

C. Löser

Rettungsdienst in Niedersachsen

Aufgaben • Organisation • Kostentragung

C. Löser
Rettungsdienst in Niedersachsen
2021

Im Internet abrufbar unter
www.cloeser.org

Der Autor ist Rechtsassessor und
arbeitet im Rechtsamt einer nieder-
sächsischen Kommune.

Alle Rechte vorbehalten.

Kontakt: cloeser@cloeser.org

Inhaltsverzeichnis

1. Regelungsmaterie des NRettdG und Aufgabenstruktur des Rettungsdienstes.....	1
a) Notfallrettung.....	1
b) Notfallrettung bei Großschadensereignissen (MANV).....	2
c) Intensivtransport.....	2
d) Qualifizierter Krankentransport.....	3
e) Transport von Gütern.....	3
2. Aufgabenträger und Leistungserbringer des Rettungsdienstes.....	5
3. Organisation des Rettungsdienstes.....	8
a) Aufbauorganisation (Einrichtungen, Sachmittel und Personal).....	8
b) Ablauforganisation (Einsätze).....	20
4. Rettungsdienstplanung.....	22
a) Bedarfsplanung für den Regelrettungsdienst.....	22
b) Notfallplanung für Großschadensereignisse (MANV).....	22
5. Kosten des Rettungsdienstes (Kostenplanung, Kostentragung).....	23
6. Rechtsverhältnisse bei Ausübung des Rettungsdienstes.....	26
a) Rettungsdienstleistungspflicht und Benutzungsberechtigung.....	26
b) Ausgestaltung des Leistungsverhältnisses.....	27
c) Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses.....	28
7. Amtshaftung im Rettungsdienst.....	29
8. Rettungssanitäterausbildung nach der APVO-RettSan.....	31

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). 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 16.03.2021 (Nds. GVBl. 2021, S. 132).

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 (einschließlich Großschadensereignisse), Intensivtransporte und den qualifizierten Krankentransport; zudem kann der Rettungsdienst in bestimmten Fällen Arzneimittel, Blutkonserven, Organe und ähnliche Güter befördern.

a) Notfallrettung

Auch wenn andere Einsätze zahlenmäßig überwiegen, ist die Notfallrettung die Kernaufgabe des Rettungsdienstes. Notfallrettung ist nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 NRettDG die Durchführung erforderlicher medizinischer Maßnahmen am (durch § 4 Abs. 3 S. 1, Nr. 1 legaldefinierten) Einsatzort bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten und bei Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhalten, 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.

- 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) Notfallrettungseinsätze im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 1 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) 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).

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 unverzüglich 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 Notarztendienst 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 Musterberufs-

ordnung 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 Dringlichkeit erreichen, für die der Rettungsdienst zuständig ist. Die Beurteilung der Dringlichkeit ist allerdings für den medizinischen Laien nicht immer möglich, weshalb in Verbindung mit einer gesteigerten Sensibilisierung der Gesellschaft heute öfters 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.).

cc) Qualifizierter Transport

Durch den in die Definition 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 wird die rettungsdienstliche Notfallrettung 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; die Notfallrettung umfasst also nur den sogenannten Primärtransport zur Einlieferung, nicht aber den Sekundärtransport (siehe Rn 10). Zum Dritten wird die Notfallrettung dadurch vom qualifizierten Krankentransport sowie vom unqualifizierten Krankentransport – der Krankenfahrt – abgegrenzt, mit denen nur Nicht-Notfall-Patienten befördert werden (siehe Rn 11). Notfallrettungstransporte 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.

b) Notfallrettung 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. 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 S. 1 Nr. 1 NKatSG abzustellen ist (vgl. LT-Drs. 16/4463 vom 15.02.2012, S. 2).

Großschadensereignisse können sich von sonstigen Notfallrettungseinsätzen 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).

c) Intensivtransport

Intensivtransport ist durch § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 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 Patienten in eine Behandlungseinrichtung (Notfallrettung, Primärtransport) und wird auch als Sekundärtransport bezeichnet. Weiterhin ist er abzugrenzen zum Transport nicht vital bedrohter Patienten, also zum qualifizierten Krankentrans-

port 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. 3 NRettDG die Beförderung sonstiger Kranker, Verletzter oder Hilfsbedürftiger – also in Abgrenzung zu Notfallrettung und Intensivtransport der Transport nicht lebensbedrohlich 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 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 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 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.

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.

● Rettungsdienst	vital bedrohte Patienten (= Notfallrettung i.w.S.*)	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallrettung (präklinische Versorgung, ggf. Primärtransport) • Notfallrettung bei Großschadensereignissen • Intensivtransport (Sekundärtransport) • Transport von medizinischen Gütern (oder Personal)
	nicht vital 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) 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 Kommunen 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).

15

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) oder die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG). 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). Im Falle der Beauftragung eines Dritten muss der Aufgabenträger bei Durchführung eines Auswahlverfahrens 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.

16

- Die (Aufgaben-) Träger des RD sind
 - das Land Nds. für die Luftrettung
 - die 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 der Beauftragung Dritter

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

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.

19

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 Bedrohter dienen soll, er mithin im Rahmen der Notfallrettung 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 Ret-

20

tungsdienst 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 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.

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. 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.

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 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 16.11.2016 (Bekanntmachung des MI vom 16.11.2016, Az. 35.22 41576-10-13, Nds. MBl. 2017, S. 154).

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. Mit ihnen 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). 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.

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 Kostvereinbarungen 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 hat gemäß § 18 Abs. 2 S. 1 NRettdG neun Mitglieder: Eine Person mit der Befähigung zum Richteramt (§ 5 Abs. 1 DRiG), die den Vorsitz innehat, zwei Vertreter der Rettungsdienststräger, zwei Vertreter der Beauftragten und vier Vertreter der Kostenträger; der Vorsitzende ist nach § 18 Abs. 2 S. 2 NRettdG von den Rettungsdienststrägern 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 Ent-

scheidung 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, 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. MBI. 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). 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). Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsleitstelle müssen dem Stand der Technik entsprechen (§ 4 Abs. 4 S. 4). 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. MBI. 2017, S. 1316). 30

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). 31

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). 32

Die örtlichen Einsatzleitungen (ÖEL) schließlich sind von den kommunalen Rettungsdienstträgern 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. MBI. 2011, S. 104). Der ÖEL entspricht der On-Scene Coordinator (OSC) bei SAR-Einsätzen.

33

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). 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. Zu den Rettungswachen zählen auch Wasserrettungswachen 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:

35

Rettungsmittel/Landfahrzeuge:

- Krankenkraftwagen
 - Notarztwagen (NAW)
 - Intensivtransportwagen (ITW)
 - Rettungswagen (RTW)
 - Notfallkranken(transport)wagen (NKTW)
 - Krankentransportwagen (KTW)
 - Notarzteinsetzfahrzeug (NEF)
 - Schwerlastversionen der Krankenkraftwagen (S-ITW, S-RTW, S-KTW)

Rettungsluftfahrzeuge:

- Rettungshubschrauber (RTH)
- Intensivtransporthubschrauber (ITH)

Rettungsmittel/Wasserfahrzeuge:

- (Motor-) Rettungsboot (MRB/RTB)

Krankenkraftwagen (Notarztwagen, Intensivtransportwagen, Rettungswagen, Notfallkrankenwagen, Krankentransportwagen), Notarzteinsetzfahrzeuge, 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).

