

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.....	4
3. Organisation des Rettungsdienstes.....	6
a) Aufbauorganisation (Einrichtungen, Sachmittel und Personal).....	6
b) Ablauforganisation (Einsätze).....	14
4. Rettungsdienstplanung.....	15
a) Bedarfsplanung für den Regelrettungsdienst.....	15
b) Notfallplanung für Großschadensereignisse (MANV).....	15
5. Kosten des Rettungsdienstes (Kostenplanung, Kostentragung).....	16
6. Rechtsverhältnisse bei Ausübung des Rettungsdienstes.....	19
a) Rettungsdienstleistungspflicht und Benutzungsberechtigung.....	19
b) Ausgestaltung des Leistungsverhältnisses.....	20
c) Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses.....	21
7. Amtshaftung im Rettungsdienst.....	22
8. Rettungssanitäterausbildung nach der APVO-RettSan.....	24

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 unten) 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 unten). 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 unten). 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 unten). 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 Rettungsdienstfachpersonal 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 Versagungsverbehalt 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. 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 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	<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	<ul style="list-style-type: none"> • qualifizierter Krankentransport
● Qualifizierter Krankentransport durch Dritte außerhalb des Rettungsdienstes		

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).

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 unten). 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.

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).

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.

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. 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.

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. Für die Beförderung 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 unten) 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 Kosteneinbarungen 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). Gegen die

Entscheidung durch Verwaltungsakt kann dann verwaltungsgerichtliche Klage erhoben werden, ohne dass es der Durchführung eines Vorverfahrens bedarf (Satz 3 i.V.m. § 68 VwGO). Nach § 18 Abs. 5 NREttDG gibt sich die Schiedsstelle eine Schiedsordnung, die der Genehmigung durch das Ministerium bedarf. Aktuell ist die Schiedsordnung gemäß Bek. d. MI vom 13.12.2007, Az. B21.21-41576-10-18/1 (Nds. MBl. 2008, S. 49). Nach § 12 Abs. 4 der Schiedsordnung sollen Verfahren vor der Schiedsstelle in der Regel nicht länger als sechs Monate dauern. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Rettungsdienstträger und die Kostenträger zu gleichen Teilen (§ 18 Abs. 3 NREttDG); für den Kostenanteil der Rettungsdienstträger bestimmt § 14 der Schiedsordnung weitergehend, dass er zu 2 % vom Land und zu 98 % von den kommunalen Rettungsdienstträgern getragen wird, wobei sich deren Anteile nach ihren zuletzt veröffentlichten amtlichen Einwohnerzahlen bemessen. Die Verfahren vor der Schiedsstelle sind nach § 12 Abs. 5 der Schiedsordnung unentgeltlich. Die einzige Regelung zur Schiedsstelle außerhalb von § 18 NREttDG findet sich in § 15a Abs. 4, wonach die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten entscheidet, wenn eine Entgeltvereinbarung nach § 15a (siehe unten) 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.

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. MBl. 2017, S. 1316).

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

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

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

dd) Rettungswache

Die Rettungsdienststräger 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 unten); 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 (nach § 5 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan i.V.m. deren Anlage 3, Nr. 1 für Rettungssanitäter; nach § 6 Abs. 1 NotSanG für Notfallsanitäter) erfüllen.

ee) Rettungsmittel

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

Rettungsmittel/Landfahrzeuge:

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

Rettungsluftfahrzeuge:

- Rettungshubschrauber (RTH)
- Intensivtransporthubschrauber (ITH)

Rettungsmittel/Wasserfahrzeuge:

- (Motor-) Rettungsboot (MRB/RTB)

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

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

den (§ 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.

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; 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).

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 oben). 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 Medizinproduktes zu überzeugen und die Gebrauchsanweisung sowie die sonstigen beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen und Instandhaltungshinweise zu beachten (§ 4 Abs. 6 MPBetreibV).

