

I. Vorbemerkungen

1. Zum Rettungswesen

1.1 Historische Entwicklung des Rettungswesens

Hilfsbereitschaft, Nächstenliebe und Rettungswille sind menschliche Eigenschaften seit Entwicklung der Menschheit. Allen Kulturvölkern ist gemeinsam, dass man sich um die verletzten und kranken Mitglieder der Gemeinschaft kümmert, sie versorgt und pflegt. Wer sich nicht mehr mit eigener Kraft fortbewegen konnte, wurde gestützt oder getragen, später auch gefahren bis zu einem Ort, an dem es Ruhe, Geborgenheit und möglichst auch weitere Hilfe gab¹. Der Wert eines funktionierenden Hilfeleistungssystems, die Bedeutung von Erster Hilfe, Rettung und gesundheitlicher Versorgung wurden besonders in Not- und Krisensituationen erkannt und geschätzt. Aus ihnen ergaben sich für die Fortentwicklung des Rettungswesens wesentliche Impulse. So waren im vergangenen Jahrhundert die mit der Industrialisierung für weite Teile der Bevölkerung verbundene Not, die fehlende soziale Absicherung und die Unzulänglichkeit der Rettung Anlass zur Ausbildung in Erster Hilfe und zur Entwicklung des Krankentransports. Sie wurden beeinflusst durch Erfahrungen des militärischen Verwundetentransports. Organisatorische und medizinische Verfahren, die sich beim Transport und bei der Versorgung großer Verwundetenzahlen bewährt hatten, wurden auch für die Versorgung Erkrankter und Verletzter im Frieden übernommen².

Abgesehen von Erste-Hilfe-Maßnahmen nahmen frühere Rettungsdienste ausschließlich Transportaufgaben wahr. Ließen die ersten Transportmittel, erinnert sei an die legendäre „Handmarie“, jene 1890 entstandene „Heidelberger Trage“, die ein federnd angebrachtes Rädergestell mit zwei Gummirädern sowie ein aufklappbares Verdeck hatte, andere Möglichkeiten gar nicht zu, waren auch später entwickelte motorisierte Sanitätsfahrzeuge zunächst im Wesentlichen auf reine Transportfunktionen ausgelegt. Im Vordergrund stand der „schnellstmögliche Transport“ in eine geeignete Behandlungseinrichtung.

Die Fortschritte der Medizin und die daraus resultierende Ausbildung von Spezialdisziplinen ermöglichten aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Lebenserhaltung trotz schwerster Schädigungen des Organismus. Die hieraus entwickelten Methoden der Notfallmedizin haben auch das Rettungswesen vor neue sich ständig erweiternde Aufgaben gestellt. Kirchner hat bereits in den 30er Jahren mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass der Verletzte nicht so schnell wie möglich zum Arzt/zur Ärztin, sondern diese so schnell wie möglich zum Verletzten gebracht werden müssten³.

Dem früher gefragten „schnellstmöglichen Transport“ wich die Erkenntnis, dass bei einer Vielzahl von Fällen nicht die Endversorgung im Krankenhaus über Leben und Tod entschied, sondern die Erste Hilfe am Notfallort und die Qualität der Beförderung. Priorität hatte die schnelle und qualifizierte präklinische Versorgung vor Ort und während des Transports.

1.2 Stand der Entwicklung

Das Rettungswesen heute hat gesteigerte Anforderungen der modernen Industriegesellschaft zu erfüllen, die sich aus

- ständig wachsendem Straßen- und Luftverkehr,
- zunehmender Technisierung von Versorgungsangeboten, Kommunikationsmitteln, Gewerbe, Haushalt und Landwirtschaft aber auch

1 Biese, Handbuch des Rettungswesens, A 1

2 Kurtenbach/Gorgaß/Raps, Rettungsassistentengesetz, 2. Auflage, Stuttgart 1997, S. 20

3 Ahnefeld, Handbuch des Rettungswesens, A 1.1

I · Vorbemerkungen

- aus der Zunahme der Zivilisationskrankheiten, der Globalisierung und Freizügigkeit ergeben.

Es hatte sich im Gesundheitssystem der Bundesrepublik in mehr als 15 Jahren als neuer Teilbereich zunächst neben den traditionellen Aufgabenbereichen der ambulanten und der stationären Behandlung etabliert. Heute ist das Rettungswesen als eigene Komponente der Daseinsvorsorge nicht mehr wegzudenken. Das Rettungswesen besteht aus Teilsystemen:

- Versorgung und Betreuung von Erkrankten und Verletzten durch entsprechend ausgebildete Laien (Lebensrettende Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe);
- Vorhaltung von technischen Kommunikationseinrichtungen zur unverzüglichen Abgabe von Notfallmeldungen an eine geeignete Empfangsstelle (Meldesystem);
- schnellstmögliche Übernahme der Patientenversorgung durch geschultes und erfahrenes Personal, Stabilisierung des Zustandes, Herstellung der Transportfähigkeit und Beförderung in eine geeignete medizinische Versorgungseinrichtung (Rettungsdienst);
- Übernahme der Patienten durch entsprechende Einrichtungen zur definitiven Weiterversorgung (Klinik).

