durch Verordnung vom 10.12.2004 (Nds. GVBl. 2004, S. 586), ablöste. Im Übrigen regeln die jeweiligen Hilfsorganisationen die Ausbildungen selbst, wobei das Personal für den Rettungsdienst lediglich gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 NRettdG seiner Verwendung entsprechend nach einheitlichen Maßstäben ausgebildet sein muss. Das betrifft beim Rettungsdienstfachpersonal vor allem die Rettungshelfer, die im NRettdG keine Erwähnung finden, aber – in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 1 und 6 NRettdG – regelmäßig als Fahrer von Krankentransportwagen eingesetzt werden. Lediglich im Rettungsdienstgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen werden Rettungshelfer ausdrücklich als mögliche Fahrer für den Krankentransport genannt (§ 4 Abs. 4 Nr. 1 RettG NRW), bezieht sich die Verordnungsermächtigung ausdrücklich auf Rettungssanitäter und Rettungshelfer (§ 4 Abs. 6 RettG NRW) und wurde in der Folge auch die Rettungshelferausbildung hoheitlich geregelt (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäter sowie Rettungshelfer (RettAPrVO) vom 25.04.2022 (GV. NRW 2022, S. 582)); im Rettungsdienstgesetz des Landes Rheinland-Pfalz werden Rettungshelfer ebenfalls als mögliche Besatzungsmitglieder beim Krankentransport genannt (§ 22 Abs. 2, Nr. 2 RettDG RLP) und auch die Verordnungsermächtigung bezieht sich ausdrücklich auf Rettungssanitäter und Rettungshelfer (§ 22 Abs. 9 RettDG RLP), doch besteht hier keine eigenständige Rettungshelferausbildung, sondern die erfolgreiche Teilnahme an bestimmten Teilen der Rettungssanitäterausbildung wird als Rettungshelferausbildung anerkannt (§ 5 der Landesverordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungssanitätern (APORettSan) vom 10.12.2020 (GVBl. RLP 2020, S. 797)); in Bremen werden Rettungshelfer als mögliche Besatzungsmitglieder beim Krankentransport genannt (§ 30 Abs. 4 S. 2 Brem. HilfeleistungsgG), ohne dass es eine hoheitliche Regelung zu ihrer Ausbildung gibt.

Die niedersächsische APVO-RettSan regelt Zugangsvoraussetzungen zur sowie Inhalte, Dauer und Gliederung der Rettungssanitäterausbildung, die Anforderungen an und Anerkennung von Ausbildungsstätten, Klinikpraktikumsausbildungseinrichtungen, Lehrrettungswachen und Lehrrettungspersonal sowie die staatliche Rettungssanitäterprüfung und die Gleichwertigkeit bzw. Anerkennung von anderen Ausbildungen. Nicht geregelt ist dagegen die Fortbildung der Rettungssanitäter (und ebenso wenig die des übrigen Rettungsdienstpersonals); die Verordnungsermächtigung ist insoweit nicht voll ausgeschöpft.

b) Berufsbild und Zugangsvoraussetzungen zum Beruf des Rettungssanitäters

Rettungssanitäter werden – in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 1 bis 4 NRettdG – regelmäßig als Fahrer von Krankenkraftwagen in der Notfallrettung sowie gemäß § 10 Abs. 2 S. 6 NRettdG beim qualifizierten Krankentransport – dort zumeist wegen der Funktion als Einsatzführer als Beifahrer, aber gegebenenfalls auch als Fahrer des Krankentransportwagens – eingesetzt. Auch beim durch Änderungsgesetz vom 29.06.2022 (Nds. GVBl. 2022, S. 403) eingeführten Notfalltransport sollen einsatzerfahrene Rettungssanitäter als Einsatzführer fungieren, wenngleich sich § 10 Abs. 2 S. 5 NRettdG seinem Wortlaut nach nur auf die Besetzung von Notfallkrankwagen bezieht (siehe Rn 52). Nach § 10 Abs. 1 S. 1 NRettdG muss das im Rettungsdienst eingesetzte Personal fachlich und gesundheitlich geeignet sein und die erforderliche Zuverlässigkeit besitzen; Satz 2 sieht eine Ausbildung des Personals nach einheitlichen Maßstäben entsprechend seiner Verwendung vor. Dementsprechend bestimmte § 1 Abs. 2 APVO-RettSan 2013, dass die Rettungssanitäterausbildung dazu befähigen soll, beim Krankentransport Patienten selbständig zu betreuen (Einsatzführerfunktion) sowie bei

der Notfallrettung Fahrer- und Helferfunktionen auszuüben. Inhaltlich bleibt dieses Ausbildungsziel aktuell, auch wenn § 1 Abs. 2 APVO-RettSan 2021 als Ausbildungsziel nun unspezifisch die Befähigung zum Einsatz in unterschiedlichen Funktionen in allen Bereichen des Patiententransports, des qualifizierten Krankentransports, der Notfallrettung und des Bevölkerungsschutzes benennt. Die Helferfunktion bezieht sich dabei auf die Unterstützung der Rettungsassistenten und Notfallsanitäter sowie der Notärzte, denen allerdings in erster Linie Rettungsassistenten und Notfallsanitäter assistieren. Da die APVO-RettSan auf der Verordnungsermächtigung des § 30 Nr. 1 NRettdG beruht, konkretisierende Vorschriften zu erlassen über die Ausbildung der im Rettungsdienst einsatzbereit zu haltenden Personen, und nach § 5 Abs. 3 S. 1 NRettdG Leistungen des Rettungsdienstes geschäftsmäßig nur von den Rettungsdienstträgern selbst und von ihnen Beauftragten erbracht werden dürfen, ist eine berufliche Tätigkeit als Rettungssanitäter davon abhängig, dass die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden. Sowohl die in § 8 APVO-RettSan statuierten Zugangsvoraussetzungen zur Rettungssanitäterausbildung, als auch die in § 13 niedergelegten Voraussetzungen für die Zulassung zur Abschlussprüfung sowie die Prüfungsanforderungen selbst stellen dabei Eingriffe in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) in Gestalt von subjektiven – also personenabhängigen – Berufswahlregelungen dar, die nur dann gerechtfertigt sind, wenn sie zum Schutz eines wichtigen Gemeinschaftsgutes – hier der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes – erforderlich sind.

aa) Gesundheitliche Eignung

In Hinblick auf die gesundheitliche Eignung sieht § 8 Abs. 1 Nr. 3 APVO-RettSan vor, dass die Ausbildung nur 100
beginnen kann, wer nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung der Tätigkeit als Rettungssanitäter ungeeignet ist. Zum Nachweis ist gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 3 eine ärztliche Bescheinigung über die körperliche und gesundheitliche Eignung (nach dem Muster der Anlage 5) vorzulegen, die nicht älter als drei Monate ist. Nähere Vorgaben oder Hinweise für den untersuchenden Arzt gibt es nicht. Den Zugang zur Ausbildung zu verwehren ist gerechtfertigt, wenn der Auszubildende körperliche oder psychische Probleme hat, die bereits der Ableistung praktischer Ausbildungsabschnitte mit Patientenumgang entgegenstehen (vgl. BVerwG, Beschl. vom 03.09.1981, Az. 7 B 43.81, juris Rn 4), was bei der Rettungssanitäterausbildung mit Blick auf das Klinikpraktikum und das Rettungswachenpraktikum zum Tragen kommen kann. Allerdings wird man die gesundheitliche Eignung eines Auszubildenden trotz gesundheitlicher Probleme nicht verneinen können, wenn er z.B. medikamentös gut eingestellt ist und die Medikamente regelmäßig bzw. rechtzeitig einnehmen kann. Nähere Anhaltspunkte können sich aus der Anlage 4 zur Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) ergeben, die eine Aufstellung häufiger vorkommender Erkrankungen und Mängel enthält, welche die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Die Beurteilung der Übertragbarkeit auf die Eignung als Rettungssanitäter setzt jedoch voraus, dass der Arzt sich mit den tatsächlichen Gegebenheiten der Rettungssanitätertätigkeit auskennt.

