LANDTAG RHEINLAND-PFALZ
17. Wahlperiode

Drucksache 17/10288
15. 10. 2019

Gesetzentwurf

der Landesregierung

...tes Landesgesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes

A. Problem und Regelungsbedürfnis

Das Rettungsdienstgesetz (RettDG) in der Fassung vom 22. April 1991 (GVBl. S. 217), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 254), BS 2128-1, enthält die organisatorischen und finanziellen Bestimmungen für den Notfall- und Krankentransport. Einige dieser Regelungen bedürfen der Änderung. So machen die Änderungen des europäischen und nationalen Vergaberechtes eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes erforderlich. Das Recht des Rettungsdienstes ist in Rheinland-Pfalz seit der ersten Regelung im Jahr 1975 von einer großen Kontinuität geprägt. Der Rettungsdienst dient dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und ist eine öffentliche Aufgabe. Neben den öffentlich-rechtlichen Trägern des Rettungsdienstes sind seit jeher die Sanitätsorganisationen und ihre haupt- und ehrenamtlichen Kräfte eine tragende Säule des Rettungsdienstes. Grundlage der Übertragung ist schon nach bisherigem Recht die Vergabe einer Konzession an die im Rettungsdienst einbezogenen nichtstaatlichen Leistungserbringer. An diesem bewährten Modell soll festgehalten werden. Mit dem Inkrafttreten des Vergaberechtsmodernisierungsgesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) haben sich die vergaberechtlichen Rahmenbedingungen für eine solche Konzessionsvergabe erheblich verändert. Während Dienstleistungskonzessionen bisher von der Anwendung des GWB-Vergaberechts freigestellt waren, werden sie nunmehr nach § 105 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen den vergaberechtlichen Regelungen unterworfen. Mit der Richtlinie 2014/23/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die Konzessionsvergabe (ABl. EU Nr. L 94 v. 28.3.2014, S. 1) – sowie der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die öffentliche Auftragsvergabe und zur Aufhebung der Richtlinie 2004/18/EG (ABl. EU Nr. L 94 S. 65), die die bisherige Vergabekoordinierungsrichtlinie 2004/18/EG ersetzt – wurde aber den Mitgliedstaaten die Möglichkeit eröffnet, Rettungsdienstleistungen, die von Hilfsorganisationen erbracht werden, vom Anwendungsbereich des Vergaberechts freizustellen. In Deutschland wurden diese Vorgaben durch Artikel 1 des Vergaberechtsmodernisierungsgesetzes § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB für das deutsche Vergaberecht übernommen. Danach findet das Vergaberecht keine Anwendung auf öffentliche Aufträge und Konzessionen über „Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr, die von gemeinnützigen Organisationen oder Vereinigungen erbracht werden und die unter die Referenznummern des Common Procurement Vocabulary 75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8, 98113100-9 und 85143000-3 mit Ausnahme des Einsatzes von Krankenwagen zur Patientenbeförderung fallen; gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen im Sinne dieser Referenznummern sind insbesondere die Hilfsorganisationen, die nach Bundes- oder Landesrecht als Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen anerkannt sind.“ Allerdings stützt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das GWB-Vergaberecht allein auf den Kompetenztitel für das „Recht der Wirtschaft“ nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 des Grundgesetzes. Da der Bund aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht zu Regelungen auf dem Gebiet des Rettungsdienstes befugt ist, liegt es in der alleinigen Verantwortung des Landes, von den vergaberechtlich eröffneten Spielräumen Gebrauch zu machen.

Druck: Landtag Rheinland-Pfalz, 13. November 2019 – Vorabdruck verteilt am 15. Oktober 2019

Außerdem sind die Vorschriften zur personellen Besetzung der Rettungsmittel, insbesondere § 22 RettDG, zu ändern. Durch das am 1. Januar 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S.1348) wurde mit dem Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters ein neuer Beruf für die Tätigkeit im Rettungsdienst geschaffen. Das bisherige Rettungsassistentengesetz vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1389), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S.2696), ist laut Artikel 5 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften am 31. Dezember 2014 außer Kraft getreten, sodass ab diesem Zeitpunkt keine neuen Rettungsassistenten mehr ausgebildet werden. Zukünftig – nach einer angemessenen Übergangszeit – sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die durch das Rettungsdienstgesetz bisher den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zugewiesenen Aufgaben übernehmen. Dementsprechend sind die Regelungen des Rettungsdienstgesetzes zur personellen Besetzung der Rettungsmittel und für die rettungsdienstliche Aufgabenwahrnehmung in den Leitstellen neu zu fassen.

Des Weiteren sind Änderungen nötig, die der sich weiterentwickelnden Einsatzstrategie im Rettungsdienst geschuldet sind und die zum anderen klarstellenden Charakter haben. So wird beispielsweise der Begriff Arztbegleiteter Patiententransport ins Gesetz eingefügt. Die Neuregelung zum Transportziel steht in engem Zusammenhang mit § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsgebot). Erlaubt sind in der Regel künftig nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Außerdem werden die Aufgaben, die Finanzierung und die Verfahren der zuständigen Behörden für den Rettungsdienst näher erläutert.

Die Organisierte Erste Hilfe, die ein wichtiger Baustein in der modernen Rettungskette bildet, wird erstmalig im Rettungsdienstgesetz erwähnt. Auch wenn sie kein Bestandteil des Rettungsdienstes ist, werden die für eine Alarmierung durch die Leitstelle notwendigen Voraussetzungen vorgegeben.