Um deutlich zu machen, dass die einzelnen Teilbereiche des Rettungswesens nicht isoliert betrachtet werden können, sondern als einander ergänzende, ineinandergreifende Systemteile anzusehen sind, wird im Rettungswesen der Begriff der **Rettungskette**⁴ verwendet. In dieser Kette muss jeder Teilbereich für sich optimal gestaltet sein. Darüber hinaus müssen die Übergangsbereiche der einzelnen Elemente so aufeinander abgestimmt sein, dass ein reibungsloser Rettungsablauf gewährleistet ist⁵.

2. Inhalte des Rettungsdienstes

Rettungsdienst ist grundsätzlich nur das unter 1.2 beschriebene dritte Glied der Rettungskette. Es ist der Bereich, der mit der Annahme des Notrufs durch die Leitstelle beginnt und die Fahrt des Rettungsfahrzeugs zum Notfallort, die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten am Notfallort sowie ihren Transport in die Klinik unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit umfasst. Als Aufgabe der allgemeinen Gefahrenabwehr und der Gesundheitsfürsorge gehört der Rettungsdienst zur Gesetzgebungskompetenz und zur Verwaltungszuständigkeit der Länder nach Art. 30, 70, 83 GG. Rettungsdienst ist nach Denninger⁶ nicht nur eine „öffentliche“, sondern eine staatliche Aufgabe. Dem wird die Gesetzgebung dadurch gerecht, dass der öffentliche Rettungsdienst als Pflichtaufgabe nach Weisung auf die Kommunen als Körperschaften des öffentlichen Rechts übertragen worden ist. Eine Selbstverwaltungsaufgabe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge führen sie insofern nicht durch. Daher darf der Gesetzgeber den Zugang zum öffentlichen Rettungsdienst auch beschränken oder bei Bedarf ausweiten. Private Anbieter haben keinen Anspruch, in diesem Kontext als Unternehmen auf der Grundlage wettbewerblicher Regelungen beteiligt zu werden⁷.

2.1 Entwicklung des Rettungsdienstes in Deutschland

Das Rettungswesen und der Krankentransport haben im Laufe der Zeit eine Entwicklung von der reinen Hilfsbereitschaft und nachbarschaftlichen Unter-

4 Ahnefeld, F.W., Das deutsche Volk muss ein Volk von Lebensrettern werden – Zur Geschichte der Notfallmedizin, Rettungsdienst 2005, S. 436 ff.; Naths, G. „First Responder“ als Ergänzung des Rettungsdienstes – Bestandsaufnahme, Kennzeichen und Leistungsvermögen ehrenamtlicher Ersthelfersysteme, Dissertation, Lübeck 2008, S. 15

5 Kühner, Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 25

6 Denninger, DÖV 1987 S. 981

7 Vgl. dazu § 13 Rdnr. 2

stützung bis hin zu einem minutiös durchorganisierten System erfahren. Insbesondere kommunale Rettungsdienststräger und Hilfsorganisationen haben zusammen mit den Kostenträgern Strukturen geschaffen, die nicht nur den Bereich der Daseinsvorsorge widerspiegeln, sondern auch zunehmend Wettbewerbselemente enthalten. Eine große Rolle hat dabei die europäische Entwicklung gespielt, die den Wettbewerb möglichst breit verankert sehen möchte und auch die Angebote der Daseinsvorsorge darauf hin überprüfen lässt, wie in- und ausländische Anbieter eingebunden werden können. Andererseits soll auch das ehrenamtliche Engagement seinen großen Stellenwert nicht nur behalten, sondern mit Unterstützung des Staates sogar ausbauen können. Dass gerade in dem hoch sensiblen Bereich der Rettung von Menschenleben und der Bewahrung ihrer Gesundheit in akuten Krisensituationen der Vorrang der Notfallrettung durch gemeinnützige Organisationen eine besondere Wertigkeit zukommt, lässt sich zum einen aus der Dienstleistungsrichtlinie v. 12. Dezember 2006 – 2006/123/EG – ablesen. Sie nimmt ausdrücklich die Gesundheitsdienstleistungen aus, die von Personen in reglementierten Gesundheitsberufen erbracht werden. Dies gilt aber auch nur dann, wenn diese Menschen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes beurteilen, den Gesundheitszustand zu erhalten oder wiederherzustellen versuchen. Das bedeutet, dass in diesen Bereichen keine Niederlassungsfreiheit und keine freier Dienstleistungsverkehr bestehen. Damit soll der Gestaltungsfreiheit der Nationen in diesem hoch sensiblen Bereich die Möglichkeit der regionalen Bedarfsanpassung erhalten bleiben. Zum anderen sollen gerade bezogen auf den Rettungsdienst diejenigen privilegiert werden, die sich dort ehrenamtlich engagieren, sog. Konzessionsrichtlinie v. 26. Februar 2014 – 2014/23/EU. Die freiwilligen Hilfsorganisationen werden von einem typischen Instrument des Wettbewerbs, dem Vergabeverfahren, ausgenommen, wenn sie ehrenamtlich tätig sind.