Unabhängig von der APVO-RettSan müssen Personen, die in Krankenhäusern oder Rettungsdiensten tätig 101
sind, ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen (§ 20 Abs. 8 Nr. 3 i.V.m. § 23 Abs. 3 Nrn. 1 und 11 Infektionsschutzgesetz), das heißt es müssen mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt worden sein (§ 20 Abs. 8 S. 2 IfSG). Ein entsprechender Nachweis ist der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn der Tätigkeit vorzulegen (§ 20 Abs. 9 S. 1 IfSG), andernfalls darf die Person die Tätigkeit in der Einrichtung nicht aufnehmen (§ 20 Abs. 9 S. 6 und 7 IfSG). Dies gilt auch für Praktikanten (BT-Drs. 19/13452 vom 23.09.2019, S. 28) und somit bereits für die beiden Praktika im Rahmen der Rettungssanitäterausbildung – Klinik- und Rettungswachenpraktikum –, so dass ein entsprechender Impfschutz Voraussetzung für diese Ausbildungsabschnitte ist. Die darin liegende subjektive Berufszugangsvoraussetzung dient dem öffentlichen Gesundheitsschutz (BT-Drs. 19/13452, S. 31) und damit dem Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsgutes, was den Berufsfreiheitseingriff rechtfertigt. Ebenso mussten Personen einschließlich Praktikanten (BT-Drs. 20/188 vom 06.12.2021, S. 38), die in Krankenhäusern oder Rettungsdiensten tätig sind, seit dem 15.03.2022 grundsätzlich entweder einen vollständigen Impfschutz oder einen durch Infektion erworbenen Immunschutz gegen das SARS-CoV-2 haben (§ 20a Abs. 1 S. 1, Nr. 1, lit. a und k und S. 2 IfSG alter Fassung). Diese vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemielage geschaffene Regelung entfiel zum 01.01.2023.

Zudem bestehen medizinische Vorsorgepflichten des Arbeitgebers nach § 4 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in Bezug auf die Beschäftigten, und zwar in Krankenhäusern zumindest (Anhang zur ArbMedVV, Teil 2, Abs. 1, Nr. 3, lit. c, bb) und in Rettungsdiensten ebenfalls (Anhang zur ArbMedVV, Teil 2, Abs. 1, Nr. 3, lit. g) hinsichtlich des Hepatitis-B- und des Hepatitis-C-Virus. Zu den Vorsorgepflichten gehören auch Impfangebote (§ 6 Abs. 2 S. 3 und 4 ArbMedVV), wobei es aber bislang keinen Impfstoff zum Schutz vor Hepatitis C gibt. Da die Vorsorgepflicht für die arbeitsmedizinische Vorsorge im Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes gilt (§ 1 Abs. 2 ArbMedVV), welches außer Arbeitnehmern auch zur Berufsbildung Beschäftigte einschließt (§ 2 Abs. 2 Nrn. 1, 2 und 3, Abs. 3 ArbSchG), und der Arbeitgeber die Kosten für diese Impfmaßnahmen nicht den Beschäftigten auferlegen darf (§ 3 Abs. 3 ArbSchG), werden die Ausbildungseinrichtungen das Praktikum regelmäßig vom Nachweis des Bestehens eines entsprechenden Impfschutzes abhängig machen. Ohnehin handelt es sich bei den Impfungen grundsätzlich um Aktivimpfungen, bei denen der Schutz anders als bei passiver Immunisierung nicht sofort eintritt, so dass die Impfung rechtzeitig vor 102

Praktikumsbeginn erfolgen muss, um Schutz zu bieten. Für Personen einschließlich Praktikanten, die in Krankenhäusern oder Rettungsdiensten tätig sind bzw. werden, gehören Schutzimpfungen gegen Masern und Hepatitis B sowie gegen Hepatitis A zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, auf die sie als gesetzlich Krankenversicherte nach § 20i Abs. 1 SGB V i.V.m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 S. 2, Nr. 15 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie) auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission Anspruch haben – unabhängig davon, ob sie entsprechende Ansprüche auch gegen andere Kostenträger haben, z.B. aufgrund arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften (BT-Drs. 19/8351 vom 13.03.2019, S. 173). Auf Schutzimpfungen gegen das SARS-CoV-2 bestand ein Anspruch nach § 20i Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 1 und 2 der Coronavirus-Impfverordnung; zum 08.04.2023 wurde diese Schutzimpfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie und damit in die Regelversorgung überführt. Um in tatsächlicher Hinsicht einen rechtzeitigen Impfschutz der Auszubildenden zu ermöglichen, sollte das Land Niedersachsen entsprechend der objektivrechtlichen Pflicht zum Grundrechtsschutz durch Organisation und Verfahren in Bezug auf das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (siehe Rn 89) auf eine möglichst frühzeitige Information der Auszubildenden hinwirken.

Zu den Arbeitsschutzpflichten der Ausbildungseinrichtung gehört weiterhin die Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung, deren Kosten ebenfalls nicht dem Beschäftigten auferlegt werden darf. Als zulässig angesehen wird jedoch die Vereinbarung einer Kostenbeteiligung durch den Beschäftigten bei solcher Schutzausrüstung, die auch im Privatbereich genutzt werden darf und dem Beschäftigten daher auch einen privaten Vorteil bringt (BT-Drs. 13/3540 vom 22.01.1996, S. 16; BAGE 40, 50, Urteil vom 18.08.1982, Az. 5 AZR 493/80, juris Rn 20 ff.; BAG, Urteil vom 21.08.1985, Az. 7 AZR 199/83, juris Rn 52). Dies betrifft insbesondere die Sicherheitsschuhe für das Rettungswachenpraktikum. 103

bb) Fachliche Eignung

In fachlicher Hinsicht wird für den Ausbildungsbeginn vorausgesetzt, dass der Auszubildende über die erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (§ 8 Abs. 1 Nr. 6 APVO-RettSan). Kenntnisse in gesprochener wie geschriebener deutscher Sprache sind für die (Notfall-) Kommunikation mit verschiedenen Patientengruppen sowie mit Kollegen und für die Dokumentation notwendig. Bereits während der Ausbildung ist die Sprachkenntnis wichtig, um die Lehrinhalte verstehen zu können. 104

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben Deutschkenntnissen eine gewisse Allgemeinbildung, nachzuweisen durch Vorlage einer Kopie des Abschlusszeugnisses der Hauptschule, einer gleichwertigen Schulbildung oder einer Berufsausbildung (§ 8 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2 Nr. 2). 105

An fachlicher Vorbildung wurde bislang die nachweisliche Teilnahme an einer Erste-Hilfe-Ausbildung im Umfang von zwölf Zeitstunden vorausgesetzt, die nicht länger als zwei Jahre zurückliegen durfte (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 2 Nr. 6 APVO-RettSan 2013). Entsprechend dem Ziel einer fachlichen Vorbildung genügten dieser Zugangsvoraussetzung erst recht umfangreichere Vorbildungen wie beispielsweise eine erfolgreich abgeschlossene sanitätsdienstliche Ausbildung, vgl. § 5 Abs. 2 ApprO-Ärzte und § 19 Abs. 3 FeV. Die 2015 im Straßenverkehrsrecht erfolgte Vereinheitlichung, nach der nun für alle Fahrerlaubnisklassen das Erfordernis der Teilnahme an einer Schulung in Erster Hilfe im Umfang von mindestens neun Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten gilt (§ 19 Abs. 1 FeV), hatte nicht zu einer zeitlichen Absenkung der Ausbildungszugangsvoraussetzung auf 6 ¾ Zeitstunden geführt. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemielage wurde vom für den Rettungsdienst zuständigen Nds. Innenministerium mit Rundschreiben vom 06.05.2020 eine Ausnahmeregelung verfügt, wonach keine Erste-Hilfe-Ausbildung nachgewiesen werden muss; diese wurde mit Rundschreiben vom 29.10.2020 um sechs Monate, mit Rundschreiben vom 27.04.2021 um weitere sechs Monate und mit Rundschreiben vom 13.12.2021 letztlich bis zum 31.07.2022 verlängert. Mit der am 01.07.2021 in Kraft getretenen APVO-RettSan 2021 ist die Voraussetzung einer Erste-Hilfe-Ausbildung aber ohnehin gänzlich entfallen. 106

Ebenfalls als Voraussetzung der fachlichen Eignung zu verstehen ist die Altersbeschränkung des § 8 Abs. 1 Nr. 1, wonach zur Ausbildung nur zugelassen werden kann, wer das 17. Lebensjahr vollendet hat. Denn für den Umgang mit hilfebedürftigen Personen und bereits die Ausbildung dazu ist eine gewisse geistige Reife und soziale Kompetenz erforderlich, die erst um die Volljährigkeit herum zu erwarten ist. Dem Umstand, dass das Mindestalter für Fahrerlaubnisse der Klassen B und C1, welcher Krankentransportwagen und Rettungswagen angehören – deren Führen zum Berufsbild des Rettungssanitäters gehört –, 18 Jahre beträgt (§ 10 Abs. 1, Tabellenzeile 5, lit. a und Zeile 6 FeV) und dieses auch durch Fahrberechtigungen im Falle von ehrenamtlich tätigen Rettungssanitätern nicht herabgesetzt sein kann (§ 2 Abs. 10a StVG), kommt hierbei weitaus weniger Gewicht zu, da Auszubildende während des Rettungswachenpraktikums nur als Dritte auf dem Wagen mitfahren. Das Alter wird zum Beginn der Ausbildung zugleich mit der Identität durch Vorlage eines amtlichen Ausweisdokumente nachgewiesen (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 APVO-RettSan). 107