Der Aufgabenkatalog des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst wurde neu im Gesetz aufgenommen. Es wird eine gemeinsame Geschäftsstelle für Qualitätssicherung mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes eingeführt. Die Kostentragungspflichten für das Leitstellenpersonal, den Bau von Rettungswachen und von Leitstellen wurden neu gefasst. Die Regelungen zu den Benutzungsentgelten für den bodengebundenen Rettungsdienst und die Luftrettung wurden sprachlich neu gefasst. Die Vorschriften zur Finanzierung der Notarztversorgung wurden vollständig neu gestaltet. So wird erstmalig neben dem Notarztübertragungsvertrag eine weitere Finanzierungsvereinbarung normiert. Umfassende neue Schiedsstellenregelungen garantieren die Finanzierung und somit die Sicherstellung des Rettungsdienstes und insbesondere der Notarztversorgung.

Um zukünftig auch Aufgaben der kommunalen Selbstverwaltung im Rettungsdienst sowie im Brand- und Katastrophenschutz noch besser fördern zu können, ist eine Änderung des Landesfinanzausgleichsgesetzes vorgesehen, die es ermöglicht, Zweckzuweisungen für diese Bereiche aus dem Landesfinanzausgleichsgesetz gewähren zu können. Hierfür wird die Liste der Tatbestände des § 18 Abs. 1 LFAG um bedeutende Maßnahmen im Bereich des Rettungsdienstes sowie des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes erweitert. Mit der Änderung des § 19 LFAG wird hervorgehoben, dass vorrangig die Mittel aus der Feuerschutzsteuer für die Zuweisung und Förderung des Brandschutzes zu verwenden sind.

B. Lösung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält die notwendigen Änderungen, die dem genannten Regelungsbedürfnis Rechnung tragen.

Die Regelungen berücksichtigen die Bevölkerungs- und Altersentwicklung.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Artikel 1

Durch die Aufnahme der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in das Rettungsdienstgesetz entstehen dem Land keine Zusatzkosten. Auch den Krankenkassen als Kostenträgern des Rettungsdienstes entstehen keine unmittelbaren Zusatzkosten. Die den Krankenkassen Kosten verursachenden Ausbildungskosten sind nicht auf die Regelungen im Rettungsdienstgesetz, sondern auf die bundesgesetzlichen Regelungen im Notfallsanitätergesetz zurückzuführen.

Durch die Neuregelung zur Finanzierung des Leitstellenpersonals entstehen keine neuen Kosten. Der Kostenanteil des Landes bleibt nach wie vor bei 25 v. H.

Durch die Aufteilung der Kosten entstehen insgesamt keine Mehrkosten. Mehrkosten würden erst dann entstehen, wenn innerhalb der jeweiligen Aufgabenbereiche eine Erhöhung der Personalstellen erfolgt. Dies setzt aber immer auch das Einvernehmen der jeweiligen Kostenträger voraus. Eine eventuell notwendige Stellenerhöhung ist keine Folge der gesetzlichen Neuregelung.

Die übrigen Regelungen erfolgen ebenfalls kostenneutral für das Land.

Artikel 2

Die Änderungen in den §§ 18 und 19 LFAG verursachen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten für das Land oder die Kommunen. Sie ermöglichen lediglich, künftig Zweckzuweisungen aus dem Landesfinanzausgleichsgesetz als Finanzierungsinstrument im Brand- und Katastrophenschutz sowie im Bereich Rettungsdienst nutzen zu können.

E. Zuständigkeit

Federführend ist das Ministerium des Innern und für Sport.

Die Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfalz

Mainz, den 15. Oktober 2019

An den
Herrn Präsidenten
des Landtags Rheinland-Pfalz

55116 Mainz

Entwurf eines Landesgesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes

Als Anlage übersende ich Ihnen den von der Landesregierung beschlossenen Gesetzentwurf.

Ich bitte Sie, die Regierungsvorlage dem Landtag zur Beratung und Beschlussfassung vorzulegen.

Federführend ist der Minister für des Innern und für Sport.

Malu Dreyer

Landesgesetz
zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes

Der Landtag Rheinland-Pfalz hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 22. April 1991 (GVBl. S. 217), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 254), BS 2128-1, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 1 werden die Worte „des Bundesgrenzschutzes“ durch die Worte „der Bundespolizei“ ersetzt.

   b) In Nummer 2 wird das Wort „Krankentransporten“ durch das Wort „Patientenbeförderungen“ ersetzt.

   c) Die Nummern 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

      „3. im Rahmen der auf den gesetzlichen Unfallversicherungsbestimmungen beruhenden Tätigkeit der Betriebs- und Werkrettungsdienste mit Personal und Fahrzeugen eines Betriebes zu eigenen Zwecken,

      4. von kranken, verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen, die während der Beförderung nicht der medizinisch-fachlichen Betreuung durch medizinisches Fachpersonal oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens oder eines Luftrettungsfahrzeuges bedürfen und bei denen solches aufgrund ihres Zustands nicht zu erwarten ist (Krankenfahrten),“.

   d) In Nummer 5 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt.

   e) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

      „6. im Rahmen der Krankenrückholung aus dem Ausland in das Heimatland einschließlich des Anschlusstransportes bei einem luftgestützten Rückholtransport.“

2. § 2 erhält folgende Fassung:

   „§ 2
   Aufgaben

   (1) Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe und integraler Bestandteil eines umfassenden Bevölkerungs-

schutzes in allen Konstellationen, in denen die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet ist. Er hat die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Notfalltransportes, des Arztbegleiteten Patiententransportes und des Krankentransportes als medizinisch-organisatorischer Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr nach den Absätzen 2 bis 4 sicherzustellen. An der Erfüllung dieser Aufgabe wirken als Sanitätsorganisationen der Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., der Deutsche Rote Kreuz Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. und der Malteser Hilfsdienst e. V. nach näherer Maßgabe dieses Gesetzes mit.