Zur grundlegenden Verbesserung des Rettungswesens sind in allen Ländern im Laufe der Jahre Rettungs- bzw. Rettungsdienstgesetze erlassen worden. Sie haben den „organisierten“ Rettungsdienst zum Inhalt. Der Bund-Länder-Ausschuss Rettungswesen hatte dazu bereits 1972 einen Musterentwurf⁸ vorgelegt, der das Rettungswesen in einem Organisationsgesetz regelte. Struktur, Organisation und Finanzierung des Rettungsdienstes wurden aufgegriffen. Der Entwurf ermöglichte, die Strukturen, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg gebildet hatten, in den Ländern im Wesentlichen aufrecht zu erhalten. Raum für länderspezifische Besonderheiten war gegeben. Die Inhalte der Landesgesetze ähneln sich, weisen aber auch Differenzierungen aus, wenn die Systeme als Einheits- oder duale Systeme ausgestaltet sind, zur Finanzierung das Kommissions- oder Submissionsmodell genutzt wird oder wenn die den Rettungsdienst ausführenden Organisationen und Verbände in unterschiedlicher Weise beteiligt werden.

2.2 Entwicklung des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen

Organisation und Struktur des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen sind durch die ersten Nachkriegsjahre sehr geprägt. Bis 1945 hatte das Deutsche Rote Kreuz im gesamten ehemaligen Deutschen Reich auf gesetzlicher Grundlage Notfallrettungsmaßnahmen und Krankentransporte durchgeführt. Die öffentlichen Feuerwehren übernahmen in den Großstädten im Zusammenhang mit der Brand- und Schadensbekämpfung ebenfalls rettungsdienstliche Aufgaben, die in Ausnutzung vorhandener Kapazitäten teilweise auch auf den Krankentransport ausgedehnt wurden. Nach 1945 übertrug die britische Besatzungsmacht in ihrem Bereich die Aufgaben des Unfallrettungsdienstes den für den Feuerschutz zuständigen Gemeinden.

8 Anlage 1 zur BT-Drs. 7/489

I · Vorbemerkungen

In Nordrhein-Westfalen wurde der Unfallrettungsdienst 1948 in die Feuerschutzgesetzgebung aufgenommen. § 1 des Gesetzes über den Feuerschutz und die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen aus dem Jahr 1958⁹ verpflichtete die Gemeinden, eine leistungsfähige Feuerwehr zu unterhalten und für einen geordneten Krankentransport- und Rettungsdienst zu sorgen. Damit waren zwar Krankentransport und Rettungsdienst bei Unglücksfällen geregelt, für alle anderen medizinischen Notfälle aber fehlte eine gesetzliche Regelung.

2.2.1 Bestandsaufnahme bis 1974. Kritische Berichte Mitte der 60er Jahre legten offen, dass ein Missverhältnis zwischen den von der klinischen Medizin erzielten Fortschritten und Erfolgen auf den Gebieten der Wiederbelebung sowie der Notfallbehandlung und dem dazu vergleichsweise geringen Leistungsstand des Rettungswesens in weiten Teilen der Bundesrepublik entstanden war. Vor diesem Hintergrund fasste die Landesregierung am 27. April 1971 den Beschluss, Krankentransport- und Rettungsdienst sowie die übrigen Bereiche des Rettungswesens wirkungsvoll zu verbessern. Ein interministerieller Ausschuss kam nach einer Bestandsanalyse¹⁰ zu dem Ergebnis dass,

- der bisher von den Gemeinden auf der Grundlage des Gesetzes über den Feuerschutz und die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen wahrgenommene Rettungsdienst und Krankentransport den modernen, durch die ständige Zunahme der Unfälle und sonstigen Notfälle gekennzeichneten Anforderungen nicht mehr gerecht wurde,
- die bestehende Organisationsstruktur eine straffe Lenkung und Koordinierung sowie eine ausreichende personelle und sächliche Ausstattung aller am Rettungsdienst beteiligten Kräfte nicht zuließ,
- der organisierte Rettungsdienst und Krankentransport einer gesetzlichen Neuregelung bedürfe.

2.2.2 Gesetz über den Rettungsdienst 1974. Mit dem Gesetz über den Rettungsdienst vom 26. November 1974¹¹ hat Nordrhein-Westfalen die Grundlage für eine zügige und planmäßige Behebung der damals festgestellten organisatorischen, strukturellen und finanziellen Mängel des Rettungsdienstes und des Krankentransportwesens geschaffen. Träger des hoheitlich organisierten Rettungsdienstes wurden die Kreise und kreisfreien Städte, die ihre Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahrzunehmen hatten.

Das als Organisationsgesetz konzipierte Gesetz bestimmte Aufgaben, Organisation und Finanzierung des Rettungsdienstes. Mit dem am 22. April 1975 von der Landesregierung beschlossenen „Bericht und Plan zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen“¹² war den kommunalen Aufgabenträgern aufgegeben worden, die im Plan niedergelegten Grundsätze bei der Durchführung des Gesetzes insbesondere bei der Bedarfsplanung zugrunde zu legen.