Der sich aus § 2 Abs. 3 i.V.m. Abs. 1 ergebenden zwingenden Abfolge der Ausbildungsabschnitte theoretisch-praktische Ausbildung – Klinikpraktikum – Rettungswachenpraktikum – Abschlusslehrgang – Abschlussprüfung (näher zur Gliederung siehe Rn 115a ff.) liegen didaktische Erwägungen zugrunde. Während der Ausbildung ist ein Ausbildungsnachweisheft nach dem Muster der Anlage 7 zu führen (§ 2 Abs. 6 und § 9). Zur Abschlussprüfung wird nur zugelassen, wer die Ausbildungsabschnitte nach den §§ 3 bis 5 (theoretisch-prakti- 108

sche Ausbildung, Klinikpraktikum und Rettungswachenpraktikum) abgeleistet oder entsprechende Nachweise über die Anerkennung von nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleisteten Rettungssanitäterausbildungsabschnitten nach § 2 Abs. 4 oder über die Anrechnung von anderen gleichwertigen Ausbildungen nach § 2 Abs. 5 vorgelegt hat (§ 13 Abs. 1 Nr. 3, fälschlich noch immer auf § 8 verweisend, wo die Anerkennungen durch die APVO-RettSan 2013 geregelt waren) und ein vollständig ausgefülltes Ausbildungsnachweisheft vorlegt (§ 13 Abs. 1 Nr. 2). Als abgeleistet gelten die Ausbildungsabschnitte, wenn jeweils nicht mehr als 10 % der Unterrichtseinheiten bzw. Praktikumsstunden versäumt wurden (§ 3 Abs. 1 S. 2, 2. Hs., § 4 Abs. 1 S. 6, § 5 Abs. 1 S. 4 und § 6 Satz 3); nicht von Belang ist diesbezüglich das Ergebnis der Leistungskontrollen (§ 3 Abs. 2) oder das Erreichen der in § 4 Abs. 2 S. 3 und § 5 Abs. 3 S. 3 formulierten Ausbildungsziele. Entscheidungen über die Anerkennung von Ausbildungsabschnitten und Ausbildungen nach § 8 Abs. 1 oder 2 APVO-RettSan 2013 waren von der Ausbildungsbehörde zu treffen. Es handelte sich um feststellende Verwaltungsakte; sie hatten nicht nur Bedeutung für die nachfolgende Prüfungszulassung, sondern auch für etwaige Wiederholungsprüfungszulassungen (§ 19 Abs. 1 APVO-RettSan 2013). Bei Gleichwertigkeit bestand im Falle des § 8 Abs. 1 ein gebundener Anspruch auf Anerkennung und im Falle des § 8 Abs. 2 ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über die Anerkennung, wobei das Ermessen gemäß § 40 VwVfG entsprechend dem Zweck des § 8 Abs. 2 APVO-RettSan 2013 auszuüben war, die fachliche Eignung als Rettungssanitäter sicherzustellen, konkret die Befähigung, beim Krankentransport Patienten selbständig zu betreuen sowie bei der Notfallrettung Fahrer- und Helferfunktionen auszuüben (§ 1 Abs. 2). Bei Berücksichtigung nicht dieser Zielsetzung entsprechender und damit sachfremder Erwägungen lag ein Ermessensfehler vor, was der gerichtlichen Kontrolle unterlag (§ 114 Satz 1 VwGO). Ob eine Ausbildung oder ein Ausbildungsabschnitt gleichwertig war, war von Amts wegen zu ermitteln (§ 24 Abs. 1 S. 1 VwVfG); nur eine Unaufklärbarkeit ging zu Lasten des Auszubildenden als beweiselastetem Antragsteller. Die Gleichwertigkeit war als unbestimmter Rechtsbegriff ohne Beurteilungsspielraum einer uneingeschränkten gerichtlichen Kontrolle zugänglich (BVerwGE 92, 88, Urteil vom 18.02.1993, Az. 3 C 64.90, juris Rn 41). Für die von der Ausbildungsbehörde zu treffende Entscheidung über die Anrechnung von anderen Ausbildungen im Umfang ihrer Gleichwertigkeit nach § 2 Abs. 5 APVO-RettSan 2021, der § 8 Abs. 2 APVO-RettSan 2013 entspricht, gilt das noch immer. Für die Entscheidung über die Anerkennung von nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleisteten Rettungssanitäterausbildungsabschnitten sieht § 2 Abs. 4 APVO-RettSan 2021 jedoch abweichend von § 8 Abs. 1 APVO-RettSan 2013 vor, dass statt der Ausbildungsbehörde die Ausbildungsstätten für die Anerkennungsentscheidung zuständig sind. Im Ergebnis kann sich das Land Niedersachsen seiner rechtsstaatlichen Bindungen durch die Neuregelung allerdings nicht entledigen. Die Ableistung des Abschlusslehrgangs ist bei alledem keine Berufszugangsvoraussetzung. Denn obwohl der Lehrgang als Teil der Ausbildung benannt wird (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 APVO-RettSan 2021) und eine Mindestanwesenheitszeit für seine Geltung als abgeleistet formuliert wird (§ 6 Satz 3), ist er nach § 13 Abs. 1 nicht Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung. § 13 Abs. 1 Nr. 3 setzt nur die Ableistung der Ausbildungsabschnitte nach den §§ 3-5 (oder ersatzweise Anerkennungen bzw. Anrechnungen nach § 2 Abs. 4 und 5) voraus, also nicht auch die des Abschlusslehrgangs nach § 6. Die Zulassungsvoraussetzung der Vorlage eines vollständig ausgefüllten Ausbildungsnachweishefts gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 2, für welches § 9 Abs. 1 S. 1 auf Anlage 7 als Muster verweist, das auch Eintragungen zum Abschlusslehrgang vorsieht, erfordert nur die Eintragungen zum, aber nicht die Teilnahme am Abschlusslehrgang. Die Ableistung auch des Abschlusslehrgangs gleichwohl zur Voraussetzung der Prüfungszulassung oder Prüfungsdurchführung zu machen, verstieße gegen die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG). Da für den Abschlusslehrgang, anders als für die übrigen Ausbildungsabschnitte (§ 3 Abs. 1 S. 3 und 4; § 4 Abs. 2 S. 3; § 5 Abs. 3 S. 3 und 4), auch gar keine Ausbildungsziele formuliert sind, sondern er gemäß § 6 S. 4 der Vorbereitung auf die staatliche Abschlussprüfung dient, er mithin dem Auszubildenden zugute kommt, aber nicht die Gewährleistung der fachlichen Eignung des Rettungsdienstfachpersonals bezweckt, wäre eine Teilnahmevoraussetzung an ihm kein rechtfertigungsfähiger Eingriff in die Berufsfreiheit. Dies ist im Rahmen von Prüfungswiederholungen, deren Voraussetzung die „Wiederholung“ des Abschlusslehrgangs ist (§ 18 Abs. 1 S. 5 und 6), anders zu beurteilen, da zwar nach Art. 12 Abs. 1 GG zumindest eine Prüfungswiederholung möglich sein muss (BVerwG, Beschl. vom 07.03.1991, Az. 7 B 178.90, juris Rn 10 und 14), die verfassungsrechtlichen Anforderungen aber zugunsten der einfachrechtlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten abnehmen. Im Falle des Verzichts auf den Abschlusslehrgang muss der Auszubildende mit Blick auf § 13 Abs. 2 S. 1 und 3 und § 10 Abs. 2 selbst organisatorisch tätig werden; bei alledem ist der Staat verpflichtet, den aus Art. 12 Abs. 1 GG folgenden Anspruch des Auszubildenden auf Zulassung zur und Durchführung der staatlichen Abschlussprüfung zu verwirklichen. Die mit dem Verzicht einhergehenden schlechteren Prüfungschancen des Auszubildenden sind ein von ihm selbst gewähltes Risiko und stellen keine Verletzung der durch Art. 3 Abs. 1 GG gebotenen Chancengleichheit im Prüfungswettbewerb dar (BVerwG, Beschl. vom 27.05.1980, Az. 2 B 65.79, juris Rn 6).

Um die Chancengleichheit zu wahren wie auch die fachliche Eignung sicherzustellen, ist zudem Voraussetzung der Zulassung zur Abschlussprüfung, dass der Auszubildende eine Erklärung nach dem Muster der Anlage 8 des Inhalts vorlegt, dass er sich nicht bereits an einer anderen Ausbildungsstätte für Rettungssanitäter

zu einer Abschlussprüfung angemeldet hat und er die Rettungssanitäterprüfung nicht bereits erfolglos versucht oder erfolglos wiederholt hat (§ 13 Abs. 1 Nr. 4).