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

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 107-109; BVerwG, Beschl. vom 30.09.1996, Az. 4 B 175.96, juris Rn 5)

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 Personal – dies schließt auch (Not-) Ärzte mit ein (LT-Drs. 12/3016 vom 14.04.1992, S. 10) – fachlich geeignet sein und es entsprechend seiner Verwendung nach einheitlichen Maßstäben aus- oder fortgebildet sein und regelmäßig fortgebildet werden muss (§ 10 Abs. 1); eine konkretisierende Verordnung für die Aus- oder Fortbildung von (not-) ärztlichem Personal nach § 30 Nr. 1 gibt es nicht. Das Rettungsdienstrecht der meisten anderen Länder legt hingegen fest, dass die im Rettungsdienst eingesetzten Ärzte über den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ einer Ärztekammer, die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ einer Ärztekammer oder eine von der jeweiligen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation verfügen müssen. Die Weiterbildungen der Ärzte sind durch die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt, welche insoweit die ihnen von den Ländern durch die Kammergesetze – im Land Niedersachsen durch § 9 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m.

§§ 34 ff. Heilberufekammergesetz – übertragene berufsständische Selbstverwaltung ausüben. Die verschiedenen notärztlichen Weiterbildungen wurden vereinheitlicht durch den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ von 1994 und die an seine Stelle tretende Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“, die 2003 in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen wurde. Auch die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) enthält eine Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“. Mangels entsprechender rettungsdienstrechtlicher Bestimmung ist in Niedersachsen jedoch weder diese, noch überhaupt eine Weiterbildung Voraussetzung für die rettungsdienstliche Tätigkeit von (Not-) Ärzten. 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 Rettungsdienstträger selbst sicherstellen, dass nur entsprechend qualifizierte Ärzte in ihrem Rettungsdienst tätig werden (dem Grunde nach ebenso LT-Drs. 15/3435 vom 19.12.2006, S. 15). Empfehlungen des LARD speziell in Bezug auf notärztliches Personal des Rettungsdienstes gibt es nicht. In Abschnitt 3.4.2.1 der Kostenrichtlinie des LARD wird jedoch 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 der berufsrechtlichen Schweigepflicht nach § 9 der Berufsordnung und der strafrechtlichen Geheimhaltungspflicht aus § 203 Abs. 1 Nr. 1 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 sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. 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 oben) 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. Der Ärztliche Leiter ist nicht Teil des Notarztendienstes 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.

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.
- 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.

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

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 oben) 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 oben). Grundlage der Kostenplanung ist der Rettungsdienstbedarfsplan nach § 4 Abs. 6 (siehe oben). 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.

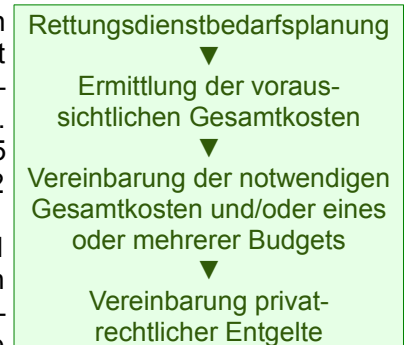
Ähnlich wie bei der Leistungserbringung durch (Kassen- bzw. Vertrags-) Ärzte und zugelassene Krankenhäuser übernimmt die Sozialversicherung auch bei Rettungsdienstleistungen die anfallenden Kosten anstelle der Versicherten; diese erhalten Sach- und Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V; § 26 Abs. 1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

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).