2.2.3 Novellierungen des RettG 1979 bis 1982. Das RettG 1974 wurde zum ersten Mal durch das **Zweite Gesetz zur Funktionalreform** (2. FRG) – vom 18. September 1979¹³ mit Wirkung vom 1. Januar 1981 geändert. Mit dieser Novelle setzte das Land die nach der kommunalen Gebietsreform eingeleitete Funktionalreform durch Änderung wichtiger fachgebundener Einzelbestimmungen im Bereich der Kreise und kreisangehörigen Gemeinden fort. Für den Bereich des Rettungsdienstes wurde die Trägerschaft von Rettungswachen auf die Großen und Mittleren kreisangehörigen Städte ausgedehnt. Mit der Ände-

9 FSHG vom 25. März 1958 (GV. NW. S. 101)

10 Gesetzentwurf der Landesregierung vom 16.10.1973 – LT-Drs. 7/3154

11 RettG NW vom 26. November 1974 (GV.NW. S. 1481)

12 Bericht und Plan zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen vom 22. April 1975 (MBL. NW. S. 720)

13 2. FRG vom 18. September 1979 (GV. NW. S. 552)

rung des § 2 RettG konnten diese Städte die Trägerschaft der Rettungswachen im Rahmen der Bedarfsplanung nunmehr selbst übernehmen. Damit entfiel die in § 8 RettG vorgesehene wenig praktikable Privilegierung der Bezirksregierungen. Die Kreise stellten künftig die Bedarfspläne einschließlich der Standortbestimmung von Rettungswachen im Einvernehmen mit den Großen und Mittleren kreisangehörigen Städten selbst auf. Sollte es wider Erwarten in einzelnen Fällen zu Konflikten zwischen den Kreisen und den kreisangehörigen Städten kommen und eine Einigung nicht erreichbar sein, konnte die Bezirksregierung als Aufsichtsbehörde die notwendigen Festlegungen im Bedarfsplan treffen¹⁴. Eine weitere Änderung erfuhr das RettG durch das **Zweite Gesetz zur Haushaltsfinanzierung** (2. Haushaltsfinanzierungsgesetz) vom 24. November 1982¹⁵ mit Wirkung vom 27. November 1982. Durch diese Novellierung wurden die an die Träger rettungsdienstlicher Aufgaben nach Maßgabe des Haushalts zu gewährenden Betriebskostenzuschüsse auf 20 v. H. der zuwendungsfähigen Kosten begrenzt¹⁶.

2.2.4 Abbau von Ausstattungsstandards. Klagen der Gemeinden über zu viele und perfektionistische Vorschriften des Landes waren für die Landesregierung Anlass, alle bestehenden Verwaltungsvorschriften auf den Prüfstand zu stellen, die den Kommunen Auflagen für personelle und sächliche Ausstattungen machten. Solche Regelungen sollten bis zum 30. Juni 1982 außer Kraft gesetzt und nur dann für die Zukunft bestätigt oder in reduzierter Form wieder erlassen werden, wenn sie sich nach sorgfältiger Prüfung als unerlässlich erwiesen¹⁷. Für den Bereich des Rettungsdienstes wurden durch Beschluss der Landesregierung vom 30. Juni 1982¹⁸ außer Kraft gesetzt:

- der RdErl. des MAGS vom 22. April 1975 mit Bericht und Plan zu Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen und
- der RdErl. des MAGS vom 9. Oktober 1975 zur Ausführung des Rettungsgesetzes.

Die Eigenverantwortlichkeit der Träger des Rettungsdienstes für eine sach- und fachgerechte rettungsdienstliche Versorgung konnte damit noch einmal besonders herausgestellt werden.

3. Personal im Rettungsdienst

Funktionsfähigkeit und Qualität des Rettungsdienstes werden durch die Kenntnisse und Fähigkeiten des eingesetzten Personals bestimmt. Über viele Jahre hatte es für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst kein gesetzlich festgelegtes **Berufsbild** gegeben. Nachdem die Einführung von bundesgesetzlichen Regelungen über den Beruf des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin im Jahre 1974 scheiterte, hatte der Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen 1977“ empfohlen, die Ausbildung des im Rettungsdienst tätigen Personals auf der Grundlage eines „520-Stunden-Programms“ bis zur Schaffung eines gesetzlichen Berufsbildes zu verbessern. Dies geschah mit dem Gesetz über den Beruf der **Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten** (RettAssG)¹⁹, mit dem im Jahr 1989 ein nichtärztlicher Heilberuf eingeführt wurde. Das Gesetz regelte darin sowohl einen Berufsbezeichnungsschutz als auch die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung, nicht aber die Tätigkeit im Rettungsdienst selbst.

14 LT-Drs. 8/4040

15 2. Haushaltsfinanzierungsgesetz vom 24. November 1982 (GV. NW. S. 699)

16 LT-Drs. 9/2004

17 Regierungserklärung vom 19.11.1981

18 RdErl. des MAGS vom 22. April 1975 (MBI. NW. S. 1090)

19 RettAssG vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384)

I · Vorbemerkungen

Das RettG 1974 enthielt als Organisationsgesetz ebenfalls keine Regelung über das im Rettungsdienst zu verwendende Personal. Dies bedeutete jedoch nicht, dass Personal unabhängig von einer Qualifikation beliebig eingesetzt werden konnte. Es musste über die für die jeweiligen rettungsdienstlichen Aufgaben erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Ausgehend von den im RettG definierten Aufgaben der Notfallrettung und des Krankentransports waren die Träger rettungsdienstlicher Aufgaben dafür verantwortlich, dass die eingesetzten Rettungsmittel auch mit dem hierfür geeigneten Personal besetzt wurden. Mit den im RettG 1992 gesetzlich festgelegten Qualifikationsanforderungen wurden keine neuen Standards gesetzt. Es wurden lediglich Anforderungen übernommen, die auch ohne gesetzliche Regelung fachlich geboten waren.