Die fachliche Eignung für die Tätigkeit als Rettungssanitäter ist schließlich in der staatlichen Abschlussprüfung dadurch nachzuweisen, dass der schriftliche und der praktische Prüfungsteil bestanden wird (§ 10 Abs. 1 i.V.m. § 15 Abs. 4). Im schriftlichen Teil sind bei einer Bearbeitungszeit von 120 Minuten Prüfungsfragen zu beantworten (§ 14 Abs. 2 S. 1). Höchstens 50 % der Prüfungsfragen dürfen Multiple-Choice-Fragen sein, wobei je Frage nur eine Antwort richtig ist, im Übrigen sind die Prüfungsfragen offene Fragen (§ 14 Abs. 2 S. 2, § 15 Abs. 2 S. 1). Der praktische Teil besteht gemäß § 14 Abs. 3 aus zwei vorgegebenen Fallbeispielen, von denen das eine aus dem Bereich des qualifizierten Krankentransports oder aus dem Bereich der Notfallmedizinischen Versorgung und das andere aus dem Bereich Herzkreislaufstillstand mit Reanimation stammen muss. Eines der Fallbeispiele wird durch ein Fachgespräch ergänzt. Ein eigenständiger mündlicher Prüfungsteil (§ 7 Nr. 2 und § 9 APVO-RettSan 1993; § 11 Abs. 1 S. 2 und § 15 Abs. 3 APVO-RettSan 2013) ist nach der APVO-RettSan 2021 nicht mehr vorgesehen.

cc) Besitz der erforderlichen Zuverlässigkeit

Zum Beginn der Ausbildung sind zum Nachweis des Besitzes der für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderlichen Zuverlässigkeit (§ 8 Abs. 1 Nr. 5) eine Erklärung über strafrechtliche Verfahren nach dem Muster der Anlage 6 – zu etwaig anhängigen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren oder gerichtlichen Strafverfahren wegen des Verdachts einer Straftat oder rechtskräftigen Verurteilungen wegen einer Straftat – (§ 8 Abs. 2 Nr. 4) und ein Führungszeugnis nach § 30 des Bundeszentralregistergesetzes vorzulegen, das nicht älter als drei Monate ist (§ 8 Abs. 2 Nr. 5).

Die Zulassung zur Abschlussprüfung ist dann von der Vorlage einer erneuten Erklärung nach dem Muster der Anlage 6 abhängig (§ 13 Abs. 1 Nr. 5) sowie davon, dass die für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderliche Zuverlässigkeit weiterhin besteht (§ 13 Abs. 1 Nr. 6). Ein Führungszeugnis muss nicht erneut vorgelegt werden.

Die für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderliche Zuverlässigkeit besitzt, bei wem davon auszugehen ist, dass er die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten beachten wird. Entsprechend der Formulierung von § 8 Abs. 1 Nr. 5 wird nicht von der Unzuverlässigkeit ausgegangen, womit die Beweislast für das Gegenteil beim Auszubildenden läge, sondern Ausgangspunkt ist die Annahme der Zuverlässigkeit. Seine Unzuverlässigkeit liegt (erst) dann vor, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass er in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachten wird (so können entsprechende Eintragungen im Führungszeugnis etwa darauf schließen lassen, dass er Wertsachen der Patienten nicht ordnungsgemäß dokumentieren und übergeben wird, er Rettungsmittel straßenverkehrsrechtswidrig führen oder Arznei- und Betäubungsmittel abzwacken wird). Bei der somit vorzunehmenden Prognose ist auf den durch die Art, Schwere und Anzahl etwaiger Verstöße manifest gewordenen Charakter abzustellen. Bei Verstößen sind neben dem bisherigen Fehlverhalten auch die gesamte Persönlichkeit und die Lebensumstände zu würdigen (vgl. zu alledem VG Mainz, Urteil vom 24.01.2005, Az. 6 K 727/04, juris Rn 30; Nds. OVG, Beschl. vom 29.07.2009, Az. 8 PA 95/09, juris Rn 3). Nur bei Nichtvorlage einer Erklärung über strafrechtliche Verfahren oder eines Führungszeugnisses wird auch ohne die Kenntnis weiterer Tatsachen der Zugang zur Ausbildung verwehrt (§ 8) oder der Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung abgelehnt (§ 13). Liegt ein rechtskräftiges Strafurteil oder ein rechtskräftiger Strafbefehl vor, so können die darin getroffenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen zur Beurteilung der Person herangezogen werden, wenn nicht ausnahmsweise gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Feststellungen bestehen; falls ein Strafverfahren eingestellt wurde, dürfen die Ermittlungsergebnisse der Strafverfolgungsbehörden dennoch zur Grundlage einer berufsbezogenen Zuverlässigkeitsprognose gemacht werden (Nds. OVG, Beschl. vom 17.02.2016, Az. 8 ME 213/15, juris Rn 13 f. und 23).

c) Dauer und Gliederung der Rettungssanitäterausbildung

Das Ausbildungsprogramm geht zurück auf das nach dem Scheitern des Rettungssanitätergesetzes des Bundes von 1973 (siehe Rn 97) vom Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen“ für die Rettungssanitäterausbildung erarbeitete und im Rettungsdienstrecht der meisten Länder umgesetzte 520-Stunden-Programm, das seitdem vom Bund-Länder-Ausschuss und später dem Ausschuss „Rettungswesen“ (zu diesen siehe Rn 21) weiterentwickelt wurde. Die letzte Überarbeitung der Ausbildungsempfehlungen verabschiedete der Ausschuss 2019; die Umsetzung in Niedersachsen erfolgte durch die APVO-RettSan 2021. Dem rechtsstaatlichen Erfordernis des Vertrauensschutzes entsprechend gilt für nach der APVO-RettSan 2013 begonnene Ausbildungen auch weiterhin das bisherige Ausbildungs- und Prüfungsrecht.

Nach der vom 01.01.1994 bis 30.06.2014 gültigen APVO-RettSan 1993 verteilten sich die vorgesehenen 520 Ausbildungseinheiten auf eine theoretische Ausbildung an einer anerkannten Ausbildungsstätte im Umfang von 160 Unterrichtsstunden (§ 4 Abs. 1 S. 1, Nr. 1), eine klinisch-praktische Ausbildung an einem geeigneten Krankenhaus im Umfang von 160 Stunden, von denen 80 Stunden auf einer Intensivstation oder in einer (unfall-) chirurgischen Aufnahme und 80 Stunden in einer klinischen Anästhesiologie abzuleisten waren (§ 4 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 i.V.m. Anlage 2), eine praktische Ausbildung an einer geeigneten Rettungswache im Umfang von 160 Stunden, im Rahmen derer die Auszubildenden an mindestens 20 Einsätzen in der Notfallret-

tung teilnehmen mussten (§ 4 Abs. 1 S. 1, Nr. 3) sowie einen Abschlusslehrgang an einer anerkannten Ausbildungsstätte im Umfang von 40 Unterrichtsstunden (§ 4 Abs. 1 S. 1, Nr. 4). Die gesamte Ausbildung sollte innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden; von neben einem Beruf Auszubildenden innerhalb von drei Jahren (§ 4 Abs. 2).

Nach der vom 01.07.2014 bis 30.06.2021 gültigen APVO-RettSan 2013 verteilen sich die mindestens 520 Ausbildungseinheiten (§ 2 Abs. 1 S. 1) auf eine auch praktische Anteile beinhaltende (vgl. § 3 Abs. 2 S. 1 und 2) theoretische Ausbildung an einer Ausbildungsstätte (Rettungsschule) für Rettungsassistenten im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 3 Abs. 1 S. 2), die innerhalb von zwölf Monaten abgeschlossen sein sollte (§ 3 Abs. 3), ein Klinikpraktikum im Umfang von mindestens 160 Praktikumsstunden zu je 60 Minuten (§ 4 Abs. 1 S. 2), das mit jeweils 40 Stunden in den vier Bereichen Pflege- bzw. Normalstation, Notaufnahmehbereich, Operationsbereich/Anästhesie sowie Intensiv- oder Wachstation abgeleistet werden sollte (§ 4 Abs. 1 S. 5 i.V.m. Anlage 2), ein Rettungswachenpraktikum, das mindestens 160 Praktikumsstunden zu je 60 Minuten umfasste (§ 5 Abs. 1 S. 2), in dem der Auszubildende an Krankentransporteinsätzen sowie mindestens 20 Notfallrettungseinsätzen mitwirken musste (§ 5 Abs. 2 S. 1 und 2) und das innerhalb von neun Monaten abgeschlossen sein sollte (§ 5 Abs. 1 S. 5) sowie einen Abschlusslehrgang mit mindestens 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 6 S. 2), an den die staatliche Abschlussprüfung anschloss (§ 2 Abs. 1 S. 3). Die gesamte Ausbildung sollte innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden; von Auszubildenden, die zusätzlich einen Beruf ausüben, innerhalb von drei Jahren (§ 2 Abs. 2).