Die in § 9 Satz 2 bei den Landfahrzeugen vorgenommene Unterscheidung zwischen Krankenkraftwagen und Notarzteinsetzfahrzeugen 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 Notarzteinsetzfahrzeuge 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 Krafffahrzeugen 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 öf-

36

fentlichen 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.

Nach Straßenverkehrszulassungsrecht dürfen sowohl Krankenkraftwagen (§ 52 Abs. 3 S. 1, Nr. 4 StVZO) als auch Notarzteinsetzfahrzeuge (§ 52 Abs. 3 S. 1, Nr. 2 StVZO) mit einer oder mehreren Kennleuchten für blaues Blinklicht (Rundumlicht) ausgerüstet sein. Krafffahrzeuge, die entsprechende Kennleuchten für blaues 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 nur verwendet werden, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden, eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung abzuwenden, flüchtige Personen zu verfolgen oder bedeutende Sachwerte zu erhalten (§ 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.

37

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 Rettungsluffahrzeuge, 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).

38

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 MPG), 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 nach § 14 MPG 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. 2 und 3 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 Medi-

39

40

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; BVerfG, Beschl. vom 30.09.1996, Az. 4 B 175.96, juris Rn 5)

zinproduktes 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 Betrieb einer Krankenhausapotheke erteilt werden kann, darf den Rettungsdienstträgern 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 und dem Aufgabenträger oder Leistungserbringer des Rettungsdienstes 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. 9 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. 12 i.V.m. § 2 Nr. 8 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 04.11.2020, Revision 2022), Bek. d. MI vom 14.12.2020, Az. 35.22-41576-10-13/0 (Nds. MBl. 2021, S. 83).

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 Notarztendienst unterschieden, für die auch unterschiedliche Aufgabenträger zuständig waren. Der Notarztendienst gehörte nach der Rechtsprechung zum bundesrechtlichen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung der Sozialversicherten (BVerfGE 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).

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 Bundesärzteordnung 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 Per-

sonal – 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 Rettungsanwärter, wonach dem Landesprüfungsausschuss und den einzelnen Prüfungskommissionen ein Arzt angehören muss, der eine entsprechende Zusatzbezeichnung oder einen entsprechenden Fachkundenachweis besitzt (§ 12 Abs. 2, Nr. 2 und § 13 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan). Denn wenn für die Prüfung von Rettungsanwärtern 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. Das Fehlen einer konkreten rettungsdienstrechtlichen Bestimmung macht es mit Blick auf die Haftung um so wichtiger, dass die Rettungsdienststräger 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. MBI. 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 medizinischen 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. MBI. 2016, S. 988). 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 Bundesärztekammer (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. 12 IfSG si-

cherzustellen, 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. Zusätzlich obliegen ihm nach § 23 Abs. 4 IfSG Dokumentationspflichten hinsichtlich bestimmter nosokomialer Infektionen und des Auftretens von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. 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. 1 S. 1 APVO-RettSan 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 Aufbauseminar „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 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 Rettungssa-

- 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

50

51

52

nitätergesetzes 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“ – nicht zu verwechseln mit dem Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD) – 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) vom 17.12.2013 (Nds. GVBl. 2014, S. 2, berichtigt S. 73); die letzte Überarbeitung der Ausbildungsempfehlungen, die vom Ausschuss 2019 verabschiedet wurde, wird in Niedersachsen voraussichtlich im Laufe des Jahres 2021 umgesetzt werden. Die 520 Ausbildungseinheiten beinhalten eine theoretische Ausbildung an einer Ausbildungsstätte für Rettungssanitäter im Umfang von 160 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, ein Klinikpraktikum und ein Rettungswachenpraktikum im Umfang von jeweils 160 Praktikumsstunden zu je 60 Minuten sowie einen Abschlusslehrgang mit 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, an den eine staatliche Abschlussprüfung anschließt (siehe Rn 115). 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 in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 2 und 3 regelmäßig der weniger qualifizierte Teil der Besatzung; Rettungshelfer werden in der Notfallrettung grundsätzlich nicht eingesetzt. Bei Krankentransporteinsätzen kann gemäß § 10 Abs. 2 S. 4 jedes Besatzungsmitglied Rettungssanitäter sein; zumeist ist aber ein Rettungssanitäter Einsatzführer und ein Rettungshelfer Fahrer des Krankentransportwagens. Für die zwischen den Rettungswagen für die Notfallrettung und den Krankentransportwagen für den Krankentransport einzuordnenden Notfallkrank(en)transportwagen gibt es bislang keine gesetzliche Regelung; der LARD empfiehlt 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). 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:

53

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 Länder zeitlich begrenzt, in Niedersachsen bis zum 31.12.2022 (§ 10 Abs. 2 S. 3 NRettDG); danach werden im Regelfall nur noch Notfallsanitäter die bei Notfallrettungseinsätzen entsprechend § 10 Abs. 2 S. 1 bis 3 übliche Funktion als Einsatzführer auf dem Rettungswagen wahrnehmen können. 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 „Rettungsassistent“ 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. 2 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.

54

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.

55

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

56

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 Berufsgeheimnisträger. 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, Notfallkrankwagen und Krankentransportwagen entspricht – ausschließlich durch nichtärztliches Einsatzpersonal erfolgt. 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.

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 Heilkundeausübung 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, son-

57

dem auch eigenverantwortlich heilkundliche Tätigkeiten auszuüben. Zweck dieses eigenen Heilkundeausübungsrechts 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). Davon, den Notfallsanitätern für den Normalfall eine eigene Heilkundeausübungskompetenz 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 Heilkundeausübungsberechtigter 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 Heilkundeausübungskompetenz. 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.

58

		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	Notarzt 6 Jahre Studium, ggf. Zusatz-Weiterbildung
	Klinik						Pflegehelfer 1 Jahr / 2 Jahre	(Fach-) Pfleger 3 Jahre, ggf. Fachweiterbildg.	(Fach-) Arzt 6 Jahre Studium, ggf. Facharztausbildung

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 Notfallsanitätergesetz (§ 5 Abs. 2 und § 6 NotSanG) und zuvor das Rettungsassistentengesetz, als auch die niedersächsische Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistenten (§ 7 Abs. 1 und 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 Rettungsassistenten, 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.