Mit der Fassung des RettG 1992²⁰ zog der Landesgesetzgeber die Konsequenz daraus, dass auf Bundesebene keine Abstimmung über ein weiteres Berufsbild, nämlich des **Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin** zu erzielen war. Er ermächtigte das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zum Erlass einer Ausbildungsverordnung, die zwar keinen neuen Beruf im Gesundheitswesen schuf, aber die Qualifikationsanforderungen für die Ausübung der Tätigkeiten vorschreiben sollte. Damit würde im Interesse der Patientinnen und Patienten ein Standard in der Qualitätssicherung festgeschrieben, der schon über Jahre Praxis war. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung wurde im Jahr 2000²¹ erlassen.

Der Gesetzgeber war im Jahr 1999²² sogar noch einen Schritt weitergegangen und hatte das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium auch ermächtigt, Qualitätsanforderungen für die Ausbildung und Prüfung von **Rettungshelferinnen und -helfern** festzulegen. Diese Verordnung trat ebenfalls im Jahr 2000²³ in Kraft. Zwischenzeitlich sind beide Verordnungen novelliert worden und liegen als einheitliche Verordnung für beide Ausbildungsgänge gemeinsam vor²⁴.

Der Bundesgesetzgeber hat mit der Weiterentwicklung des Berufs des Rettungsassistenten und der Rettungsassistentin zum **Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin**²⁵ einen deutlichen Schritt zur Verbesserung der Erstversorgung am Notfallort getan und gleichzeitig die europäische Richtlinie aus dem Jahr 2005 umgesetzt²⁶. Mit höherer Kompetenz und weitergehenden Eingriffsbefugnissen hat dieser neue Beruf der Rettungsassistentinnen und -assistenten abgelöst. Nach einer Übergangszeit bis zum 31.12.2026 müssen alle Rettungsmittel, soweit das Gesetz dies vorsieht, entsprechend besetzt sein.

Im Gesetzgebungsverfahren wurde besonders intensiv um die Finanzierung der Notfallsanitäterausbildung gerungen, die der Gesetzgeber als Aufgabe des Rettungsdienstes bestimmt hat. Dabei wirkten die Ausführungen des Bundesgesetzgebers zu dieser Ausbildung sehr irritierend; denn er hatte Mehrkosten in Höhe von 42 Mio. € angegeben, ohne dass nachvollziehbar begründet war, wie diese Zahl zustande kam²⁷. Die Kommunen wandten ein, es handele sich um eine völlig neue Ausbildung, so dass man von einer Mehrkostenrechnung ge-

20 RettG vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458)

21 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter (RettSanAPO) vom 25. Januar 2000 (GV. NRW. S. 74)

22 Gesetzesänderung durch Artikel 17 des ModernG NRW vom 15. Juni 1999 (GV. NRW. S. 386)

23 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungshelferinnen und Rettungshelfer (RettHelfAPO) vom 9. Juni 2000 (GV. NRW. S. 520)

24 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Rettungshelferinnen und Rettungshelfer (RettAPO) vom 30. Juni 2012 (GV. NRW. S. 282)

25 Notfallsanitätergesetz (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348)

26 Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005

27 Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften – BT-Drs. 608/12 vom 17. Dezember 2012 S. 25

genüber der Rettungsassistentenausbildung gar nicht sprechen könne. Die Kostenträger stützten sich auf die Ausführungen des Bundes.

4. Krankenbeförderung durch Unternehmen

Die Tätigkeit privater Unternehmen in der Krankenbeförderung hat in Deutschland eine lange Tradition. Aus der vorhandenen Infrastruktur des privaten Fuhrgewerbes ergab sich hierfür eine gute Ausgangsbasis. Es bot sich an, neben der üblichen Beförderung von Personen auch Krankenfahrten und Krankentransporte zu übernehmen.

Gesetzliche Grundlage für die entgeltliche oder geschäftsmäßige Beförderung von Kranken war zunächst das Personenbeförderungsgesetz²⁸ (PBefG) des Bundes. Die Materie war als „Mietwagenverkehr“ gemäß §§ 46 Abs. 2 Nr. 3 und 49 Abs. 4 PBefG Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz, von der der Bund Gebrauch gemacht hatte, so dass sie der Regelungsbefugnis der Länder entzogen war. Das PBefG stellte in erster Linie auf Beförderungs- und Verkehrsaspekte ab und ließ die Bedürfnisse eines modernen Rettungswesens unberücksichtigt. Von der ursprünglich in § 58 Abs. 1 Nr. 2 PBefG a.F. enthaltenen Ermächtigung, den Gelegenheitsverkehr zum Zwecke des Krankentransports durch Rechtsverordnung näher zu regeln, hatte der Bundesminister für Verkehr keinen Gebrauch gemacht.

Mit dem durch die Rettungsdienstgesetze der Länder vorgegebenen flächendeckenden Aufbau des Rettungsdienstes wurden Mängel des Bundesrechts immer deutlicher. Während die rettungsdienstlichen Aufgabenträger eine ständige und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsmitteln und qualifiziertem Personal rund um die Uhr sicherzustellen hatten, konnten nicht in den Rettungsdienst eingebundene private Unternehmen ihren Geschäftsbetrieb auf einen kostengünstigen Tagesbetrieb mit hohem Auslastungsgrad beschränken. Es wurden zunehmend Kapazitäten aufgebaut, die mit dem Leistungsangebot des Rettungsdienstes nicht abgestimmt waren und dessen Auslastung beeinträchtigten. Die Finanzierbarkeit und letztlich die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes gerieten in Gefahr.