(2) Der Notfalltransport umfasst die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten am Notfallort und ihre Beförderung. Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Die notfallmedizinische Versorgung beinhaltet die medizinischen Maßnahmen zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden sowie zur Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatienten. Die Beförderung von Notfallpatienten hat unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung zu erfolgen.

(3) Arztbegleiteter Patiententransport ist, mit Ausnahme von Notfalltransporten, die Beförderung von Patienten, die während der Beförderung aus medizinischen Gründen der Betreuung oder Überwachung durch einen Notarzt oder durch einen geeigneten Arzt bedürfen. Geeignete Ärzte sind Ärzte, die hierfür über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Der Transport in Intensivtransportwagen nach § 21 Abs. 2 Satz 4 stellt eine Sonderform des Arztbegleiteten Patiententransportes dar.

(4) Krankentransport ist der Transport von kranken, verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten sind, aber während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal oder der besonderen Einrichtungen des Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen solches aufgrund ihres Zustands zu erwarten ist. Er wird vorwiegend mit Krankentransportwagen durchgeführt.

(5) Transporte gemäß den Absätzen 2 bis 4 sind in der Regel nur die Fahrten zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungseinrichtung.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Für jeden Rettungsdienstbereich wird durch Rechtsverordnung eine Kreisverwaltung oder eine Stadtverwaltung einer kreisfreien Stadt bestimmt, die für die Durchführung des Rettungsdienstes zuständig ist (zuständige Behörde). Die Rechtsverordnung erlässt das für das Rettungswesen zuständige Ministerium. Die Kosten der Aufgabenwahrnehmung tragen die

dem jeweiligen Rettungsdienstbereich angehörenden Landkreise und kreisfreien Städte im Verhältnis der für den Finanzausgleich maßgebenden Einwohnerzahl. Die zuständige Behörde legt die für die Sicherstellung des Rettungsdienstes in ihrem Rettungsdienstbereich notwendige Versorgungsstruktur fest, soweit nicht das Land nach § 9 zuständig ist. Sie überprüft regelmäßig die Versorgungsstruktur sowie deren Notwendigkeit und entscheidet über erforderliche Änderungen. Die zuständige Behörde trifft ihre Entscheidungen nach Maßgabe dieses Gesetzes und hat die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Gehören zu einem Rettungsdienstbereich mehrere Landkreise und kreisfreie Städte, so haben Entscheidungen der zuständigen Behörde nach § 5 Abs. 1, § 11 Abs. 2 und 3 im Einvernehmen mit den berührten Landkreisen und kreisfreien Städten zu erfolgen. Entscheidungen nach § 7 Abs. 6, die finanzielle Auswirkungen auf die kommunalen Gebietskörperschaften gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 haben, haben im Einvernehmen mit den berührten Landkreisen und kreisfreien Städten zu erfolgen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion. Die Landkreise und kreisfreien Städte können zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rettungsdienst, insbesondere bei der Festlegung von regionalen Einsatzbereichen für die Standorte von Notarztwagen und Notarzt-Einsatzfahrzeugen (Absatz 7 Satz 2 Nr. 4) sowie für die Bestellung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst, nach den Bestimmungen des Landesgesetzes über die kommunale Zusammenarbeit eine Zweckvereinbarung abschließen oder eine Arbeitsgemeinschaft bilden.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender neue Absatz 3 eingefügt:

„(3) Bei Entscheidungen, die sich auf die rettungsdienstliche Versorgung in anderen Rettungsdienstbereichen auswirken können, sind die jeweils betroffenen zuständigen Behörden zu beteiligen. Für Gebiete entlang der Grenzen der Rettungsdienstbereiche sind von den jeweiligen zuständigen Behörden bereichsübergreifende Versorgungsplanungen in öffentlich-rechtlichen Verträgen zu vereinbaren. Dies betrifft auch die überregionalen Planungen in den Bereichen der Strukturen, Prozesse und Qualitätssicherung im Rettungsdienst. In den Fällen des § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 ist in den Verträgen eine Kostenregelung zu vereinbaren.“

c) Die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden Absätze 4 bis 6.

d) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und in Satz 2 wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

„3. die Anzahl und Art der insgesamt vorzuhaltenden mobilen Rettungsmittel,
4. die Standorte der Notarzt-Einsatzfahrzeuge und der Krankenkraftwagen für die Durchführung von Intensivtransporten,“.

bb) In Nummer 5 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummern 6 bis 9 werden angefügt:

„6. die Aufgaben der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst nach Maßgabe dieses Gesetzes,
7. die Regelungen zur Aus- und Fortbildung für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal im Rettungsdienst; insbesondere die Stundenzahl der Fortbil-dung,
8. die Regelungen zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Maßgabe dieses Gesetzes,
9. die Aufgaben der Integrierten Leitstellen im Rettungsdienst.“

e) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Einrichtungen für den Rettungsdienst dürfen nur erweitert oder neu geschaffen werden, wenn hierfür ein Bedarf besteht.“

4. § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5
Mitwirkung der Sanitätsorganisationen und gewerblicher Anbieter

(1) Die zuständige Behörde überträgt die Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes den Sanitätsorganisationen nach § 2 Abs. 1 Satz 3, soweit diese bereit und in der Lage sind, einen ständigen Rettungsdienst zu gewährleisten. Die Übertragung zur Durchführung des Rettungsdienstes an sonstige Einrichtungen, die keine Sanitätsorganisationen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 sind, bleibt hiervon unberührt, wenn sie vor dem 16. April 2014 stattgefunden hat und eine über den Rettungsdienst hinausgehende Beteiligung am Katastrophenschutz gegeben ist.

(2) Die Übertragung erfolgt im Einvernehmen mit den Verbänden der Kostenträger durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Landesverband der Sanitätsorganisation. Kommt eine Einigung mit den Verbänden der Kostenträger nicht zustande, entscheidet das für das Rettungswesen zuständige Ministerium. Durch den Vertrag ist sicherzustellen, dass die erforderliche Ausstattung und die ständige Einsatzbereitschaft der Einrichtungen und die reibungslose Zusammenarbeit aller im Rettungsdienst Mitwirkenden gewährleistet sind. Insbesondere sind bei Einsatzfahrzeugen die Art des Fahrzeuges, der Standort, die konkrete Ausstattung und, mit Ausnahme von Reservefahrzeugen, die Vorhaltezeit konkret in Anlagen festzulegen. Sind im Bereich einer Rettungswache mehrere Sanitätsorganisationen im Katastrophenschutz tätig, sind diese bei Maßnahmen nach Satz 1 im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit für den Rettungsdienst angemessen zu beteiligen. Hierbei sind insbesondere die vorhandenen Strukturen und der Umfang des ehrenamtlichen Engagements zu berücksichtigen. Dabei kann die Übertragung des Rettungsdienstes in einem einheitlichen Vertrag erfolgen.

(3) Soweit die Sanitätsorganisationen zur Erfüllung dieser Aufgabe nicht bereit oder in der Lage sind, können Dritte mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt werden. Diese Beauftragung erfolgt im Wege einer

Dienstleistungskonzession. Vor der Beauftragung Dritter ist ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren mit Beteiligung der Kostenträger des Rettungsdienstes durchzuführen, bei dem die Entscheidung bei der zuständigen Behörde liegt."

5. Nach § 5 wird folgender § 5 a eingefügt:

„§ 5 a
Organisierte Erste Hilfe

(1) Organisierte Erste Hilfe ist die planmäßig und auf Dauer angelegte, von einer Organisation geleistete Erste Hilfe am Notfallort bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes; Organisierte Erste Hilfe ist kein Teil des Rettungsdienstes.

(2) Die Aufgabenträger der allgemeinen Hilfe nach § 2 des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes (LBKG) können mit Einrichtungen, die Organisierte Erste Hilfe erbringen, Vereinbarungen abschließen. Diese Vereinbarungen dienen ausschließlich dem Zweck, die Organisierte Erste Hilfe planbar und in fachlich gebotenem Maße zur Unterstützung des Rettungsdienstes einsetzbar zu machen.

(3) In den Vereinbarungen nach Absatz 2 sind festzulegen:
1. der räumliche Einsatzbereich in Abhängigkeit von der maximalen Zeitspanne bis zum Erreichen des Einsatzortes und des Stationierungsortes,
2. der fachliche Einsatzbereich,
3. die Qualifikation der Einsatzkräfte,
4. die Ausrüstung der Einsatzkräfte,
5. eine Dokumentation und die Sicherstellung des Datenschutzes.

Die Organisierte Erste Hilfe wird von den Leitstellen auf der Grundlage und im Rahmen der Vereinbarung nach Absatz 2 alarmiert."

6. § 6 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 8 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. jeweils ein Vertreter der zuständigen Behörden nach § 4 Abs. 2."

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. Entgegennahme der europaeinheitlichen Notrufnummer 112 sowie sonstiger nicht polizeilicher Notrufe,".

bb) Nummer 3 Buchst. a wird gestrichen.

cc) Nummer 3 Buchst. b und c werden Buchst. a und b.

dd) Nummer 4 erhält folgende Fassung:

„4. Funküberwachung und Dokumentation der Funkgruppen des Rettungsdienstes, des Brandschutzes, des Katastrophenschutzes und der Allgemeinen Hilfe im Rahmen der Aufgaben nach den Nummern 2 und 3."