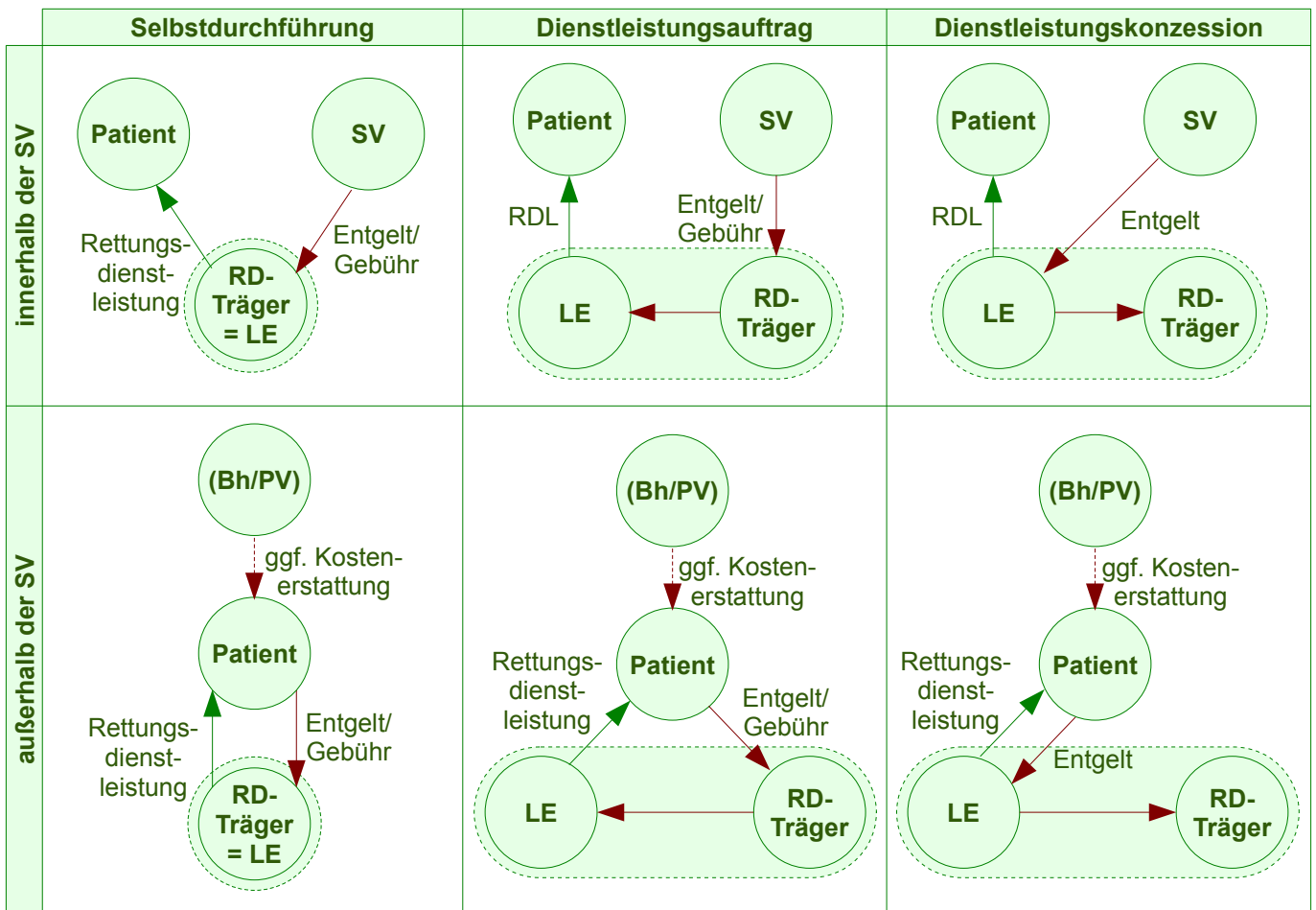
Ein Dritter, der vom Rettungsdienststräger per Dienstleistungskonzession mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt wurde, trägt das Betriebsrisiko selbst (siehe oben) und darf nicht auf die Erhebung von Gebühren für Rettungsdienstleistungen zurückgreifen können (LT-Drs. 16/3826 vom 28.06.2011, 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 oben) 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.

Die Rettungsdienste in Niedersachsen sind nichtrechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (siehe oben); 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.

Beim Rettungsdienst handelt es sich 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.

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.