Die Länder sahen die Notwendigkeit, das Anforderungsprofil an den Krankentransport, der außerhalb des Rettungsdienstes durchgeführt wurde, in persönlicher und sachlicher Hinsicht zu heben, die Chancengleichheit für den Rettungsdienst herzustellen und weitere Maßnahmen zur Funktionssicherung des Rettungsdienstes zu ermöglichen. Dazu sollten die Vorschriften über die Beförderung mit Krankenkraftwagen insgesamt aus dem PBefG herausgenommen und den Ländern zur Regelung überlassen werden. Eine entsprechende Gesetzesinitiative wurde vom Bundesrat am 5. Februar 1988 eingeleitet²⁹ und mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des PBefG vom 25. Juli 1989³⁰ abgeschlossen.

Die Bundesregierung hatte in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Bundesrates der Herausnahme des Krankentransports aus dem PBefG zugestimmt und landesrechtliche Lösungen für einen gangbaren Weg gehalten, um Besonderheiten in den Bundesländern und gewachsenen Strukturen im Rettungsdienst Rechnung tragen zu können. Sie hat dabei zugleich die Erwartung ausgesprochen, dass künftige landesrechtliche Vorschriften für den Krankentransport die Möglichkeiten einer Beteiligung privater Unternehmen und Organisationen an diesen Beförderungen sicherstellen³¹. Im gleichen Sinne äußerte

28 PBefG vom 21. März 1961 (BGBl. I S. 241), zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 147 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154)

29 BT-Drs. 11/2170

30 PBefG vom 25. Juli 1989 (BGBl. I S. 1547)

31 BT-Drs. 11/2170, Anlage 2

I · Vorbemerkungen

sich der für die Behandlung des Gesetzentwurfs federführende Ausschuss für Verkehr. Nach seiner Auffassung soll es auch künftig einen gesunden Wettbewerb zwischen öffentlichen Transportträgern, den großen Hilfsorganisationen und privaten Unternehmen geben, um vor allem der Kostenentwicklung Einhalt zu gebieten³². Damit war der Bereich nicht mehr bundesgesetzlich geregelt, sondern für die Gesetzgebung der Länder freigegeben.

5. Neufassung des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer 1992

Mit dem Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24. November 1992³³ machte das Land von der neuen Kompetenz³⁴ Gebrauch. In dem in vier Abschnitte gegliederten Gesetz wurden die bisherigen Regelungen für den Rettungsdienst und die notwendigen neuen Regelungen für Unternehmen zusammengefasst.

Der 1. Abschnitt enthielt allgemeine Bestimmungen, die sowohl für den Rettungsdienst als auch für die Notfallrettung und Krankentransport durch Unternehmen galten. Dazu gehörten die Aufgabenbestimmung sowie die Anforderungen an die einzusetzenden Rettungsmittel und die Qualifikation des Personals.

Der 2. Abschnitt regelte die Aufgaben und Strukturen des „öffentlichen“ Rettungsdienstes. Im Wesentlichen handelte es sich dabei um Regelungen aus dem RettG 1974, die modifiziert wurden. Neu aufgenommen wurden Vorschriften über den Leitenden Notarzt, die Luftrettung und die Beteiligung der Krankenkassen. Die Möglichkeit, die Durchführung von Aufgaben des Rettungsdienstes an Hilfsorganisationen und andere wie z.B. Unternehmen zu übertragen, wurde beibehalten. Mit der neuen Kostenregelung wurden die bis dahin gezahlten Betriebskostenzuschüsse des Landes gestrichen. Betriebskosten sollten künftig, wie in anderen Bundesländern auch, über Gebühren und Entgelte der Benutzerinnen und Benutzer finanziert werden.

Im 3. Abschnitt wurden die subjektiven und objektiven Genehmigungsvoraussetzungen für Unternehmen geregelt. Die subjektiven Genehmigungsvoraussetzungen wurden im Wesentlichen aus dem PBefG übernommen. Als objektive Genehmigungsvoraussetzung räumte § 19 Abs. 4 RettG die Möglichkeit ein, die Genehmigung zu versagen, wenn durch ihren Gebrauch das öffentliche Interesse an einem funktionsfähigen Rettungsdienst beeinträchtigt würde.

Der 4. und letzte Abschnitt enthielt Vorschriften über Ordnungswidrigkeiten sowie Übergangs- und Schlussbestimmungen. Unternehmen, die vor dem 30. Juli 1989 von einer Genehmigung nach dem PBefG Gebrauch gemacht hatten, wurde in § 29 Abs. 1 RettG 1992 ein Besitzstandsschutz eingeräumt. § 29 Abs. 3 sah Übergangsregelungen für die Qualifikationsanforderungen an das Personal vor.

6. Novellierungen des RettG von 1999 bis 2012

Mit dem Vorhaben der Verwaltungsmodernisierung im Jahr 1999 sollte in Nordrhein-Westfalen die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Kommunen in vielen Bereichen neu geregelt werden. Die Kommunen erhielten zum Teil zusätzliche Aufgaben. Ihr Spielraum wurde damit erheblich erweitert. Ein Ziel

32 BT-Drs. 11/4224

33 RettG NRW vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458)

34 Siehe oben I 4.

der neuen Regelungen war, die Selbstverwaltung zu stärken. In diesem Zusammenhang standen auch die Aufgaben im Rettungsdienst und Krankentransport auf dem Prüfstand.