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Die Leitstelle arbeitet mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der Landeskassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Polizei, der Feuerwehr und den anderen Hilfsorganisationen der Allgemeinen Hilfe sowie des Katastrophenschutzes zusammen. Die Landeskassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz sowie die Anbieter des Haus-Notrufs und sonstiger sozialer Dienste können sich im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben dieser Einrichtung bedienen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet das für das Rettungswesen zuständige Ministerium abschließend.“

c) Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Die zuständige Behörde ist für den Betrieb der Leitstelle verantwortlich. Der Leiter der Leitstelle wird durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit den Trägern festgelegt; Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. Die Leitstelle wird von der zuständigen Behörde wie folgt eingerichtet, besetzt und unterhalten:

1. in Rettungsdienstbereichen mit mindestens einer Berufsfeuerwehr unter der gemeinsamen Trägerschaft der Gebietskörperschaft, die die größte Berufsfeuerwehr im Rettungsdienstbereich unterhält, als eigenständiges Gebäude, möglichst auf dem Gelände der Berufsfeuerwehr, und einer, in der Regel der größten, mit der Durchführung des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich beauftragten Sanitätsorganisation; die Sanitätsorganisation stellt das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal,
2. in den übrigen Rettungsdienstbereichen unter der Trägerschaft einer, in der Regel der größten, mit der Durchführung des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich beauftragten Sanitätsorganisation als eigenständiges Gebäude; die zuständige Behörde stellt das für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz erforderliche Personal, die Sanitätsorganisation stellt das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal. Soweit in einem Rettungsdienstbereich mehrere Sanitätsorganisationen nach § 5 Abs. 2 beauftragt sind, sind diese bei der Besetzung der Leitstellen nach Satz 3 Nr. 1 und 2 entsprechend zu beteiligen. Das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal für die Disposition muss über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ gemäß § 1 des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) in der jeweils geltenden Fassung verfügen. Das für die Leitstellenaufgaben im Brand- und Katastrophenschutz und in der Allgemeinen Hilfe erforderliche Personal für die Disposition muss mindestens über die Qualifikation zum zweiten Einstiegsamt im feuerwehrtechnischen Dienst der Fachrichtung Polizei und Feuerwehr sowie über die Qualifikation Gruppenführer verfügen. Zur Personalgestellung gehören das für die Disposition erforderliche Personal, das technische Personal und die Fachbereichsleiter.“

d) Absatz 8 erhält folgende Fassung:

„(8) Für technische Hilfe im Rettungsdienst sind die Feuerwehren und die anderen Hilfsorganisationen nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 und des § 17 Abs. 1 LBKG anzufordern.“

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Im Krankentransport soll die Wartezeit bis zum Eintreffen des Krankenkraftwagens in der Regel 40 Minuten nicht überschreiten.“

b) Absatz 3 wird gestrichen.

9. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die zuständige Behörde beaufsichtigt die mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Sanitätsorganisationen und sonstigen Einrichtungen, um sicherzustellen, dass der Rettungsdienst die ihm obliegenden Aufgaben erfüllt. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben bestellt die zuständige Behörde im Einvernehmen mit den Kostenträgern einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Dieser ist Mitarbeiter der zuständigen Behörde. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist bei der Erfüllung seiner fachlichen Aufgaben weisungsfrei. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst hat innerhalb seines Zuständigkeitsbereiches insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Patientenversorgung im Rettungsdienst durch ärztliches und nichtärztliches Personal unter Berücksichtigung der Vorgaben der medizinischen Fachgesellschaften sowie landesweit einheitlicher Standards zu überwachen,
2. die Erstellung von Standardarbeitsanweisungen für das nichtärztliche und ärztliche Personal im Rettungsdienst,
3. die Dispositionsgrundsätze für die Leitstellenaufgaben außerhalb des Brand- und Katastrophenschutzes festzulegen und die Einsatzlenkung des Rettungsdienstes durch die Leitstelle zu überwachen,
4. die Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals fachlich zu begleiten,
5. bei der Fortbildung des ärztlichen Personals im Rettungsdienst mitzuwirken,
6. bei der Erstellung rettungsdienstlicher Bedarfsanalysen und Vorhalteplanung mitzuwirken,
7. bei der Festlegung der möglichst einheitlichen pharmakologischen und medizintechnischen Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel mitzuwirken,
8. die Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit den im Rettungsdienstbereich vorhandenen medizinischen Behandlungseinrichtungen zu überwachen und auf notwendige Verbesserungen gegenüber den Behandlungseinrichtungen hinzuwirken,
9. für seinen Rettungsdienstbereich Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c des NotSanG auf Notfallsanitäter zu delegieren, soweit sie eine persönliche ärztliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern.“

b) Folgende Absätze 3 bis 5 werden angefügt:

„(3) Die im Zuständigkeitsbereich der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst im Rettungsdienst mitwirkenden Behörden, Organisationen und Personen sind verpflichtet, mit den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst zusammenzuarbeiten. Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst können verlangen, dass ihnen Auskünfte erteilt und im Rettungsdienst erhobene Daten sowie Dokumentationen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt werden. Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst können im Ausnahmefall verlangen, dass ihnen personenbezogene Daten und Dokumentationen zur Verfügung gestellt werden, wenn im Interesse von Leben und Gesundheit künftiger Patienten die konkrete Überprüfung eines Einzelfalls erforderlich ist. Dies ist zu dokumentieren.

(4) Die Zielkliniken des Rettungsdienstes haben den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Auskünfte einschließlich der in der Klinik erhobenen Daten zur Weiterbehandlung von Patienten zur Verfügung zu stellen.