59

Die staatliche Anerkennung von Schulen für die Notfallsanitäterausbildung 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 7 NSchGesVO. Die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter bemisst sich nach § 7 Abs. 2 und Abs. 1 S. 3 APVO-RettSan, wonach Ausbildungsstätten, die nach der vorherigen APVO-RettSan anerkannt wurden, anerkannte Schulen für Rettungsassistenten und in analoger Anwendung auch anerkannte Schulen für Notfallsanitäter als anerkannte Ausbildungsstätten für Rettungssanitäter (fort-) gelten; im Übrigen bemisst sich die Anerkennung gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 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 § 9 Abs. 3, § 11 Abs. 2, § 14 Abs. 2 S. 3, § 20 Abs. 3 und § 21 Abs. 1 APVO-RettSan vorgesehenen Pflichten der Ausbildungsstätten bzw. ihrer Träger. 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 Notfallsanitätern ausdrücklich keine Anwendung (§ 29 NotSanG). Für die Notfallsanitäterausbildung ist über die schulische Ausbildung hinaus die Erprobung von Ausbildungsangeboten an Hochschulen durch die Länder möglich (§ 7 NotSanG).

b) Ablauforganisation (Einsätze)

Notfallrettungseinsätze sind keine planbaren Einsätze. Es gibt jedoch einen typischen Einsatzablauf, der mit der Alarmierung beginnt und spätestens mit der Übergabe des Notfallpatienten in der (Weiter-) Behandlungseinrichtung endet. 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 Besetzung 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.

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 (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

60

61

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). In einem solchen Fall sowie auch im Zweifelsfall sollte das weitere Vorgehen im Team besprochen werden („Team Timeout“, „10 für 10“).

Die medizinische Versorgung 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.

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 NRETT-DG). 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). In der Zieleinrichtung erfolgt die strukturierte Übergabe des Notfallpatienten, für die das (I)SBAR-Schema empfohlen ist (vgl. die Empfehlung des LARD im Anhang zu den NUN-Algorithmen 2021, Bek. d. MI vom 14.12.2020, Az. 35.22-41576-10-13/0, Nds. MBl. 2021, S. 238): Unter „I“ und „S“ werden der Notfallpatient vorgestellt und sein Notfallproblem sowie die (Verdachts-) Diagnose mitgeteilt, unter „B“ der Hintergrund des Notfallgeschehens wie z.B. der Traumamechanismus und unter „A“ die durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen nach (c)ABCDE-Schema sowie Anamnesen nach SAMPLER- und OPQRST-Schema. Unter „R“ schließlich werden gegebenenfalls Empfehlungen des Teamleiters des Rettungsdienstes gegeben und etwaige Rückfragen des Teams der Behandlungseinrichtung beantwortet. 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), 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 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. § 4 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 Rettungsdienstträger 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 Rettungsdienst gilt die (auf Grundlage von § 30 Nr. 2 NRettDG erlassene) BedarfVO-RettD vom 04.01.1993 (Nds. GVBl. 1993, S. 1). 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 BedarfVO-RettD vor, dass der Zeitraum zwischen dem Beginn der Einsatzentscheidung durch die zuständige Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Einsatzort (Eintreffzeit) in 95 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalleinsätze 15 Minuten nicht übersteigen soll. Wie aus § 2 Abs. 2 S. 1 hervorgeht, bezieht sich dies auf das erste geeignete Rettungsmittel; 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).

Für den bodengebundenen RD gilt:
• die Eintreffzeit in der Notfallrettung soll in 95 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalleinsätze 15 Min. nicht übersteigen
• die Wartezeit beim qualifizierten Krankentransport soll 30 Min. nicht übersteigen

• Für den qualifizierten Krankentransport ist in § 5 Abs. 2 S. 1 BedarfVO-RettD vorgesehen, dass 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 soll.

Die auf den Landrettungsdienst bezogenen Vorschriften der BedarfVO-RettD gelten gemäß deren § 7 größtenteils sinngemäß auch für Wasserrettungswachen und Wasserrettungsfahrzeuge. 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.

b) Notfallplanung für Großschadensereignisse (MANV)

Daneben gibt es im Rettungsdienst auch eine Notfallplanung ähnlich dem Katastrophenschutzplan nach § 10 Abs. 1 und 2 NKatSchG, 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 § 14 S. 1 und 2 NKHG, dass jedes Krankenhaus für die Bewältigung eines Notfalls mit einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten einen Alarm- und Einsatzplan aufzustellen und fortzuschreiben hat, der auch Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten vorsehen muss.

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. Nicht zu diesen Plankosten oder den zu vereinbarenden oder tatsächlichen Gesamtkosten im Sinne von § 15 und § 15a 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 gesetzlichen 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.

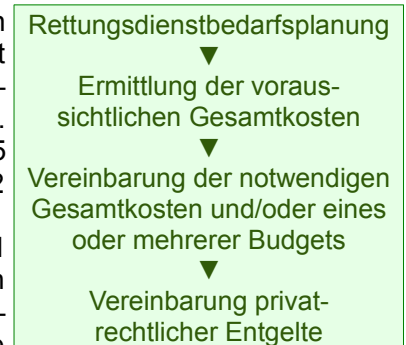
Ähnlich wie bei der Leistungserbringung durch (Kassen- bzw. Vertrags-) Ärzte und zugelassene Krankenhäuser übernimmt die Sozialversicherung auch bei Rettungsdienstleistungen die anfallenden Kosten anstelle der Versicherten; diese erhalten Sach- und Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V; § 26 Abs. 1 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.

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).

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).

Grundlage dieser Entgeltvereinbarungen sind zum einen die nach § 15 Abs. 1 bzw. § 15a Abs. 1 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 vor-



aussichtlichen 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 ausgleichenden Unterdeckung, aber auch die Chance einer nicht ausgleichenden 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).

bb) Einseitige Kostenfestlegungen bei Nichtzustandekommen von Kostenvereinbarungen

Für den Fall, dass eine Entgeltvereinbarung nach § 15 Abs. 2 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 Gebührensschuldner 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).