Mit der Novellierung 1999³⁵ wurden daher die Organisationsstrukturen im Rettungsdienst gestrafft. Die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Kostenträger wurde als Element eingeführt, um mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit im öffentlichen Rettungsdienst zu erreichen. Die Kostenträger wurden stärker an der Bedarfsplanung und der Gebührenfestsetzung beteiligt. So konnten sie z. B. eine Begründung für erhebliche Berechnungsabweichungen der Kosten für den Rettungsdienst von den Kommunen verlangen. Das Satzungsrecht der Kommunen wurde nicht angetastet. Die Zuständigkeit des öffentlichen Rettungsdienstes für die notärztliche Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des § 75 SGB V wurde eindeutig klar gestellt. Damit wurde die Abgrenzung zum vertragsärztlichen Notdienst verdeutlicht.

Durch verschiedene Verordnungsermächtigungen konnte das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium sowohl die Genehmigungsverfahren im Bereich der Luftrettung auf nachgeordnete Behörden übertragen als auch landesrechtliche Qualifizierungsregelungen für Rettungssanitäterinnen, -sanitäter, -helferinnen und -helfer treffen. Auf das besondere Weisungsrecht für Einzelfälle gegenüber den Kommunen wurde allerdings nicht verzichtet. Es war zwar in der Vergangenheit sehr sparsam eingesetzt worden, musste aber zur Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages im Ausnahmefall als Befugnis erhalten bleiben. Die personelle Besetzung der Rettungsfahrzeuge wurde geregelt. Damit war eine Standardsetzung verbunden. Große kreisangehörige Gemeinden erhielten zudem das Recht, selbstständig Rettungswachen zu betreiben. Auch die einheitliche Leitstelle für Rettungsdienst und Feuerwehr brachte eine höhere Effizienz. Das Hilfsorganisationenprivileg wurde in der Novellierung 1999 beibehalten aber konkretisiert. Nur bei gleicher Leistungsfähigkeit waren anerkannte Hilfsorganisationen bei der Auftragsvergabe vorrangig zu berücksichtigen. Für Unternehmen, die Notfallrettung und Krankentransport betreiben wollten, bestimmte der Gesetzgeber die Anforderungen an die notwendige Zuverlässigkeit zur Durchführung der Aufgaben. Als Organisationserfordernis verlangte er zudem von privaten Unternehmen die Einsetzung einer Geschäftsführung, die für den Betrieb die Verantwortung zu tragen hatte.

Im Jahr 2001 wurde mit Art. 35³⁶ des EuroAnpG nicht nur die „Deutsche Mark“ durch den „Euro“, sondern auch der Begriff „Unfallort“ durch die umfassendere Bezeichnung „Notfallort“ ersetzt. Es wurde klargestellt, dass der Rettungsdienst nicht nur zum Einsatz kommt, wenn Unfälle geschehen sind, sondern auch wenn schwere Erkrankungen eine sofortige Versorgung und den Transport in das nächst gelegene, geeignete Krankenhaus erfordern.

In den Jahren 2004 und 2005 folgten weitere kleinere gesetzliche Änderungen. Mit dem Elektronikanpassungsgesetz³⁷ wurde formuliert, dass das Verfahren um die Genehmigung von Notfallrettung und Krankentransport für Unternehmen grundsätzlich umfassend der Schriftform unterliegt. Abweichungen können seither nur auf Grund von Verordnungen auf der Grundlage dieses Gesetzes zugelassen werden und auch nur, wenn eine Signatur nach § 37 Abs. 4 VwVfG eingeführt wird.

35 Art. 17 des Ersten Gesetzes zur Modernisierung von Regierung und Verwaltung in Nordrhein-Westfalen (Erstes Modernisierungsgesetz – 1. ModernG NRW) vom 15. Juni 1999 (GV. NRW. S. 385)

36 Gesetz zur Anpassung des Landesrechts an den Euro in Nordrhein-Westfalen (EuroAnpG NRW) (GV. NRW. S. 708)

37 Art. 2 des Gesetzes zur Änderung verwaltungsverfahrenrechtlicher Vorschriften zwecks Anpassung an die Erfordernisse der elektronischen Arbeitsweise der Verwaltung (Elektronik-Anpassungsgesetz) (GV. NRW. S. 370).

I · Vorbemerkungen

Durch Art. 66 des Dritten Befristungsgesetzes³⁸ aus dem Jahr 2005 wurde die Geltung des Gesetzes bis zum Jahr 2009 befristet. Der Versuch, Bürokratie abzubauen, schlug sich in der Forderung nieder, Gesetze laufend auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen. Man versprach sich von der Befristung den Zwang zur Kontrolle. Die Befristung musste mit Gesetz vom 18. Dezember 2012³⁹ allerdings wieder aufgehoben werden. Die Fortgeltung eines Rettungsgesetzes war zwingend erforderlich.