(5) Bei dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium wird eine gemeinsame Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes eingerichtet. Die Besetzung der gemeinsamen Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst erfolgt durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium im Einvernehmen mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes. Die gemeinsame Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst wird dem für das Rettungswesen zuständigen Referat in dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium weisungsgebunden zugeordnet. Aufgabe der gemeinsamen Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst ist unter anderem die datengestützte Qualitätssicherung zur Erkennung von Verbesserungspotentialen und Gewährleistung einer gleichmäßigen und kontinuierlichen Qualität im Rettungsdienst. Qualitätsberichte und Dokumentationen sind den Kostenträgern des Rettungsdienstes unaufgefordert regelmäßig zu übermitteln.“

10. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Das Land trägt die Kosten für die technische Einrichtung der Leitstellen und deren Unterhaltung. Die von den Trägern der Leitstellen auf der Grundlage einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung im Benehmen mit den beteiligten kommunalen Aufgabenträgern und Sanitätsorganisationen und im Einvernehmen mit den Kostenträgern ermittelten und von der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion geprüften Kosten für das Personal der Leitstellen tragen nach pauschalierten Beträgen:

1. für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal:
   a) die Kostenträger des Rettungsdienstes zu 75 v. H. im Rahmen der Benutzungsentgelte (§ 12 Abs. 2) und
   b) das Land zu 25 v. H.,

2. für das für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz sowie für sonstige kommunale Aufgaben erforderliche Personal:
   a) die dem jeweiligen Rettungsdienstbereich angehörenden Landkreise und kreisfreien Städte im Verhältnis der für den Finanzausgleich maßgebenden Einwohnerzahl zu 75 v. H. und
   b) das Land zu 25 v. H.

Die Beträge nach Satz 2 Nr. 1 und 2 sind den personalentsendenden Stellen entsprechend zu erstatten. Das Land kann den Landkreisen und kreisfreien Städten, sonstigen Einrichtungen und in den Fällen des § 5 den Sanitätsorganisationen, nach Maßgabe des Haushaltsplans Zuwendungen zu den Kosten sonstiger lang- und mittelfristiger Investitionen gewähren; nicht zuwendungsfähig sind die Kosten der Krankenkraftwagen, Notarzt-Einsatzfahrzeuge und Luftfahrzeuge und der zum Verbrauch bestimmten Güter. Die Zuwendungen nach Satz 4 werden nach pauschalierten Beträgen gewährt. Darüber hinaus kann das Land sonstigen Einrichtungen oder Personen im Rahmen der Forschung oder Entwicklung im Rettungsdienst Zuwendungen gewähren.

(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte tragen die Kosten für die bauliche Herstellung und Erneuerung oder für die angemieteten Räumlichkeiten der Leitstelle im jeweiligen Rettungsdienstbereich im Verhältnis der für den Finanzausgleich maßgebenden Einwohnerzahl. In den Fällen des § 7 Abs. 6 Satz 3 Nr. 2 gewähren sie den Sanitätsorganisationen Zuwendungen von 75 v. H.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte tragen die Kosten für die bauliche Herstellung und Erneuerung oder für die angemieteten Räumlichkeiten im Verhältnis der für den Finanzausgleich maßgebenden Einwohnerzahl

1. der in ihrem Rettungsdienstbereich befindlichen Rettungswachen,
2. der auf der Basis einer bereichsübergreifenden Versorgungsplanung nach § 4 Abs. 3 erforderlichen Rettungswachen, die nicht in ihrem Rettungsdienstbereich liegen.

In den Fällen des § 5 Abs. 1 Satz 1 gewähren sie den Sanitätsorganisationen, in den Fällen des § 5 Abs.1 Satz 2 den sonstigen Einrichtungen Zuwendungen von 75 v. H.“

b) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Den Sanitätsorganisationen werden Zuwendungen nach den Absätzen 2 und 3 nur gewährt, wenn die zuständige Behörde nach § 4 Abs. 2 die Baumaßnahme genehmigt.“

11. § 12 erhält folgende Fassung:

„§ 12
Benutzungsentgelte

(1) Für rettungsdienstliche Leistungen einschließlich der Mitwirkungen von Ärzten werden Benutzungsentgelte erhoben. Diese sind so zu bemessen, dass sie die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähigen Kosten,

die auf Basis einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung, einer sparsamen Betriebsführung sowie einer leistungsfähigen Organisation entstehen, decken. Zu ihnen zählen nicht die durch eine staatliche Kostenerstattung nach diesem Gesetz abgedeckten Kosten. Die Benutzungsentgelte werden auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung erhoben. Den Benutzungsentgelten liegen jeweils die nach Satz 2 und 3 berücksichtigungsfähigen voraussichtlichen Kosten der Leistungserbringung in den Leistungsbereichen Notfalltransport, Arztbegleiteter Patiententransport und Krankentransport sowie die voraussichtlichen Einsatzzahlen im Entgeltzeitraum zugrunde.

(2) Zu den Betriebskosten zählen insbesondere die Kosten für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (§ 10 Abs. 1 Satz 2) und die Personalkosten der gemeinsamen Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst (§ 10 Abs. 5), die anteiligen Kosten für das Personal der Leitstellen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1), die Kosten für die Aus- und Fortbildung des nach § 22 Abs. 1 bis 7 eingesetzten Personals, die Kosten für die Notärzte (§ 22 Abs. 5), die Kosten für die Ärzte im Arztbegleiteten Patiententransport sowie die Kosten für die Einsätze im Rettungsdienst auch dann, wenn eine Beförderung nicht erfolgt ist (Fehlfahrten). Die Unternehmer nach den §§ 14 und 27 erstatten den zuständigen Behörden die nach § 10 Abs. 1 Satz 2 und dem Land die nach § 10 Abs. 5 anfallenden Kosten.