Mit der seit dem 01.07.2021 geltenden APVO-RettSan 2021 wurde der Mindestumfang der theoretisch-praktischen Ausbildung an der Rettungsschule auf 240 Unterrichtseinheiten erhöht. Da sich jedoch auf Wunsch der Hilfsorganisationen die Gesamtdauer der Ausbildung nicht verlängern sollte, wurde der Mindestumfang des Klinikpraktikums auf 80 Stunden halbiert. Die mindestens 520 Ausbildungseinheiten (§ 2 Abs. 1) verteilen sich nunmehr auf eine theoretisch-praktische Ausbildung an einer Ausbildungsstätte (Rettungsschule) für Rettungsassistenten im Umfang von mindestens 240 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 3 Abs. 1 S. 2), die innerhalb von zwölf Monaten abgeschlossen sein soll (§ 3 Abs. 3), eine praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung im Umfang von mindestens 80 Ausbildungsstunden zu je 60 Minuten (§ 4 Abs. 1 S. 2), die in den Funktionsbereichen Anästhesie/Intensivmedizin oder zu einer Hälfte in einem Notaufnahmehbereich und zur anderen Hälfte in den Funktionsbereichen Anästhesie/Intensivmedizin abgeleistet werden sollen (§ 4 Abs. 1 S. 5 i.V.m. Anlage 2), eine praktische Ausbildung im Rettungsdienst an einer Lehrrettungswache im Umfang von mindestens 160 Ausbildungsstunden zu je 60 Minuten (§ 5 Abs. 1 S. 2), in der der Auszubildende an mindestens 20 Notfallrettungseinsätzen mitwirken muss (§ 5 Abs. 2) und das innerhalb von neun Monaten abgeschlossen sein soll (§ 5 Abs. 1 S. 5) sowie einen Abschlusslehrgang im Umfang von mindestens 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 6 S. 2), an den die staatliche Abschlussprüfung anschließt. Die gesamte Ausbildung muss innerhalb von drei Jahren abgeschlossen sein (§ 2 Abs. 2).

Nach der APVO-RettSan 1993 waren die Ausbildungsabschnitte ausdrücklich in der angegebenen Reihenfolge abzuleisten (§ 4 Abs. 1 S. 2). Nachdem sich der APVO-RettSan 2013 nur teilweise Vorgaben zur Reihenfolge entnehmen ließen und die Abfolge von Klinikpraktikum und Rettungswachenpraktikum nicht festgelegt war (siehe ausführlich Rn 116 der Version 1.0 der vorliegenden Arbeit), bestimmt die APVO-RettSan 2021 nun wieder ausdrücklich, dass die Ausbildungsabschnitte in der angegebenen Reihenfolge abgeleistet werden müssen (§ 2 Abs. 3).

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemielage hatte das für den Rettungsdienst zuständige Nds. Innenministerium mit Rundschreiben vom 06.05.2020 und verlängert mit Rundschreiben vom 29.10.2020, 27.04.2021 und 13.12.2021 eine letztlich bis zum 31.07.2022 geltende Ausnahmeregelung verfügt, wonach das Klinikpraktikum auch durch ein (zusätzliches) Rettungswachenpraktikum im Umfang von 160 Stunden (Ausbildung nach der APVO-RettSan 2013) bzw. 80 Stunden (Ausbildung nach der APVO-RettSan 2021) ersetzt werden konnte.

● APVO-RettSan 1993 (01/1994 – 06/2014)

160 UE Theoretische Ausbildung an einer Rettungsschule	160 Std. Klinikpraktikum (Intensivstation oder (unfall-) chirurgische Aufnahme, Anästhesie)	160 Std. Rettungswachenpraktikum (mind. 20 Notfallrettungseinsätze)	40 UE Abschlusslehrgang	Abschlussprüfung
---	--	--	----------------------------	------------------

● APVO-RettSan 2013 (07/2014 – 06/2021)

160 UE Theoretische Ausbildung an einer Rettungsschule	160 Std. Klinikpraktikum (Pflegestation, Notaufnahme, OP/Anästhesie, Intensiv-/Wachstation)	160 Std. Rettungswachenpraktikum (Krankentransport- und mind. 20 Notfallrettungseinsätze)	40 UE Abschlusslehrgang	Abschlussprüfung
---	--	--	----------------------------	------------------

● APVO-RettSan 2021 (seit 07/2021)

240 UE Theoretisch-praktische Ausbildung an einer Rettungsschule	80 Std. Klinikpraktikum (Anästhesie/ Intensivmedizin, ggf. Notaufnahme)	160 Std. Rettungswachenpraktikum (mind. 20 Notfallrettungseinsätze)	40 UE Abschlusslehrgang	Abschlussprüfung
---	---	---	-------------------------	------------------

d) Akteure der Rettungssanitäterausbildung

Ausbildungsbehörde war früher die Bezirksregierung Braunschweig für das ganze Land Niedersachsen; mit Auflösung der Bezirksregierungen in Niedersachsen wurde zum 01.01.2005 das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium zur Ausbildungsbehörde (§ 1 S. 2, 1. Hs. APVO-RettSan 1993; § 1 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan 2013; § 1 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan 2021 ursprünglicher Fassung), seitdem das Nds. Ministerium für Inneres und Sport (Nr. 1.3 d. Beschl. d. LReg vom 13.07.2004, Az. MI-VM 1-01-01472-100, Nds. MBI. 2004, S. 686; Nr. 1 d. Beschl. d. LReg vom 17.07.2012, Az. StK-201-01431/05, Nds. MBI. 2012, S. 610 i.V.m. dessen Anlage 1, Nr. II.2.11). Dieses hat mit Wirkung vom 01.08.2022 die bis dahin unmittelbar wahrgenommenen Aufgaben im Bereich der Ausbildung und Prüfung von Rettungssanitätern an das ihm nachgeordnete Niedersächsische Landesamt für Brand- und Katastrophenschutz (NLBK) delegiert (Nr. 1.1 d. Erl. d. MI vom 15.06.2022, Az. 35.1-02101, Nds. MBI. 2022, S. 982). Durch die Änderung der APVO-RettSan mit Wirkung vom 01.03.2023 wurde das NLBK auch außenrechtlich (originär) zur Ausbildungsbehörde (§ 1 Abs. 1 S. 2 neuer Fassung), während das Ministerium nur noch Aufsichtsbehörde ist (§ 1 Abs. 1 S. 4 und 5 neuer Fassung). Die Ausbildungsbehörde ist zuständig für die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten (§ 7 Abs. 2 S. 1), für die Entscheidung über die Anrechnung von anderen Ausbildungen auf die Rettungssanitäterausbildung (§ 2 Abs. 5) sowie für die Anerkennung von außerhalb der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Ausbildungen (§ 21 Abs. 3) und von in anderen Bundesländern abgeleisteten Ausbildungen (§ 21 Abs. 2 i.V.m. § 1 Abs. 1 S. 3 direkt oder analog). Die Aufsichtsbehörde ist zuständig für die Bestätigung der Lehrpläne der Ausbildungsstätten (§ 7 Abs. 3 S. 1).

In Hinblick auf die (die Vorgaben aus der Anlage 1 konkretisierenden) Einzelheiten zu den Ausbildungszielen und die Handlungskompetenzen, die in der theoretisch-praktischen Ausbildung erworben werden sollen, verweist § 3 Abs. 1 S. 4 auf öffentliche Bekanntmachungen der Aufsichtsbehörde.

Die Ausbildungsbehörde ist zudem zuständig für die Bildung eines Landesprüfungsausschusses, aus dessen Mitgliedern von den Ausbildungsstätten die Prüfungskommissionen für die staatliche Abschlussprüfung gebildet werden (§§ 11 und 12). Alle Entscheidungen und sonstigen Maßnahmen, die die Abschlussprüfung betreffen, werden gemäß § 12 Abs. 2 grundsätzlich vom Vorsitzenden der Prüfungskommission getroffen. Dazu zählt etwa die Zulassung zur Abschlussprüfung (§ 13); bei der Bewertung von Prüfungsleistungen hingegen sind die Mitglieder der Prüfungskommission unabhängig und nicht an Weisungen gebunden (§ 12 Abs. 3).