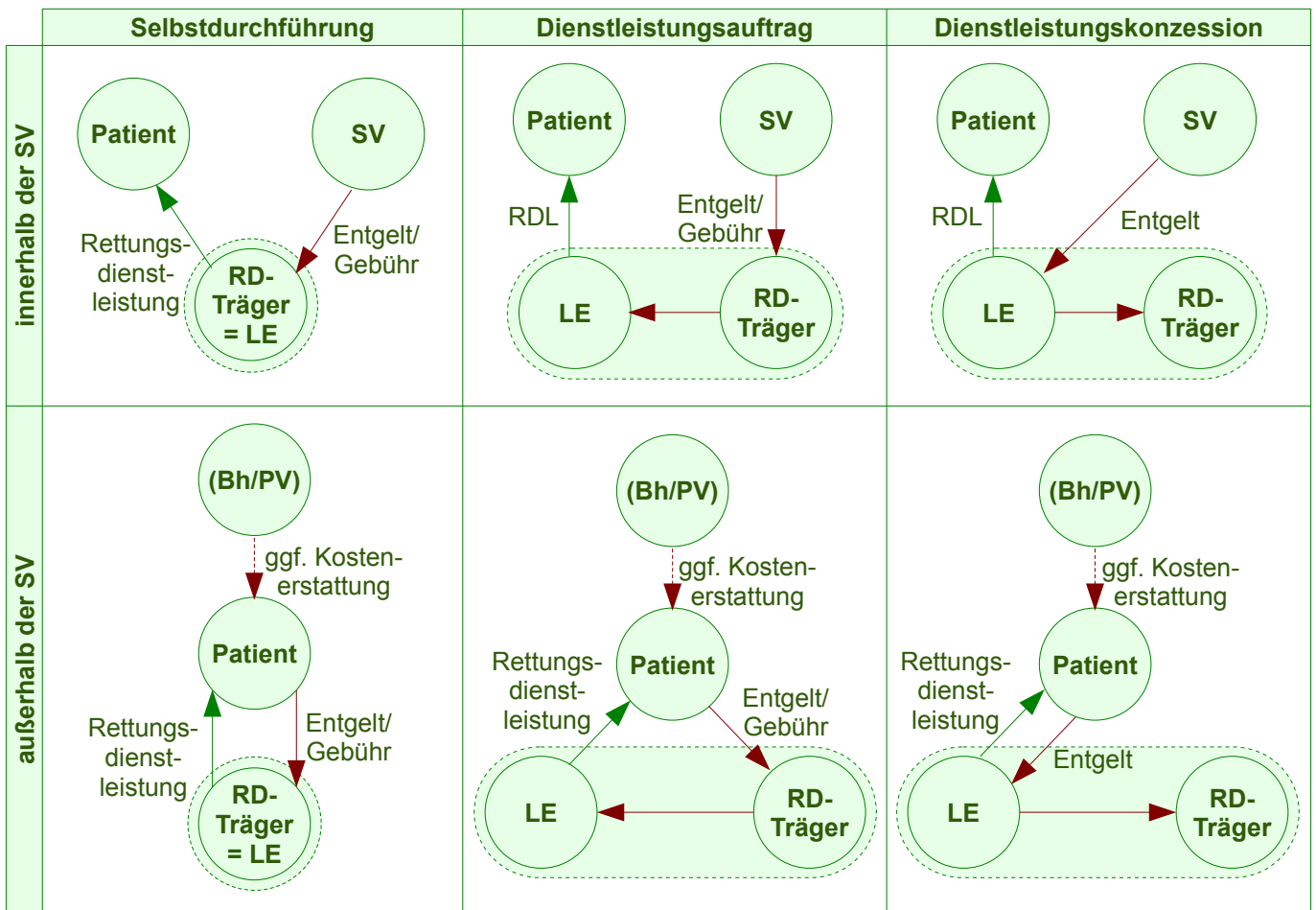
Ein Dritter, der vom Rettungsdienststräger per Dienstleistungskonzession mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt wurde, trägt das Betriebsrisiko selbst (siehe Rn 17) und darf nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können (LT-Drs. 16/3826 vom 28.06.2011, 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 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 Rettungsdienstträger 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 Rettungsdienstträger gewählten Art der Beauftragung des Dritten eine Beschränkung auf die Erhebung privatrechtlicher Entgelte.



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 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. 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, wengleich die bestehende Gesetzeslage diesem Vorbehalt genügen würde. Vielmehr kommt den öffentlichrechtlichen Trägern des Rettungsdienstes bei der Erfüllung des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrages grundsätzlich Organisationshoheit zu; 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 einschließlich solcher bei Großschadensereignissen (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nr. 1 NRettdG), Intensiv(verlegungs)transporte (§ 2 Abs. 2 S. 1, Nr. 2) und Transporte von medizinischen Gütern oder Personal (§ 2 Abs. 2 S. 2) – also für Einsätze, die der Versorgung lebensbedrohlich 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. 3 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. 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, 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 (BVerfGE 101, 1, Urteil vom 21.03.1996, Az. 4 C 9.95, juris Rn 36; 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 Einbe- 89

ziehung 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. 4 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 (BGHZ 120, 184, Urteil vom 12.11.1992, Az. III ZR 178/91, juris Rn 25 bis 27); bezüglich der Hilfsfristen ist allerdings nicht unmittelbar auf die in der BedarfVO-RettD genannten Hilfsfristen abzustellen (Nds. OVG, Urteil vom 23.11.2006, Az. 11 LC 72/06, juris Rn 43). 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 möglicherweise bedrohte Rechtsgut ist, 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 (§ 1906a 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 qualifizierten 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 Rettungsdienststrägers 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 Rettungsdienststräger bezüglich der Ausgestaltung des Benutzungsverhältnisses Organisationsfreiheit; insbesondere gibt es keine normativen Vorgaben zur Ausgestaltung der Leistungsseite des Benutzungsverhältnisses. In Bezug auf das „Wie“ der Erbringung der Rettungsdienstleistung hat der Rettungsdienststräger 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 Rechtsträ-

gerschaft 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), konkret von einseitig-hoheitlichem Vorgehen, das sich mangels Zwangsmaßnahmen und entsprechender Befugnisnormen (siehe Rn 87) als schlicht-hoheitliches Handeln darstellt. Dies vermeidet auch die Friktionen, dass für einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag nach § 630a BGB bei nicht mehr zur Willensbildung fähigen Patienten durch diese gar kein Vertragsschluss zustande kommen kann und für einen solchen Behandlungsvertrag zugunsten Dritter bzw. zugunsten des Patienten durch einen Dritten vor dem Hintergrund der aus § 323c Abs. 1 StGB folgenden Hilfeleistungspflicht des Dritten dessen Rechtsbindungswille und damit ebenfalls der Abschluss eines Vertrages zweifelhaft sein kann; einem öffentlichrechtlichen Behandlungsvertrag analog § 630a BGB stünde zudem 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. Stattdessen lässt sich die Leistungserbringung als (öffentlichrechtliche) Geschäftsführung ohne Auftrag analog §§ 677 ff. BGB einordnen. Was einzelne invasive Behandlungsmaßnahmen wie die Punktion betrifft, so finden tatsächlich geäußelter und mutmaßlicher Wille des Patienten über die Analogie zu § 677 BGB ebenso gut Berücksichtigung wie über § 630d BGB; Obliegenheiten des Behandelnden wie Aufklärung und Dokumentation samt der Beweislastumkehr galten schon vor und damit unabhängig von der erst im Jahr 2013 erfolgten Kodifikation des Behandlungsvertrages. 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 höchstrichterlich geklärt (BGHZ 219, 77, Urteil vom 14.06.2018, Az. III ZR 54/17, juris Rn 49 bis 56). Nicht gegen diese Einordnung 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. 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 Rettungsdienststrägers erbringen.