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 oben). Auch die Ausschöpfung der tatsächlichen Kapazitäten des jeweiligen Rettungsdienstes kann nicht zu einem Ausschluss des Rettungsdienstleistungsanspruchs führen, sondern allenfalls zu einer Priorisierung der Leistungserbringung, bezüglich der dann ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Priorisierung besteht. Ohnehin ist in Erfüllung der objektivrechtlichen Pflicht zum Grundrechtsschutz durch Organisation und Verfahren in Bezug auf das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (BVerwGE 101, 1, Urteil vom 21.03.1996, Az. 4 C 9.95, juris Rn 36; BVerfGE 53, 30, Beschl. vom 20.12.1979, Az. 1 BvR 385/77, juris Rn 52 f.; ferner BVerfGE 51, 324, Beschl. vom 19.06.1979, Az. 2 BvR 1060/78, juris Rn 73 f.) schon im Vorfeld durch entsprechende Rettungsdienstbedarfsplanung sowie Einsatzorganisation unter Einbeziehung benachbarter kommunaler Rettungsdienststräger die Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen sicherzustellen. Zwar ist ein Rettungsdienststräger grundsätzlich nur für die Sicherstellung in seinem Rettungsdienstbereich zuständig (§ 4 Abs. 2 S. 1 NRettdG), doch sollen benachbarte kommunale Rettungsdienststräger zusammenarbeiten, wenn dies der Erfüllung

des Sicherstellungsauftrages dient (§ 4 Abs. 2 S. 2), 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 Notfalloorkommen 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 ein Verwaltungsmonopol hat (§ 5 Abs. 3 S. 1 NRettdG), von dem nur der qualifizierte Krankentransport ausgenommen sein kann (§ 5 Abs. 3 S. 2). Die Benutzer können also hinsichtlich der Notfallrettung nicht und hinsichtlich des qualifizierten Krankentransports grundsätzlich nicht zwischen verschiedenen Rettungsdienstleistungserbringern bzw. Rettungsdienstträgern (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 oben).

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 oben), 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. BVerwG, Beschl. vom 29.05.1990, Az. 7 B 30.90, juris Rn 4; BGH, Urteil vom 03.11.1983, Az. III ZR 227/82, juris Rn 10; OVG Lüneburg für Schl.-H., Urteil vom 26.08.1976, Az. III A 137/74). Aufgrund des öffentlichrechtlichen Sicherstellungsauftrags aus § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 4 Abs. 2 S. 1 NRettdG, der öffentlichrechtlichen Rechtsträgerschaft und des öffentlichrechtlichen Leistungsanspruchs ist im Zweifel von einer öffentlichrechtlichen Leistungserbringung auszugehen, konkret von einseitig-hoheitlichem Vorgehen, das sich mangels Zwangsmaßnahmen und entsprechender Befugnisnormen (siehe oben) 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. 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 Behandlenden 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 59). 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 Rettungsdienstträgers 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 Rettungsdienstträgers 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-öffentlich 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 oben); 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 Rettungsdienstträger 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 Rettungsdienstträger gewählten Art der Beauftragung eine Beschränkung der möglichen Gegenleistungen auf ein privatrechtliches Entgelt folgt (siehe oben). Die Erhebung dieser Entgelte erfolgt durch den Dienstleistungskonzessionär im eigenen Namen (siehe oben). Die beiden Ausnahmefälle von der Wahlfreiheit des Rettungsdienstträgers in Bezug auf die Ausgestaltung des Gegenleistungsverhältnisses sind somit zugleich die beiden Ausnahmefälle von der Regel, dass die Rettungsdienstleistungsbeziehungen zwischen Rettungsdienstträger und Patient bestehen.

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.

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 der Rechtsprechung maßgeblich, ob der Rettungsdienst öffentlich-rechtlich organisiert ist (BGH, Urteil vom 15.11.2018, Az. III ZR 69/17, juris Rn 24 f.; BGHZ 160, 216, Urteil vom 16.09.2004, Az. III ZR 346/03, juris Rn 10 f. und 14 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 nur 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.). 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 oben) 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 oben), die keine Ausübung eines öffentlichen Amtes im Sinne der Amtshaftung wäre, gibt es bislang keine Rechtsprechung.

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 oben) findet die Haftungsbeschränkung des § 680 BGB, wonach nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten sind, auch 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).