Die APVO-RettSan weist auch den (i.S.v. § 7 Abs. 2 staatlich anerkannten) Ausbildungsstätten Aufgaben zu. Insbesondere prüfen diese das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung (§ 8 Abs. 3 S. 1), finden an ihnen die theoretisch-praktische Ausbildung (§ 3) sowie der Abschlusslehrgang (§ 6) statt und bereiten sie die staatliche Abschlussprüfung organisatorisch vor (§ 10 Abs. 2). Zudem erstellen die Ausbildungsstätten auf Aufforderung der Ausbildungsbehörde Vorschläge für Prüfungsfragen und Lösungshinweise für die staatliche Abschlussprüfung (§ 14 Abs. 2 S. 3), führen die Ausbildungs- und Prüfungsakten (§ 20 Abs. 1) und haben dafür zu sorgen, dass sich ihre Lehrkräfte jährlich pädagogisch und fachlich fortbilden (§ 7 Abs. 5). Einige dieser Pflichten sind allerdings nicht von der Verordnungsermächtigung des § 30 Nr. 1 NRettdG gedeckt und daher rechtlich nicht bindend (siehe Rn 59). Mit der APVO-RettSan 2021 wurden sogar weitere Aufgaben von der Ausbildungsbehörde auf die Ausbildungsstätten verschoben, nämlich die Bildung der Prüfungskommissionen (§ 12 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan 2021 gegenüber § 13 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan 2013; obsolet daher § 12 Abs. 1 S. 3 APVO-RettSan 2021) sowie die Anerkennung von nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleisteten Ausbildungsabschnitten (§ 2 Abs. 4 APVO-RettSan 2021 gegenüber § 8 Abs. 1 APVO-RettSan 2013).

e) Zeugnis über das Bestehen der Rettungssanitäterprüfung

Wer die Abschlussprüfung bestanden hat, erhält gemäß § 19 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan ein Zeugnis nach dem Muster der Anlage 9, mithin ein Zeugnis über das Bestehen und die Benotung (Gesamtnote und Noten der beiden Prüfungsteile nach § 10 Abs. 1 S. 2) der staatlichen Abschlussprüfung für Rettungssanitäter. Anlage 9 sieht ferner vor, dass das Zeugnis die Unterschrift des Vorsitzenden der Prüfungskommission und das Dienstsiegel der Ausbildungsbehörde trägt (so noch begrifflich exakt Anlage 9 zur APVO-RettSan 2013, während in Anlage 9 zur APVO-RettSan 2021 nur noch ungenau die Unterschrift des „Prüfungsvorsitzenden“ und das „Siegel“ vorgesehen sind).

Das Zeugnis verkörpert einen Verwaltungsakt i.S.v. § 35 Satz 1 VwVfG: Bei der Prüfungsentscheidung über das Bestehen der staatlichen Abschlussprüfung handelt es sich um eine hoheitliche Entscheidung einer Behörde, nämlich des NLBK als Ausbildungsbehörde (§ 1 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan). Ob daneben auch die jeweilige Prüfungskommission, die nicht mehr von der Ausbildungsbehörde gebildet wird (so noch § 13 Abs. 1

S. 1 APVO-RettSan 2013), sondern von der jeweiligen Ausbildungsstätte (§ 12 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan 2021) Behörde i.S.v. § 1 Abs. 4 NVwVfG ist, kann dahinstehen, denn durch sein Dienstsiegel tritt das NLBK nach Außen als erlassende Behörde auf, § 37 Abs. 3 S. 1 VwVfG. Die Prüfungsentscheidung ist eine Einzelfallregelung auf dem Gebiet des öffentlichen Rettungsdienstrechts. Anders als die Erlaubnisse zum Führen der Berufsbezeichnungen „Rettungsassistent“ (§ 1 Abs. 1 RettAssG, § 30 NotSanG, § 32 Abs. 1 S. 2 NotSanG) und „Notfallsanitäter“ (§ 1 Abs. 1 NotSanG) – die Berufsbezeichnung „Rettungssanitäter“ ist keine geschützte Bezeichnung, vgl. auch § 12 NRettdG – hat die Prüfungsentscheidung zwar keine rechtsgestaltende Wirkung. Sie stellt jedoch verbindlich das Bestehen der staatlichen Abschlussprüfung für Rettungssanitäter fest. Diese Feststellung ist auch auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet, denn erst durch sie wird der jeweiligen Person vor dem Hintergrund von § 10 Abs. 1 S. 1 und 2 i.V.m. § 30 Nr. 1 und § 5 Abs. 3 S. 1 NRettdG (siehe Rn 20) und entsprechend der in § 1 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 und 3 APVO-RettSan zum Ausdruck kommenden Zielsetzung der Verordnungsermächtigung der Zugang zum Beruf des Rettungssanitäters eröffnet.

Folge dieser Qualifikation als Verwaltungsakt ist die grundsätzliche Aufhebbarkeit der Prüfungsentscheidung nach den §§ 48 und 49 VwVfG sowie Rückforderbarkeit der Zeugnisurkunde nach § 52 Satz 1 VwVfG (§ 2 Abs. 3 Nr. 2 NVwVfG). Für den Fall einer Täuschung, von der die Ausbildungsbehörde erst nach der Aushändigung des Zeugnisses Kenntnis erlangt, trifft § 17 Abs. 2 APVO-RettSan eine Regelung, die gegenüber § 48 VwVfG vorgeht. Aufgrund nachträglich eingetretener Tatsachen (§ 49 VwVfG) kann der feststellende Verwaltungsakt jedoch nicht aufgehoben und das Zeugnis nicht zurückgefordert werden. Falls ein Rettungssanitäter die gesundheitliche Eignung verliert oder sich als unzuverlässig erweist, entfällt die Voraussetzung nach § 10 Abs. 1 S. 1 NRettdG für seinen Einsatz im Rettungsdienst, ohne dass es auf das im Zeugnis festgestellte Prüfungsergebnis ankommt, welches lediglich die fachliche Eignung betrifft (vgl. VG Hannover, Beschl. vom 11.11.2015, Az. 7 B 3794/15, juris Rn 56; § 10 Abs. 1 S. 3 APVO-RettSan). Aber auch durch einen nachträglichen Verlust der fachlichen Eignung kann der Verwaltungsakt im Ergebnis nicht widerrufen werden, da die Prüfungsentscheidung kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ist (BVerwG, Beschl. vom 13.06.1995, Az. 6 B 15.95, juris Rn 4), sondern zwischen initialer Ausbildung und regelmäßiger Fortbildung zu unterscheiden ist (§ 10 Abs. 1 S. 2 NRettdG) und die Voraussetzung nach § 10 Abs. 1 S. 1 NRettdG für einen Einsatz im Rettungsdienst entfällt, ohne dass es auf das im Zeugnis festgestellte Prüfungsergebnis ankommt, welches lediglich die Ausbildung betrifft. Die fachliche Eignung wird in der Regel durch Fortbildung wiederhergestellt werden können.

Für den Fall des Nichtbestehens der Abschlussprüfung sieht § 19 Abs. 2 S. 1 APVO-RettSan den Erlass eines Bescheides durch die Ausbildungsbehörde vor, in dem die Noten für die beiden Prüfungsteile nach § 10 Abs. 1 S. 2 (schriftlicher und praktischer Teil) und für die einzelnen Abschnitte der praktischen Prüfung (unklar, siehe § 14 Abs. 3 APVO-RettSan 2021 gegenüber § 15 Abs. 2 APVO-RettSan 2013) anzugeben sind. Es besteht die Möglichkeit zur Prüfungswiederholung nach Maßgabe des § 18. Die Möglichkeit zur Notenverbesserung durch Prüfungswiederholung im Falle des Bestehens der Prüfung ist nicht eröffnet. Jedoch kann auch nach bestandener Prüfung eine Kontrolle mit dem Ziel der Notenverbesserung bzw. Neubewertung angestrebt werden. Auch soweit dies den gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren prüfungsrechtlichen Bewertungsspielraum und damit die verfassungsrechtlich gebotene verwaltungsinterne (Selbst-) Kontrolle der Prüfungsbewertungen betrifft (BVerwGE 92, 132, Urteil vom 24.02.1993, Az. 6 C 35.92, juris Rn 23 ff.; Nds. OVG, Urteil vom 08.05.2002, Az. 2 L 6330/96, juris Rn 29), findet ein Widerspruchsverfahren statt, § 80 Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 S. 1, Nr. 1 (und – für Altfälle – S. 2) NJG. Ein gesondertes Überdenkungsverfahren sieht die APVO-RettSan nicht vor; das Überdenken wurde vielmehr bewusst in das Vorverfahren integriert (LT-Drs. 15/1121 vom 15.06.2004, S. 21). Die Möglichkeit der effektiven Geltendmachung der verfassungsrechtlich garantierten Überprüfungsrechte setzt die Kenntnis voraus, ob und welche Rechtsfehler und/oder Fehlbewertungen vorliegen könnten. Hierzu kann der Prüfling gemäß § 20 Abs. 2 S. 1 APVO-RettSan seine Ausbildungs- und Prüfungsakte innerhalb eines Jahres nach Bekanntgabe des Bestehens oder Nichtbestehens der Prüfung einsehen. Die Einschränkung nach § 20 Abs. 2 S. 2, wonach es nicht zulässig ist, Ablichtungen zu fertigen, dürfte wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig sein und stattdessen ein regelmäßig auf Null reduzierter Ermessensanspruch auf Gestattung der Anfertigung von Fotokopien nach § 29 Abs. 3 S. 2, 2. Hs. VwVfG bestehen (vgl. BayVG, Urteil vom 30.04.1998, Az. 7 B 97.2986, juris Rn 30; VG Freiburg, Beschl. vom 20.11.2009, Az. 4 K 2096/09, juris Rn 11; VG Berlin, Beschl. vom 25.07.2018, Az. 12 L 214.18, juris Rn 8 bis 10). Zudem besteht seit 2018 mit Art. 15 Abs. 3 Datenschutz-Grundverordnung ein vorrangig anzuwendender unionsrechtlicher Anspruch auf eine Kopie der eigenen Ausbildungs- und Prüfungsakte (dazu BVerwG, Urteil vom 30.11.2022, Az. 6 C 10.21, juris Rn 15 ff.).