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 Rettungsdienststrägers bei der Ausgestaltung des Benutzungsverhältnisses kommt grundsätzlich auch auf der Gegenleistungsseite des Benutzungsverhältnisses zum Tragen. Falls die Rettungsdienstleistung auf vertraglicher Grundlage erbracht wird, stehen Leistung und Gegenleistung im Synallagma; bei einem privatrechtlichen Behandlungs- oder auch Beförderungsvertrag dürfte dann kein Raum mehr für eine öffentlichrechtliche Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses bestehen. 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). Diese grundsätzliche Wahlfreiheit ist allerdings in zwei Konstellationen beschränkt: Zum einen hat der Gesetzgeber für die Leistungsfälle innerhalb der Sozialversicherung, die zahlenmäßig weit überwiegen, den Vorrang des (Entgelt-) Vereinbarungsmodells vor dem Gebührenmodell bestimmt (siehe Rn 75 und 79); überdies findet in diesen Fällen die Gegenleistungsabwicklung regelmäßig nicht mit dem Patienten als Leistungsempfänger, sondern mit dem jeweiligen Sozialversicherungsträger als Kostenträger statt. Zum anderen trägt ein Leistungserbringer, der vom Rettungsdienststräger per Dienstleistungskonzession beauftragt wurde, das Betriebsrisiko selbst und darf nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können, weshalb in diesen Fällen aus der vom Rettungsdienststräger gewählten Art der Beauftragung eine Beschränkung der möglichen Gegenleistungen auf ein privatrechtliches Entgelt folgt (siehe Rn 83). Die Erhebung dieser Entgelte erfolgt durch den Dienstleistungskonzessionär im eigenen Namen (siehe Rn 86). Die beiden Ausnahmefälle von der Wahlfreiheit des Rettungsdienststrägers in Bezug auf die Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses sind somit zugleich die beiden Ausnahmefälle von der Regel, dass die Rettungsdienstleistungsbeziehungen zwischen Rettungsdienststräger und Patient bestehen.

92

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 – z.B. pflichtwidrig unterlassene Behandlungen und Transporte, Behandlungs- und Transportfehler oder unberechtigte Behandlungen und Transporte – durch das Rettungsdienstpersonal stellen. 93

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 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 Rettungsdienstseinsätze 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 als Ausübung eines öffentlichen Amtes zu qualifizieren. 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. 94

Die Amtspflichtverletzung muss zudem in Ausübung des öffentlichen Amtes des Rettungsdienstes und nicht nur bei Gelegenheit der Rettungsdienstausübung erfolgt sein. Weiterhin muss die verletzte Amtspflicht einen Drittbezug aufweisen, nämlich den Schutz des geschädigten Patienten oder sonstigen Dritten bezwecken. Und schließlich muss die Pflichtverletzung vorsätzlich oder fahrlässig (§ 276 Abs. 2 BGB) erfolgt und kausal für den Schaden sein. Ist sie fahrlässig erfolgt, so kann gemäß § 839 Abs. 1 S. 2 BGB Schadensersatz nur beansprucht werden, wenn der Verletzte 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. 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 Gebrauch gemacht wurde (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.). 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). 95

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 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, 96

270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 13). Auch Beliehene sind als beliehene Private gerade keine öffentlichrechtlichen Träger und ebenso keine Bediensteten eines solchen, sondern sie üben die ihnen eingeräumten Hoheitsrechte im eigenen Namen aus, so dass der Hoheitsträger haftet, der den Privaten mit den Hoheitsrechten beliehen hat, bei deren Ausübung es zur Amtspflichtverletzung kam. Im Ergebnis haftet danach für in Ausübung des öffentlichen Rettungsdienstes erfolgte Amtspflichtverletzungen der Rettungsdienststräger. Abweichungen gibt es beispielsweise in Thüringen, wo es neben den Hoheitsträgern mit der Aufgabe der Sicherstellung des Rettungsdienstes mit Ausnahme des Notarztdienstes einen anderen Hoheitsträger – namentlich die Kassenärztliche Vereinigung (§ 77 Abs. 5 SGB V) – gibt, dem die Aufgabe der Sicherstellung des Notarztdienstes obliegt (§ 5 Abs. 1 S. 2 gegenüber Abs. 1a und § 7 Abs. 1 S. 1 ThürRettG). Dort haftet für Amtspflichtverletzungen der Notärzte die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (BGHZ 213, 270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 14 f.) und nur im Übrigen der Rettungsdienststräger. In Sachsen, wo zwar nach § 28 Abs. 2 S. 1 SächsBRKG ebenfalls andere Hoheitsträger als die Rettungsdienststräger den Notarztdienst sicherzustellen haben, die Rettungsdienststräger aber gemäß § 3 Nr. 3 SächsBRKG Aufgabenträger des gesamten Rettungsdienstes ohne Herausnahme des Notarztdienstes sind, haftet dagegen einheitlich der Rettungsdienststräger (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 Rettungsdienststräger Aufgabenträger des Rettungsdienstes einschließlich des Notarztdienstes (siehe Rn 44), so dass sie auch einheitlich für Amtspflichtverletzungen des gesamten Rettungsdienstpersonals haften. Im Falle von Amtspflichtverletzungen bei der Lenkung von Rettungsdienstseinsätzen 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).

8. 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) vom 17.12.2013 (Nds. GVBl. 2014, S. 2, berichtigt S. 73), 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 4 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 und Rettungshelfer (RettAPO) vom 04.12.2017 (GV. NRW 2017, S. 919)); 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.

97

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.

98

b) Berufsbild und Zugangsvoraussetzungen zum Beruf des Rettungssanitäters

Rettungssanitäter werden – in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 1 bis 3 NRettdG – regelmäßig als Fahrer von Krankenkraftwagen in der Notfallrettung sowie gemäß § 10 Abs. 2 S. 4 NRettdG beim qualifizierten Krankentransport – dort zumeist wegen der Funktion als Einsatzführer als Beifahrer, aber gegebenenfalls auch als Fahrer des Krankentransportwagens – eingesetzt. 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 bestimmt § 1 Abs. 2 APVO-RettSan, dass die Rettungssanitäterausbildung dazu befähigen soll, beim Krankentransport Patienten selbständig zu betreuen (Einsatzführerfunktion) sowie bei der Notfallrettung Fahrer- und Helferfunktionen auszuüben. 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

99

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 § 9 APVO-RettSan statuierten Zugangsvoraussetzungen zur Rettungssanitäterausbildung, als auch die in § 14 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 § 9 Abs. 1 Nr. 3 APVO-RettSan vor, dass die Ausbildung nur beginnen kann, wer körperlich und gesundheitlich für die Tätigkeit als Rettungssanitäter geeignet ist. Zum Nachweis ist gemäß § 9 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.

100

Unabhängig von der APVO-RettSan müssen Personen, die in Krankenhäusern oder Rettungsdiensten tätig sind, ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen (§ 20 Abs. 8 Nr. 3 i.V.m. § 23 Abs. 3 Nrn. 1 und 12 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.

101

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 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). 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.