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, 270, Urteil vom 12.01.2017, Az. III ZR 312/16, juris Rn 13). 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 Rettungsdienstträger. In Sachsen, wo zwar nach § 28 Abs. 2 S. 1 SächsBRKG ebenfalls andere Hoheitsträger als die Rettungsdienstträger den Notarztendienst sicherzustellen haben, die Rettungsdienstträger aber gemäß § 3 Nr. 3 SächsBRKG Aufgabenträger des gesamten Rettungsdienstes ohne Herausnahme des Notarztendienstes sind, haftet dagegen einheitlich der Rettungsdienstträger (BGH, Urteil vom 15.11.2018, Az. III ZR 69/17, juris Rn 27 und 29 bis 31). Ähnlich stellt sich die Rechtslage in Sachsen-Anhalt dar (§ 4 Abs. 1 und § 23 Abs. 1 RettDG LSA, unklar § 12 Abs. 1 Nr. 2 RettDG LSA). In Niedersachsen sind die Rettungsdienstträger Aufgabenträger des Rettungsdienstes einschließlich des Notarztendienstes (siehe oben), so dass sie auch einheitlich für Amtspflichtverletzungen des gesamten Rettungsdienstpersonals haften.

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 (vgl. 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 Rettungsdienstfachpersonal 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)).

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 Rettungsdienstfachpersonals); die Verordnungsermächtigung ist insoweit nicht voll ausgeschöpft.

b) Berufsbild und Zugangsvoraussetzungen zum Beruf des Rettungssanitäters

Rettungssanitäter werden – in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 2 S. 1 bis 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 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.

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), d.h. 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.

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 oben) auf eine möglichst frühzeitige Information der Auszubildenden hinwirken.

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

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.

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).

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 ¼ 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.

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).

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 unten). 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 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 Beurteilungsspiel-

raum 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.

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 Aus-

zubildenden 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).

c) Dauer und Gliederung der Rettungssanitäterausbildung

Das Ausbildungsprogramm geht zurück auf das nach dem Scheitern des Rettungssanitätergesetzes des Bundes von 1973 (siehe oben) 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.

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.

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 Rettungswachenpraktikums eingereicht werden. Da die unmittelbar auf die Reihenfolge bezogenen und die mittelbar von einer bestimmten Praktikumsreihenfolge ausgehenden Regelungen einander widersprechen, bleibt offen, ob der Ordnungsgeber 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 Klinik-

praktikum 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
	160 Std. Rettungswachenpraktikum (Krankentransport- und mind. 20 Notfallrettungseinsätze)		

d) Akteure der Rettungsanitäterausbildung

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 Rettungsanitäterausbildungsabschnitten, die nach dem Recht eines anderen Bundeslandes abgeleistet worden sind, als Rettungsanitäterausbildungsabschnitt nach niedersächsischem Recht (§ 8 Abs. 1 i.V.m. § 1 Abs. 1 S. 3) und von anderen Ausbildungen oder Ausbildungsabschnitten als Rettungsanitäterausbildungsabschnitt 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 Rettungsanitäterausbildungen 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).

e) Zeugnis über das Bestehen der Rettungsanitäterprüfung

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 Rettungsanitäter. 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 Behörde, 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 Prüfungskommission 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) 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 i.V.m. § 30 Nr. 1 und § 5 Abs. 3 S. 1 NRettdG (siehe oben) 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 8-10).

f) Kosten der Rettungssanitäterausbildung

Die Kosten der Rettungssanitäterausbildung einschließlich der staatlichen Abschlussprüfung sind vom Auszubildenden zu tragen, sofern sie nicht beispielsweise von einem Rettungsdienstleistungserbringer im Rahmen der Kosten des Rettungsdienstes im Sinne der §§ 14 ff. NRettdG (siehe Abschnitt 3.4.1.2 der Kostenrichtlinie des LARD) oder außerhalb dieser übernommen werden. An Verwaltungskosten i.S.v. § 1 Abs. 1 NVwKostG (Gebühren und Auslagen) fällt insbesondere die Prüfungsgebühr in Höhe von 45 € nach § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Gebührenordnung (AllGO) i.V.m. deren Anlage, Nr. 48.15.4 für die staatliche Abschlussprüfung an. Einmalige Kosten der Ausbildungsstätte wie die Gebühr für ihre staatliche Anerkennung nach § 7 Abs. 1 S. 1 APVO-RettSan (Nr. 48.15.1 der Anlage zu 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 oben), 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 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 zu 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 Vollzeitbeschäftigte 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.