f) Kosten der Rettungssanitäterausbildung

Die Kosten der Rettungssanitäterausbildung einschließlich der staatlichen Abschlussprüfung sind vom Auszubildenden zu tragen, sofern sie nicht beispielsweise von einem Rettungsdienstleistungserbringer im Rahmen der Kosten des Rettungsdienstes im Sinne der §§ 14 ff. NRettdG (siehe Abschnitt 3.4.1.2 der Kostenrichtlinie des LARD) oder außerhalb dieser übernommen werden. An Verwaltungskosten i.S.v. § 1 Abs. 1 NVwKostG

(Gebühren und Auslagen) fällt insbesondere die Prüfungsgebühr in Höhe von 45 € nach § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Gebührenordnung (AllGO) i.V.m. deren Anlage, Nr. 48.15.4 für die staatliche Abschlussprüfung an. Einmalige Kosten der Ausbildungsstätte wie die Gebühr für ihre staatliche Anerkennung nach § 7 Abs. 2 S. 1 APVO-RettSan (Nr. 48.15.1 der Anlage zur AllGO) sowie die laufenden (Betriebs- und Personal-) Kosten der Ausbildungsstätte legt diese über das Entgelt für den theoretisch-praktischen Ausbildungsabschnitt (Grundlehrgang) und gegebenenfalls den Abschlusslehrgang auf die Auszubildenden um. Die Kosten für den Grundlehrgang nach der APVO-RettSan 2013 betrugen je nach Rettungsschule um die 1.000 € und betragen für den Grundlehrgang nach der APVO-RettSan 2021 zwischen 1.500 € und 1.800 €. Das Entgelt für den Abschlusslehrgang und die Prüfung beträgt je nach Rettungsschule zusammengerechnet mittlerweile zwischen 600 € und 700 €. Vom Standort der Rettungsschule sowie der Praktikumseinrichtungen hängen auch die Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten ab. Hinzu kommen Kosten für die ärztlichen Untersuchungen und die Bescheinigung der gesundheitlichen Eignung, das Führungszeugnis sowie gegebenenfalls Impfungen und einen Teil der persönlichen Schutzausrüstung.

Gebühren für die Anerkennung von Ausbildungsabschnitten nach § 2 Abs. 4 oder die Akteneinsicht gemäß § 20 Abs. 2 APVO-RettSan sind in dem die APVO-RettSan betreffenden Abschnitt Nr. 48.15 der Anlage zur AllGO nicht vorgesehen. Für die Anerkennung richten sich die Gebühren auch nicht nach dem Zeitaufwand (Nr. 1.4.3 oder 1.11), denn mit der APVO-RettSan 2021 ist dafür nicht mehr die Ausbildungsbehörde zuständig (so noch § 8 i.V.m. § 1 Abs. 1 S. 3 APVO-RettSan 2013), sondern ausdrücklich die Ausbildungsstätte. Bei der Akteneinsicht wäre die Aktenführung zwar eine Aufgabe der öffentlichen Landesverwaltung, doch erfolgt die Aktenführung und Einsichtgewährung ebenfalls durch die Ausbildungsstätte. Deren Qualifikation als Landesbehörde und ihrer Handlungen als Amtshandlungen im Sinne des Verwaltungskostenrechts (§ 1 NVw-KostG) ist in den meisten Fällen zu verneinen: Die Ausbildungsstätten sind keine Behörden der unmittelbaren Landesverwaltung und zumeist nicht Teil der mittelbaren Landesverwaltung; Beleihungsgesetze, durch die oder auf deren Grundlage den privatrechtlich organisierten Ausbildungsstätten das Recht zur selbstständigen hoheitlichen Wahrnehmung dieser Verwaltungsaufgaben im eigenen Namen übertragen worden wäre, gibt es nicht. Es besteht jedoch gegenüber dem Land Niedersachsen ein verwaltungsrechtlicher Anspruch auf Verschaffung von Akteneinsicht, der Verwaltungskosten auslösen kann (Nr. 1.2.1 der Anlage zur AllGO); daneben bestehen datenschutzrechtliche Ansprüche auf Einsicht in personenbezogene Akten, zu denen die eigene Ausbildungs- und Prüfungsakte gehört, gegenüber öffentlichen wie nichtöffentlichen Stellen.

Weitergehend kostenrelevant für eine Ausbildung neben einem Beruf ist auch, inwieweit Arbeitnehmer für die Teilnahme an den Lehrgängen (Grundlehrgang und Abschlusslehrgang) auf ihren Erholungsurlaub zurückgreifen müssen, oder dafür stattdessen Bildungsurlaub beantragen können, in dem ebenfalls der Lohn fortgezahlt wird. Für Vollzeit Arbeitnehmer in Niedersachsen war das sogar für den vierwöchigen Grundlehrgang nach der APVO-RettSan 2013 möglich, da gemäß § 2 Abs. 4 und 6 des Nds. Bildungsurlaubsgesetzes (NBildUG) der fünftägige Bildungsurlaubsanspruch eines laufenden Kalenderjahres mit den nicht ausgeschöpften Bildungsurlaubsansprüchen der drei vorangegangenen Kalenderjahre zusammengefasst werden kann; die Entscheidung über die nach § 2 Abs. 6 S. 2 NBildUG nötige Zustimmung des Arbeitgebers hat dieser nach billigem Ermessen zu treffen (§ 315 BGB). Mit der Verlängerung dieses Ausbildungsabschnitts von 160 auf 240 Unterrichtseinheiten und somit von vier auf sechs Wochen Vollzeitunterricht durch die APVO-RettSan 2021 muss aber auch in Niedersachsen auf Erholungsurlaub zurückgegriffen werden.

g) Abweichende Rettungssanitäterausbildungen

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter kann auch im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses auf Grundlage eines Ausbildungsvertrages absolviert werden. Die Inhalte und Zuständigkeiten nach der APVO-RettSan bleiben davon unberührt; die Dauer der Ausbildung wird jedoch in der Regel über das 520-Stunden-Programm, das lediglich einen Mindeststandard darstellt, hinaus verlängert. Denn die Vermittlung bzw. Verinnerlichung der erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten bedarf regelmäßig eines längeren Zeitraums und einer längeren Praxis, zu der im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses insbesondere durch zusätzlichen Einsatz auf der Rettungswache und damit im Rettungsdienst Möglichkeit gegeben wird.

Eine verlängerte (Rettungssanitäter-) Ausbildung mit modifizierten Zuständigkeiten und Zugangsvoraussetzungen findet im Rahmen der Ausbildung der Beschäftigten im Einsatzdienst der Berufsfeuerwehren – die in Gemeinden mit mehr als 100.000 Einwohnern zwingend einzurichten sind (§ 9 Abs. 1 NBrandSchG) – statt. Deren Ausbildung muss der für die Beamten der Laufbahnen der Fachrichtung Feuerwehr vorgeschriebenen Ausbildung auch dann entsprechen, wenn sie keine Beamten sind (§ 10 Abs. 1 NBrandSchG). Maßgeblich ist daher die aufgrund von § 26 des Nds. Beamtengesetzes erlassene Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für die Laufbahnen der Fachrichtung Feuerwehr (APVO-Feu) vom 26.01.2013 (Nds. GVBl. 2013, S. 24, berichtigt S. 72), zuletzt geändert durch Verordnung vom 07.07.2022 (Nds. GVBl. 2022, S. 463). Für die Ausbildung im Vorbereitungsdienst für das zweite Einstiegsamt der Laufbahngruppe 1 – ehemals mittlerer Dienst – ist unter anderem eine Ausbildung im Rettungswesen im Umfang von 38 Wochen vorgesehen (§ 5 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 APVO-Feu), welche nach dem Ausbildungsrahmenplan (Anlage 1 zur APVO-Feu) auch die staatliche Abschlussprüfung nach der APVO-RettSan – verwiesen wird noch auf deren § 11, wo die staatliche