102

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 (§ 9 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 (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2). 105

An fachlicher Vorbildung wird bislang die nachweisliche Teilnahme an einer Erste-Hilfe-Ausbildung im Umfang von zwölf Zeitstunden vorausgesetzt, die nicht länger als zwei Jahre zurückliegen darf (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 2 Nr. 6). Entsprechend dem Ziel einer fachlichen Vorbildung genügen 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), führte nicht zu einer zeitlichen Absenkung der Ausbildungszugangsvoraussetzung auf 6 ¾ Zeitstunden. Die vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemielage vom derzeit für den Rettungsdienst zuständigen Nds. Innenministerium mit Rundschreiben vom 06.05.2020 verfügte Ausnahmeregelung, wonach keine Erste-Hilfe-Ausbildung nachgewiesen werden muss, wurde mit Rundschreiben vom 29.10.2020 um sechs Monate und mit Rundschreiben vom 27.04.2021 um weitere sechs Monate verlängert und gilt nunmehr bis zum 31.12. 2021. Nach dem vom Nds. Innenministerium 2020 vorgelegten Entwurf einer neuen APVO-RettSan, der voraussichtlich im Laufe des Jahres 2021 umgesetzt werden wird, soll die Voraussetzung einer Erste-Hilfe-Ausbildung gänzlich entfallen. 106

Ebenfalls als Voraussetzung der fachlichen Eignung zu verstehen sind die Altersbeschränkungen des § 9 Abs. 1 Nr. 1, wonach mit der Ausbildung nur beginnen kann, wer das 17. Lebensjahr vollendet hat, sowie des § 9 Abs. 4, wonach mit den Ausbildungspraktika nur beginnen kann, wer das 18. Lebensjahr vollendet und die theoretische Ausbildung abgeleistet 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 ist zum Beginn der Ausbildung durch Vorlage einer Kopie eines amtlichen Ausweises nachzuweisen (§ 9 Abs. 2 Nr. 1 APVO-RettSan). 107

Der sich aus § 9 Abs. 4 und 5 ergebenden zwingenden Abfolge der Ausbildungsabschnitte theoretische Ausbildung – Praktika – Abschlusslehrgang liegen didaktische Erwägungen zugrunde; optimalerweise findet zudem das Klinikpraktikum vor dem Rettungswachenpraktikum statt, vgl. § 5 Abs. 3 S. 1 (näher zur Gliederung siehe Rn 115 ff.). Während der Ausbildung ist ein Ausbildungsnachweisheft nach dem Muster der Anlage 7 zu führen (§ 10). Zur Abschlussprüfung wird nur zugelassen, wer die Ausbildungsabschnitte nach den §§ 3 bis 5 (theoretische Ausbildung, Klinikpraktikum und Rettungswachenpraktikum) abgeleistet oder entsprechende Nachweise über die Anerkennung von nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleisteten Rettungssanitäterausbildungsabschnitten oder von anderen Ausbildungen oder Ausbildungsabschnitten als gleichwertig nach § 8 (siehe unten) vorgelegt hat (§ 14 Abs. 1 Nr. 2) und ein vollständig ausgefülltes Ausbildungsnachweisheft vorlegt (§ 14 Abs. 1 Nr. 1). 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 als gleichwertig nach § 8 sind feststellende Verwaltungsakte; sie haben nicht nur Bedeutung für die nachfolgende Prüfungszulassung, sondern auch für etwaige Wiederholungsprüfungszulassungen (§ 19 Abs. 1). Bei Gleichwertigkeit besteht 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. 2 108

APVO-RettSan auszuüben ist, 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 läge ein Ermessensfehler vor, was der gerichtlichen Kontrolle unterliegt (§ 114 Satz 1 VwGO). Ob eine Ausbildung oder ein Ausbildungsabschnitt gleichwertig ist, ist von Amts wegen zu ermitteln (§ 24 Abs. 1 S. 1 VwVfG); nur eine Unaufklärbarkeit geht zu Lasten des Auszubildenden als beweisbelastetem Antragsteller. Die Gleichwertigkeit ist 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). Die Ableistung des Abschlusslehrgangs ist bei alledem keine Berufszugangsvoraussetzung. Denn obwohl der Lehrgang als Teil der Ausbildung benannt wird (§ 2 Abs. 1 S. 2, Nr. 4 APVO-RettSan) und eine Mindestanwesenheitszeit für seine Geltung als abgeleistet formuliert wird (§ 6 Satz 3), ist er nach § 14 Abs. 1 nicht Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung. § 14 Abs. 1 Nr. 2 setzt nur die Ableistung (oder ersatzweise Gleichwertigkeitsanerkennungen nach § 8) der Ausbildungsabschnitte nach den §§ 3-5 voraus, also nicht auch die des Abschlusslehrgangs nach § 6. Und auch die Möglichkeiten der Gleichwertigkeitsanerkennung nach § 8 Abs. 1 und 2 beziehen sich nur auf die Ausbildungsabschnitte nach den §§ 3-5, so dass ein Redaktionsversehen auszuschließen ist. Die Zulassungsvoraussetzung der Vorlage eines vollständig ausgefüllten Ausbildungsnachweishefts gemäß § 14 Abs. 1 Nr. 1, für welches § 10 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. 4 und 5; § 5 Abs. 3 S. 4 und 5), 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 (§ 19 Abs. 1 S. 4 und 5), 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 § 14 Abs. 2 S. 1 und 3 und § 11 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 (§ 14 Abs. 1 Nr. 3).

Die fachliche Eignung für die Tätigkeit als Rettungssanitäter ist schließlich in der staatlichen Abschlussprüfung dadurch nachzuweisen, dass der schriftliche, fachpraktische und mündliche Prüfungsteil jeweils bestanden wird (§ 11 Abs. 1 i.V.m. § 16 Abs. 4). Im schriftlichen Teil sind bei einer Bearbeitungszeit von 120 Minuten Prüfungsfragen zu beantworten (§ 15 Abs. 1 S. 1 und 2). Höchstens 50 % der Prüfungsfragen dürfen Multiple-Choice-Fragen sein, wobei je Frage nur eine Antwort richtig ist, im Übrigen sind die Prüfungsfragen offene Fragen (§ 15 Abs. 1 S. 3, § 16 Abs. 2 S. 1). Der fachpraktische Teil besteht gemäß § 15 Abs. 2 aus drei Abschnitten: Einer Herz-Lungen-Wiederbelebung eines Erwachsenen mit Einsatz eines automatisierten externen Defibrillators im Zwei-Helfer-Verfahren, einer Herz-Lungen-Wiederbelebung eines Säuglings und einem Fallbeispiel aus dem Bereich der Notfallrettung oder des qualifizierten Krankentransports mit möglichst realistischer Darstellung, das von zwei Prüflingen in höchstens 15 Minuten gemeinsam bearbeitet wird. Im mündlichen Teil sind in Einzelprüfung oder in Gruppenprüfung mit höchstens drei Prüflingen Fragen zu beantworten oder zu anderen Aufgabenstellungen Auskünfte zu geben, wobei auf jeden Prüfling eine Prüfungszeit von etwa 15 Minuten entfallen soll (§ 15 Abs. 3).

cc) Besitz der erforderlichen Zuverlässigkeit

Zum Beginn der Ausbildung sind zum Nachweis des Besitzes der für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderlichen Zuverlässigkeit (§ 9 Abs. 1 Nr. 4) 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 – (§ 9 Abs. 2 Nr. 4) und ein Führungszeugnis nach § 30 des Bundeszentralregistergesetzes vorzulegen, das nicht älter als drei Monate ist (§ 9 Abs. 2 Nr. 5).