7. Novellierung des RettG 2015

Die Novellierung von 2015⁴⁰ war eine grundsätzliche. Die Diskussion vor und im parlamentarischen Verfahren mit den Kommunen, Kostenträgern, Hilfsorganisationen, Verbänden und Unternehmen hat dies sehr deutlich gemacht. Die Hilfsorganisationen fürchteten um ihre Privilegien der vorrangigen Auftragsvergabe bei gleichem Leistungsangebot, deren Wegfall Kostensteigerungen auslösen und in der Folge einen Abbau des notwendigen Engagements insbesondere der freiwilligen Helferinnen und Helfer in der Daseinsvorsorge nach sich ziehe. In der europäischen Ausrichtung auf strikten Wettbewerb sahen sie eine große Gefahr. Die Krankenkassen betrachteten das autonome Satzungsrecht der Kommunen nach wie vor kritisch, obwohl ihnen bei der Gestaltung der Kosten für den Rettungsdienst zwar weitere Mitspracherechte eingeräumt worden seien, aber im Ergebnis kein Vetorecht zustünde.

Die derzeit am Markt tätigen Unternehmen konnten sich in der Mehrzahl ein Zusammengehen mit dem öffentlichen Rettungsdienst vorstellen. Insbesondere die gemeinsame Nutzung der Leitstelle bedeute eine Effizienzsteigerung. Eine völlige Aufgabe des Rettungsdienstes durch Unternehmen war aber insoweit sehr fraglich, als zwar die derzeit am Markt befindlichen Unternehmen entsprechend votieren konnten, aber künftige, heute noch nicht eingebundene in ihrer freien Entfaltung erheblich eingeschränkt wären. Ohne Vorliegen triftiger Gründe wäre der Ausschluss privater Angebote nicht zulässig. Vor diesem Hintergrund hat den Gesetzgeber letztlich Abstand davon genommen, das rettungsdienstliche Angebot durch Unternehmen zu streichen. Gerade in Nordrhein-Westfalen gab es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Tätigkeit von Unternehmen den öffentlichen Rettungsdienst ernsthaft gefährdete.

Ein besonders wichtiges Stichwort der Novelle ist der Begriff **Qualität**. Neben der verpflichtenden Einbindung höher qualifizierten Personals in Form von Notfallsanitäterinnen und -sanitäter ab 2026, bis dahin fakultativ, kann neben der medizinischen Leitung Rettungsdienst auch eine organisatorische Leitung Rettungsdienst eingesetzt werden.

Das bisher vorherrschende **Submissionsmodell** wurde beibehalten. Es belässt den Kommunen als Aufgabenträger des Rettungsdienstes das erste Zugriffsrecht insoweit, als sie die den Rettungsdienst mit eigenen Kräften durchführen oder Dritte einbinden wollen. Lüder⁴¹ betont, dass der Geltungsbereich des Gesetzes auf die Vorhaltung für den Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten erstreckt worden ist. Auf diese Weise berücksichtige der Gesetzgeber sowohl die europäische Vergabe- als auch Konzessionsrichtlinie⁴². Besondere Regelungen wurden für den Transport von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Organen aufgenommen.

38 Drittes Gesetz zur Befristung des Landesrechts Nordrhein-Westfalen (Drittes Befristungsgesetz – Zeitraum 1987 bis Ende 1995) vom 5. April 2005 (GV. NRW. S. 306)

39 Gesetz zur Änderung des RettG vom 18. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 670)

40 Zweites Gesetz zur Änderung des RettG vom 25. März 2015 (GV. NRW. S. 305)

41 Lüder, S. Zur Weiterentwicklung des Gesamtsystems aus Zivilschutz, Katastrophenschutz und Gefahrenabwehr a. a. O. S. 73

42 ABl. EU Nr. L 94/65 vom 28. März 2014 und ABl. EU Nr. L 94/1 vom 28. März 2014

Ein Ärgernis insbesondere für die Kostenträger bedeutete eine fehlende Regelung zu Fehleinsätzen. Diese Lücke wurde geschlossen.

Entscheidend für einen funktionsfähigen, fachlich ausreichend dimensionierten und wirtschaftlich agierenden Rettungsdienst ist die Bedarfsabschätzung hinsichtlich personeller Ausstattung und sächlicher Ressourcen. Insoweit hat der Gesetzgeber nicht nur Grundsätze zur zwingenden wirtschaftlichen Betriebsführung in das Gesetz aufgenommen, sondern auch konkrete Vorgaben zu Transparenz und Vorlagepflichten gemacht. Dazu gehören z. B. § 2a, das Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 Abs. 5 die Vorlage von Betriebsabrechnungsbögen, § 12 Abs. 6 die detaillierten Angaben im Konfliktfall der Bedarfsplanung, die Vorlage von Satzungsentwürfen nach § 14 Abs. 2, Begründungsverpflichtungen nach § 14 Abs. 4 und anderes mehr.

Auch die EU-Vergaberichtlinie⁴³ hat im Kontext mit der Konzessionsrichtlinie⁴⁴ Einfluss auf das Gesetzgebungsverfahren gehabt. Bevor die sog. Bereichsausnahme für gemeinnützig tätige Hilfsorganisationen beschlossen wurde, unterfiel die Erteilung eines Auftrags im öffentlichen Rettungsdienst bereits den Vergabevorschriften. Ein Privileg, dass die Hilfsorganisationen bevorzugt Aufträge im Rettungsdienst erhalten müssten, wurde nicht festgelegt.

43 EU-Vergaberichtlinie vom 28. März 2014, Richtlinie 2014/24/EU, Kraft getreten am 17. April 2014

44 Konzessionsrichtlinie vom 28. März 2014, Richtlinie 2014/23/EU, in Kraft getreten am 17. April 2014