Abschlussprüfung bis zum Inkrafttreten der APVO-RettSan 2021 geregelt war – beinhaltet. Der gegenüber der Rettungssanitäterausbildung nach der APVO-RettSan größere Umfang an theoretischen und praktischen Inhalten liegt darin begründet, dass die Laufbahnausbildung über die Rettungssanitäterausbildung hinaus den Einstieg in das zweite Ausbildungsjahr einer Notfallsanitäterausbildung ermöglichen soll (siehe Abschnitt 6.2 der Durchführungshinweise zur APVO-Feu der damaligen Niedersächsischen Akademie für Brand- und Katastrophenschutz vom 01.01.2016). Für Anwärter, die zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ oder „Notfallsanitäter“ berechtigt sind, ist stattdessen eine Vertiefung der Kenntnisse und Fertigkeiten im Rettungswesen im Umfang von 12 Wochen vorgesehen (§ 5 Abs. 2 APVO-Feu). Die Ausbildung im Vorbereitungsdienst für das erste Einstiegsamt der Laufbahngruppe 2 – ehemals gehobener Dienst – sieht lediglich eine Ausbildung im Rettungswesen im Umfang von 4 Wochen vor (§ 21 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 APVO-Feu), die gemäß dem Ausbildungsrahmenplan (Anlage 2 zur APVO-Feu) nur Grundlagen der medizinischen Erstversorgung und keine Rettungssanitäterausbildung beinhaltet. Es ist jedoch eine Ausbildung als organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL) Bestandteil der Ausbildung (Anlage 2 zur APVO-Feu); dasselbe gilt für den entsprechenden Aufstieg (Anlage 3 zur APVO-Feu). Hinsichtlich der Ausbildung im Vorbereitungsdienst für das zweite Einstiegsamt der Laufbahngruppe 2 – ehemals höherer Dienst – schließlich wird auf die Ausbildungsverordnung Feuerwehr für die Laufbahngruppe 2.2 des Landes Nordrhein-Westfalen vom 04.06.2021 verwiesen (§ 34 Abs. 1 APVO-Feu).

10. Entwicklung und Ausblick

An der Entwicklung des Rettungsdienstes haben verschiedene private und staatliche Akteure Anteil. Zu den herausragenden privaten Akteuren in Deutschland zählt etwa die Björn Steiger Stiftung, auf deren Engagement unter anderem die bundesweit und mittlerweile europaweit einheitliche Notrufnummer 112 zurückgeht. Gerade in technischer Hinsicht wird die Entwicklung aber von unzähligen Akteuren getragen, wobei der rechtliche Bezug zum Rettungsdienst in Niedersachsen durch § 4 Abs. 4 S. 4 NRettdG hergestellt wird, wonach Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsleitstelle, der Rettungswachen und der Rettungsmittel dem Stand der Technik entsprechen müssen. Im Übrigen gilt auch im Rettungsdienst gemäß oder analog § 630a Abs. 2 BGB, dass die medizinische Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat. Hier findet auf einer anwachsenden Datengrundlage eine Fortentwicklung der evidenzbasierten (Notfall-) Medizin in Bezug auf Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsabläufe statt. Außer durch das Ziel der Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung ist die Entwicklung aber auch durch das Gebot der wirtschaftlichen Erbringung der Rettungsdienstleistungen motiviert, § 4 Abs. 6 S. 1, § 15 Abs. 1 S. 2 und § 15a Abs. 1 S. 2 NRettdG. Diese beiden Motive liegen auch der Experimentierklausel § 18a NRettdG zugrunde. Sie wurde durch Änderungsgesetz vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132) in das NRettdG eingefügt, um den am Rettungsdienst beteiligten Akteuren zu ermöglichen, mit Modellprojekten auch solche Entwicklungen im Rettungsdienst erproben zu können, die ansonsten eine Gesetzesänderung erfordern würden (LT-Drs. 18/8095 vom 03.12.2020, S. 3). Nach § 18a NRettdG kann das zuständige Ministerium auf einen von einem Rettungsdienststräger im Einvernehmen mit den Kostenträgern gestellten Antrag hin zeitlich begrenzt bestimmte Ausnahmen zulassen; konkret sind Ausnahmen von den gesetzlichen Regelungen zu Rettungsmitteln (§ 9 Satz 2), zur Besetzung von Rettungsmitteln mit Personal (§ 10 Abs. 2 S. 1, 2 und 4), zur Bereitstellung von Rettungsmitteln und Personal (§ 8 Abs. 2 und 3 S. 1), zur Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes (§ 10 Abs. 3 S. 1 und 2) sowie Ausnahmen von den aufgrund von § 30 Nrn. 1, 2 und 4 erlassenen Verordnungen, also von der APVO-RettSan (siehe Rn 52 und 97), der BedarfVO-RettD (siehe Rn 65) und der BefrWRettDVO (siehe Rn 20), möglich. Bereits vor der Normierung der Experimentierklausel wurde 2021 im Landkreis Goslar ein Modellprojekt zum Einsatz von Telenotärzten im Rettungsdienst (siehe auch Rn 61) initiiert, welcher inzwischen in weiteren Landkreisen erprobt wird. Seit 2019 erproben die Stadt Oldenburg sowie weitere Rettungsdienststräger im Oldenburger Land den Einsatz von Gemeinde-Notfallsanitätern zur Entlastung des Rettungsdienstes. Und ab 2017 erprobte die Stadt Hannover in einem Modellprojekt den Einsatz von Notfallkrankswagen, die 2021 gemeinsam mit der Experimentierklausel in das NRettdG aufgenommen wurden (siehe Rn 38). Daneben gibt es vor dem Hintergrund des Leitmotivs der Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen in der medizinischen Notfallversorgung weitere Projekte, die den Rettungsdienst nur mittelbar betreffen (siehe den Bericht der Enquetekommission in LT-Drs. 18/8650 vom 22.02.2021, S. 54 f.). Zur Telenotfallmedizin im Rettungsdienst hat der LARD, zu dessen Aufgaben gemäß § 13 Abs. 2 NRettdG auch die Fortentwicklung des Rettungsdienstes gehört, mittlerweile ein Konzeptpapier erstellt (Bek. d. MI vom 13.09.2022, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2022, S. 1345), in dem unter anderem fachliche Anforderungen an Telenotfallmediziner sowie organisatorische und technische Voraussetzungen genannt werden. Die gesetzliche Verankerung der Telenotfallmedizin könnte noch im Laufe des Jahres 2024 erfolgen (siehe LT-Drs. 19/2742 vom 30.10.2023).

Um erfolgreiche Modellprojekte oder andere Neuerungen, die außerhalb des Standes der Technik und anderer Standards stehen, in verbindliche Vorgaben für den Rettungsdienst umzusetzen, bedarf es in der Regel der Änderung oder Ergänzung von Gesetzen, mitunter der von Landes- und Bundesgesetzen. Dies wäre z.B. bei Umsetzung der Reformpläne zur medizinischen Notfallversorgung der Fall, zu denen unter anderem eine Neuverteilung der Aufgaben bzw. Neuregelung der Zusammenarbeit zwischen dem in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fallenden Rettungsdienst und dem in die vorrangige Sozialgesetzgebungskompetenz des Bundes fallenden kassenärztlichen Notdienst gehört. Auch Vorhaben, die in einem Wahlprogramm einer (Regierungs-) Partei oder einem Koalitionsvertrag von Regierungsparteien vorgesehen sind, können innerhalb der Wahlperiode allerdings oftmals nicht bis zu einem Gesetzesbeschluss gebracht werden oder werden gar nicht förmlich als Gesetzentwurf in ein Gesetzgebungsverfahren eingebracht. So kam die konkreteste Planung zur Reform der Notfallversorgung in der 19. Wahlperiode des Deutschen Bundestages nicht über das Stadium eines Referentenentwurfs des Bundesgesundheitsministeriums hinaus. Gleichwohl geben Gesetzesentwürfe, Referentenentwürfe, Koalitionsverträge und Wahlprogramme einen Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen des Rettungsdienstes. Falls und soweit die Regierungspartei bzw. -koalitionsparteien und die Oppositionsparteien dieselben Ziele verfolgen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein (Gesetzgebungs-) Vorhaben umgesetzt wird. So ist etwa sowohl im Referentenentwurf des damals CDU-geführten Bundesgesundheitsministeriums innerhalb der großen Koalition von CDU und SPD als auch im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP für die 20. Wahlperiode des Deutschen Bundestages das Vorhaben genannt, Fehlinanspruchnahmen des Rettungsdienstes durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen und der Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ein standardisiertes Einschätzungsverfahren zur bedarfsgerechten Zuweisung der Patienten vorzubeugen. Eine entsprechende Empfehlung gibt die vom SPD-geführten Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Regierungskommission (Vierte Stellung-

132

133

nahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 13.02.2023, S. 12 f.). Aufseiten des Landes Niedersachsen deckt sich dieses Vorhaben mit den Handlungsempfehlungen der Enquetekommission (LT-Drs. 18/8650, S. 61 f.). Je nach konkreter Umsetzung des Vorhabens wird also auch der Bundesrat nicht den Vermittlungsausschuss anrufen oder Einspruch einlegen. Und schließlich besteht bis zum regulären Ablauf der Wahlperiode im Jahr 2025 auch noch genügend Zeit, um das Gesetzgebungsvorhaben tatsächlich umsetzen zu können.