Die Zulassung zur Abschlussprüfung ist dann von der Vorlage einer erneuten Erklärung nach dem Muster der Anlage 6 abhängig (§ 14 Abs. 1 Nr. 4) sowie davon, dass die für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderliche Zuverlässigkeit weiterhin besteht (§ 14 Abs. 1 Nr. 5). Ein Führungszeugnis muss nicht erneut vorgelegt werden. 112

Die für die Tätigkeit als Rettungssanitäter erforderliche Zuverlässigkeit besitzt, bei wem davon auszugehen ist, dass er die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten beachten wird. Entgegen den Formulierungen wird aber nicht von der Unzuverlässigkeit ausgegangen, so dass die Beweislast für das Gegenteil beim Auszubildenden liegt, 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 abzugeben 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). Nur bei Nichtvorlage einer Erklärung über strafrechtliche Verfahren oder eines Führungszeugnisses wird auch ohne die Kenntnis weiterer Tatsachen der Zugang zur Ausbildung verwehrt (§ 9) oder der Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung abgelehnt (§ 14). 113

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“ – nicht zu verwechseln mit dem Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD) – weiterentwickelt wurde. Die letzte Überarbeitung der Ausbildungsempfehlungen verabschiedete der Ausschuss 2019; die Umsetzung in den Ländern ist derzeit in Vorbereitung. Auch vom Nds. Innenministerium wurde 2020 der Entwurf einer novellierten APVO-RettSan vorgelegt, der voraussichtlich im Laufe des Jahres 2021 umgesetzt werden wird. Dem rechtsstaatlichen Erfordernis des Vertrauensschutzes entsprechend ist vorgesehen, dass für nach der derzeitigen APVO-RettSan begonnene Ausbildungen auch weiterhin dieses Ausbildungs- und Prüfungsrecht gilt. 114

Zurzeit verteilen sich die mindestens 520 Ausbildungseinheiten (§ 2 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan) auf eine auch praktische Anteile beinhaltende (vgl. § 3 Abs. 2 S. 1 und 2) theoretische Ausbildung an einer Ausbildungsstätte (Rettungsschule) für Rettungssanitäter im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 3 Abs. 1 S. 2), die innerhalb von zwölf Monaten abgeschlossen sein soll (§ 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, Notaufnahmebereich, Operationsbereich/Anästhesie sowie Intensiv- oder Wachstation abgeleistet werden soll (§ 4 Abs. 1 S. 5 i.V.m. Anlage 2), ein Rettungswachenpraktikum, das mindestens 160 Praktikumsstunden zu je 60 Minuten umfasst (§ 5 Abs. 1 S. 2), in dem der Auszubildende an Krankentransporteinsätzen sowie mindestens 20 Notfallrettungseinsätzen mitwirken muss (§ 5 Abs. 2 S. 1 und 2) und das innerhalb von neun Monaten abgeschlossen sein soll (§ 5 Abs. 1 S. 5) sowie einen Abschlusslehrgang mit mindestens 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten (§ 6 S. 2), an den die staatliche Abschlussprüfung anschließt (§ 2 Abs. 1 S. 3). Die gesamte Ausbildung soll innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden; von Auszubildenden, die zusätzlich einen Beruf ausüben, innerhalb von drei Jahren (§ 2 Abs. 2). In Zukunft soll die Theorieausbildung auf einen Mindestumfang von 240 Unterrichtseinheiten erhöht werden. Da sich jedoch auf Wunsch der Hilfsorganisationen die Gesamtdauer der Ausbildung nicht verlängern soll, ist geplant, den Mindestumfang des Klinikpraktikums auf 80 Praktikumsstunden zu halbieren. Vorgesehen sind dann nur noch die Bereiche Anästhesie/Intensivmedizin oder hälftig diese und hälftig der Notaufnahmebereich. 115

Der Aufzählung der Ausbildungsabschnitte in § 2 Abs. 1 S. 2 lässt sich noch keine Vorgabe zur Reihenfolge der Abschnitte entnehmen, da Aufzählungen in irgendeiner Reihenfolge erfolgen müssen; dasselbe gilt für die Reihenfolge der die Abschnitte betreffenden §§ 3 bis 6. Jedoch bestimmt § 9 Abs. 4, dass mit dem Klinikpraktikum und mit dem Rettungswachenpraktikum nur beginnen kann, wer die theoretische Ausbildung abgeleistet hat. Entsprechend seiner Bezeichnung kann am Abschlusslehrgang gemäß § 9 Abs. 5 nur teilnehmen, wer das Klinikpraktikum und das Rettungswachenpraktikum abgeleistet hat. Da jeweils beide Praktika genannt werden und bei einer zwingenden Reihenfolge auch zwischen diesen davon auszugehen gewesen wäre, dass in § 9 Abs. 4 nur das direkt folgende und in § 9 Abs. 5 nur das direkt vorangehende Praktikum genannt wird, ist zunächst von einer bewusst fehlenden Vorgabe zur Abfolge der Praktika auszugehen. Allerdings erwähnt § 4 Abs. 2 S. 1, dass im Klinikpraktikum das in der theoretischen Ausbildung erworbene Wissen in der Praxis angewendet wird, und § 5 Abs. 3 S. 1, dass im Rettungswachenpraktikum die in der theoretischen Ausbildung und im Klinikpraktikum erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten umgesetzt und vertieft werden; ferner soll nach § 14 Abs. 2 S. 2 der Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung nach Abschluss des Ret- 116

tungswachenpraktikums eingereicht werden. Da die unmittelbar auf die Reihenfolge bezogenen und die mittelbar von einer bestimmten Praktikumsreihenfolge ausgehenden Regelungen einander widersprechen, bleibt offen, ob der Verordnungsgeber die Abfolge der Ausbildungsabschnitte vollständig vorgeben wollte; unter Berücksichtigung der Möglichkeit nach § 8 Abs. 2, eine (der Rettungssanitäterausbildung vorangegangene oder neben ihr erfolgende) andere Ausbildung oder einen Abschnitt davon als Ausbildungsabschnitt im Sinne der APVO-RettSan anzuerkennen, wird man allenfalls von einer den Regelfall abbildenden Soll-Reihenfolge der Praktika ausgehen können. Jedenfalls kann bei Ableistung des Rettungswachenpraktikums vor dem Klinikpraktikum weder die Teilnahme am Abschlusslehrgang verwehrt werden (§ 9 Abs. 5), noch die Zulassung zur Abschlussprüfung (§ 14 Abs. 1 Nr. 2).

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemielage hat das derzeit für den Rettungsdienst zuständige Nds. Innenministerium mit Rundschreiben vom 06.05.2020 verfügt, dass das Klinikpraktikum auch durch ein (zusätzliches) Rettungswachenpraktikum im Umfang von 160 Stunden ersetzt werden kann. Die Ausnahmeregelung wurde mit Rundschreiben vom 29.10.2020 um sechs Monate und mit Rundschreiben vom 27.04.2021 um weitere sechs Monate verlängert und gilt nunmehr bis zum 31.12.2021.

160 UE Theoretische Ausbildung an einer Rettungsschule	160 Std. Klinikpraktikum (Pflegerstation, Notaufnahme, OP/Anästhesie, Intensiv-/Wachstation)	40 UE Abschlusslehrgang	Abschlussprüfung	118
	160 Std. Rettungswachenpraktikum (Krankentransport- und mind. 20 Notfallrettungseinsätze)			

d) Akteure der Rettungssanitäterausbildung

Ausbildungsbehörde ist das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium (§ 1 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan), derzeit das Nds. Ministerium für Inneres und Sport. Sie ist zuständig für die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten (§ 7 Abs. 1 S. 1), für die Bestätigung der Lehrpläne der Ausbildungsstätten (§ 7 Abs. 3 S. 1) sowie für die Anerkennung von Rettungssanitäterausbildungsabschnitten, die nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleistet worden sind, als Rettungssanitäterausbildungsabschnitt nach niedersächsischem Recht (§ 8 Abs. 1 i.V.m. § 1 Abs. 1 S. 3) und von anderen Ausbildungen oder Ausbildungsabschnitten als Rettungssanitäterausbildungsabschnitt oder Teil davon (§ 8 Abs. 2 i.V.m. § 1 Abs. 1 S. 3), letztlich also für deren Anerkennung als gleichwertig. (Die Gleichwertigkeit erfolgreich abgeschlossener Rettungssanitäterausbildungen wird demgegenüber abschließend in § 22 Abs. 1 und 2 geregelt, so dass es keiner Einzelfallentscheidung dazu bedarf.)

In Hinblick auf die (die Vorgaben aus den Anlagen 1, 2 und 3 konkretisierenden) Einzelheiten zu den Ausbildungszielen und die Handlungskompetenzen, die in der theoretischen Ausbildung (§ 3 Abs. 1 S. 4), im Klinikpraktikum (§ 4 Abs. 2 S. 5) und im Rettungswachenpraktikum (§ 5 Abs. 3 S. 5) erworben werden sollen, verweist die APVO-RettSan auf öffentliche Bekanntmachungen der Ausbildungsbehörde. Diese hat hierzu die Empfehlungen des Ausschusses „Rettungswesen“ veröffentlicht.

Die Ausbildungsbehörde ist zudem zuständig für die Bildung eines Landesprüfungsausschusses, aus dessen Mitgliedern von ihr die Prüfungskommissionen für die staatliche Abschlussprüfung gebildet werden (§§ 12 und 13). Alle Entscheidungen und sonstigen Maßnahmen, die die Abschlussprüfung betreffen, werden gemäß § 13 Abs. 4 grundsätzlich vom Vorsitzenden der Prüfungskommission getroffen. Dazu zählt etwa die Zulassung zur Abschlussprüfung (§ 14); bei der Bewertung von Prüfungsleistungen hingegen sind die Mitglieder der Prüfungskommission unabhängig und nicht an Weisungen gebunden (§ 13 Abs. 5).

Die APVO-RettSan weist auch den (i.S.v. § 7 Abs. 1 und 2 staatlich anerkannten) Ausbildungsstätten Aufgaben zu. Insbesondere prüfen diese das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung (§ 9 Abs. 3), finden an ihnen die theoretische Ausbildung (§ 3) sowie der Abschlusslehrgang (§ 6) statt und bereiten sie die staatliche Abschlussprüfung organisatorisch vor (§ 11 Abs. 2). Zudem erstellen die Ausbildungsstätten auf Aufforderung der Ausbildungsbehörde Vorschläge für Prüfungsfragen und Lösungshinweise für die staatliche Abschlussprüfung (§ 15 Abs. 1 S. 4), führen die Ausbildungs- und Prüfungsakten (§ 21 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).

e) Zeugnis über das Bestehen der Rettungssanitäterprüfung

Wer die Abschlussprüfung bestanden hat, erhält gemäß § 20 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 drei Prüfungsteile nach § 11 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.

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 Be-

hörde, nämlich des Nds. Innenministeriums als Ausbildungsbehörde (§ 1 Abs. 1 S. 2 APVO-RettSan). Zwar ist auch die jeweilige Prüfungskommission Behörde i.S.v. § 1 Abs. 4 NVwVfG, doch werden die Prüfungskommissionen von der Ausbildungsbehörde gebildet (§ 13 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan) und fungieren als Prüfungskommissionen des Nds. Innenministeriums, welches durch sein Dienstsiegel nach Außen als erlassende Behörde auftritt, § 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 „Rettungsanitäter“ 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 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 § 18 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; § 11 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 § 20 Abs. 2 S. 1 APVO-RettSan den Erlass eines Bescheides durch die Ausbildungsbehörde vor, in dem die Noten für die drei Prüfungsteile nach § 11 Abs. 1 S. 2 (schriftlicher, fachpraktischer und mündlicher Teil) und für die einzelnen Abschnitte der fachpraktischen Prüfung (§ 15 Abs. 2) anzugeben sind. Es besteht die Möglichkeit zur Prüfungswiederholung nach Maßgabe des § 19. 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 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 § 21 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 § 21 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).

f) Kosten der Rettungsanitäterausbildung

Die Kosten der Rettungsanitäterausbildung 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. 1 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 theoretischen Ausbildungsabschnitt (Grundlehrgang) und gegebenenfalls den Abschlusslehrgang auf die Auszubildenden um. Die Kosten für den Grundlehrgang betragen je nach Rettungsschule um die 1.000 € und werden sich durch die im Rahmen der Novellierung der APVO-RettSan geplante Verlängerung dieses Ausbildungsabschnitts von 160 auf 240 Unterrichtseinheiten um etwa 50 % erhöhen. Das Entgelt für den Abschlusslehrgang – der aus rechtlicher Sicht nicht zwingend abzuleisten ist (siehe Rn 108), dessen Ableistung aber der Prüfungsvorbereitung dienlich ist – und die Prüfung beträgt je nach Rettungsschule zusammengerechnet um die 550 €. 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, die Erste-Hilfe-Ausbildung und das Führungszeugnis sowie gegebenenfalls Impfungen und einen Teil der persönlichen Schutzausrüstung.

Gebühren für die Anerkennung von Ausbildungsabschnitten als gleichwertig nach § 8 Abs. 1 und 2 oder die Akteneinsicht gemäß § 21 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 nach Zeitaufwand (Nr. 1.4.3 oder 1.11); bei der Akteneinsicht wäre die Aktenführung zwar eine Aufgabe der öffentlichen Landesverwaltung, doch erfolgt die Aktenführung und Einsichtgewährung durch die Ausbildungsstätte, deren Qualifikation als Landesbehörde und ihrer Handlungen als Amtshandlungen im Sinne des Verwaltungskostenrechts (§ 1 NVwKostG) in den meisten Fällen zu verneinen ist: 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 Verwaltungsaufgabe im eigenen Namen übertragen worden wäre, gibt es nicht. Vielmehr besteht 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 ist auch der Umstand, dass Arbeitnehmer für die Teilnahme an den Lehrgängen (Grundlehrgang und Abschlusslehrgang) nicht auf ihren Erholungsurlaub zurückgreifen müssen, sondern hierfür Bildungsurlaub beantragen können, in dem ebenfalls der Lohn fortgezahlt wird. Für Vollzeit Arbeitnehmer in Niedersachsen ist das sogar für den vierwöchigen Grundlehrgang 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 geplanten Verlängerung dieses Ausbildungsabschnitts von 160 auf 240 Unterrichtseinheiten und somit von vier auf sechs Wochen Vollzeitunterricht wird dies aber auch in Niedersachsen nicht mehr möglich sein.