(3) Die Benutzungsentgelte sind gegenüber den Kostenträgern sowie gegenüber allen anderen Personen und Einrichtungen, die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nehmen, abzurechnen.

(4) Die Leistungserbringer haben den zuständigen Behörden jährlich bis 30. Juni eines Jahres eine Aufstellung über Einnahmen und Ausgaben sowie einen Leistungsbericht vorzulegen.

(5) Die Benutzungsentgelte werden auf Landesebene zwischen den Verbänden der Kostenträger einerseits sowie den zuständigen Behörden, in den Fällen des § 5 Abs. 1 den Landesverbänden der Sanitätsorganisationen oder den sonstigen Einrichtungen, andererseits vereinbart; für Teilleistungen können Teilvereinbarungen abgeschlossen werden. Satz 1 gilt für die Fälle des § 5 Abs. 3 entsprechend. Für Einsätze im Rettungsdienst, die den Krankenhäusern von den Sanitätsorganisationen oder sonstigen Einrichtungen für Verbringungsfahrten als allgemeine Krankenhausleistungen in Rechnung gestellt werden, können unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz gesonderte Benutzungsentgelte vereinbart werden. Die Vereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 bedürfen der Genehmigung des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums.

(6) Kommt eine Vereinbarung über die Benutzungsentgelte oder über Teilleistungen nicht zustande, entscheidet insoweit eine Schiedsstelle spätestens drei Monate nach ihrer Anrufung endgültig über die Höhe der Benutzungsentgelte.“

12. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für die Fälle des § 12 Abs. 5, des § 23 Abs. 3, 4 und 6 sowie des § 27 Abs. 5 wird jeweils eine Schiedsstelle gebildet. Die Schiedsstellen bestehen jeweils aus einem Vorsitzenden und

1. in den Fällen des § 12 Abs. 5 aus vier Vertretern der betroffenen Unternehmer sowie vier Vertretern der Kostenträger,
2. in den Fällen des § 23 Abs. 3, 4 und 6 aus je zwei Vertretern des betroffenen Notarztstandortes, einem Vertreter der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. und einem Vertreter der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sowie vier Vertretern der Kostenträger,
3. in den Fällen des § 27 Abs. 5 aus vier Vertretern der betroffenen Unternehmer sowie vier Vertretern der Kostenträger.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende neue Absätze 2 bis 4 eingefügt:

„(2) Die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden müssen über die Befähigung zum Richteramt verfügen. Sie werden einvernehmlich von den jeweiligen Vertragsparteien bestimmt. Kommt eine Einigung über die Person des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden nicht zustande, können die Vertragsparteien geeignete Personen benennen. Bei einer Benennung von zwei oder mehr Personen entscheidet das für das Rettungswesen zuständige Ministerium. Erfolgt nur eine Benennung, wird diese Person Vorsitzender. Gleiches gilt für die stellvertretenden Vorsitzenden. Die Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 und ihre Stellvertreter sollen bereits im vorbereitenden Schriftverkehr, spätestens jedoch zu Beginn der ersten mündlichen Verhandlung gegenüber dem Vorsitzenden der Schiedsstelle schriftlich benannt werden.

(3) Die Vorsitzenden und die Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Der Vorsitzende und jeder Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 haben jeweils eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Ist die Schiedsstelle nicht vollständig besetzt, weil Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 nicht zeitgerecht benannt oder nicht erschienen sind, ist die Schiedsstelle gleichwohl entscheidungsbefugt. In diesem Fall entscheidet der Vorsitzende mit den erschienenen Vertretern nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3. Sind überhaupt keine Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 erschienen, entscheidet der Vorsitzende allein.

(4) Kommt ein Beteiligter der Aufforderung der Schiedsstelle zur Erteilung von Auskünften und Vorlage von Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht fristgemäß nach, entscheidet die jeweilige Schiedsstelle nach Aktenlage. Die Entscheidung der Schiedsstelle ist zu begründen, mit einer Rechtsbe-

helfsbelehrung zu versehen und zuzustellen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg eröffnet. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer rechtskräftigen Entscheidung über die Benutzungsentgelte gelten die bisherigen Vereinbarungen oder rechtskräftigen Festsetzungen weiter. Eine rückwirkende Anpassung von Benutzungsentgelten erfolgt nicht."

c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden Absätze 5 und 6.

13. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Wer Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport betreiben will, bedarf der Genehmigung."

b) Die Absätze 4 und 5 erhalten folgende Fassung:

„(4) Von der Genehmigungspflicht ausgenommen sind Notfalltransport, Arztbegleiteter Patiententransport und Krankentransport

1. durch Sanitätsorganisationen oder sonstige Einrichtungen, denen nach § 5 Abs. 1 oder Abs. 3 die Durchführung des Rettungsdienstes übertragen ist; sie sind Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes,
2. durch juristische Personen des öffentlichen Rechts, die der Fachaufsicht des Landes unterliegen, in Wahrnehmung eigener Aufgaben,
3. mit Krankenkraftwagen und Notarzt-Einsatzfahrzeugen der Betriebs- und Werkrettungsdienste, soweit diese im Ausnahmefall von der Leitstelle zum Einsatz im Rettungsdienst eingesetzt werden,
4. durch Rettungsmittel, die auf Grundlage landesrechtlicher Bestimmungen anderer Bundesländer vorgehalten werden und von den Leitstellen nach § 7 im Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport eingesetzt werden,
5. durch Rettungsmittel, die auf Grundlage grenzüberschreitender Vereinbarungen von den Leitstellen nach § 7 im Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport eingesetzt werden,
6. mit Kraftfahrzeugen, die im Sanitätsdienst (§§ 17 und 19 Abs. 1 und 3 Nr. 8 LBKG) eingesetzt werden.

§ 17 Abs. 3 Satz 3 und die §§ 19, 21 und 22 sind anzuwenden, ausgenommen bei Einsätzen nach dem Brand- und Katastrophenschutzgesetz.

(5) Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium kann durch Rechtsverordnung weitere Ausnahmen von der Genehmigungspflicht zulassen, wenn die ordnungsgemäße Durchführung von Notfalltransport, Arztbegleitetem Patiententransport und Krankentransport gewährleistet ist."

14. § 15 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Genehmigung wird dem Unternehmer für seine Person und für die Ausübung von Notfalltransport, Arztbegleitetem Patiententransport oder Krankentransport im jeweiligen Betriebsbereich erteilt. Sie bestimmt den einzelnen Krankenkraftwagen unter Bezeichnung des

amtlichen Kennzeichens entweder für Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport und Krankentransport. Die Genehmigung für Notfalltransport gestattet auch Arztbegleiteten Patiententransport und Krankentransport."

15. § 17 Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Im Antrag ist anzugeben, ob die Genehmigung für Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport erteilt werden soll und welcher Standort für den Krankenkraftwagen vorgesehen ist."

16. In § 18 Abs. 3 Satz 2 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 6" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 7" ersetzt.

17. § 19 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird gestrichen.

b) Die bisherigen Nummern 3 bis 5 werden Nummern 2 bis 4.

18. § 21 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird im Klammerzusatz nach der Angabe „Rettungs-," die Angabe „Intensivtransport-," eingefügt.

b) In Satz 2 wird die Verweisung „§ 22 Abs. 4" durch die Verweisung „§ 22 Abs. 5" ersetzt.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Intensivtransportwagen sind Krankenkraftwagen, die für den Transport intensivüberwachungspflichtiger und intensivbehandlungsbedürftiger Patienten besonders eingerichtet und mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal besetzt sind."

19. § 22 erhält folgende Fassung:

„§ 22
Besetzung von Krankenkraftwagen, Notarzt-Einsatzfahrzeugen und Luftfahrzeugen im Rettungsdienst

(1) Krankenkraftwagen sind im Einsatz mit mindestens zwei fachlich geeigneten Personen zu besetzen.

(2) Die Besatzung beim Krankentransport ist dann fachlich geeignet, wenn
1. ein Besatzungsmitglied mindestens eine Ausbildung zum Rettungssanitäter (Absatz 9) hat. Dieses Besatzungsmitglied trägt die medizinische und organisatorische Verantwortung;
2. das weitere Besatzungsmitglied mindestens eine Ausbildung zum Rettungshelfer (Absatz 9) hat.

(3) Die Besatzung beim Notfalltransport und beim Arztbegleiteten Patiententransport ist dann fachlich geeignet, wenn
1. ein Besatzungsmitglied die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin" oder „Notfallsanitäter" gemäß § 1 NotSanG verfügt. Dieses Besatzungsmitglied trägt die medizinische und organisatorische Verantwortung;
2. das weitere Besatzungsmitglied mindestens über eine Ausbildung zum Rettungssanitäter (Absatz 9) verfügt.

(4) Der Fahrer eines Notarzt-Einsatzfahrzeuges ist dann fachlich geeignet, wenn er über die Voraussetzungen nach Absatz 3 Nr. 1 verfügt.

(5) Ein Notarztwagen oder ein Notarzt-Einsatzfahrzeug muss zusätzlich mit einem Arzt besetzt sein, der über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin oder über den Fachkundenachweis Rettungsdienst verfügt (Notarzt).

(6) Luftfahrzeuge im Rettungsdienst sind mit geeignetem ärztlichem und nichtärztlichem Personal zu besetzen. Die nichtärztliche, medizinische Besatzung von Luftfahrzeugen ist dann fachlich geeignet, wenn sie über die Voraussetzungen nach Absatz 3 Nr. 1 verfügt. Die ärztliche Besatzung ist dann fachlich geeignet, wenn sie über die Voraussetzungen nach Absatz 5 verfügt.

(7) Das im Rettungsdienst sowie in der Leitstelle eingesetzte Personal ist zur laufenden Fort- und Weiterbildung verpflichtet.

(8) Für die im Rettungsdienst eingesetzten Rettungshelfer, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, Notfallsanitäter und Notärzte gelten die Regelungen des § 25 und des § 29 LBKG für Helfer der anderen Hilfsorganisationen entsprechend.

(9) Die Ausbildung zum Rettungssanitäter nach Absatz 2 Nr. 1 und zum Rettungshelfer nach Absatz 2 Nr. 2 regelt, soweit bundesrechtlich nichts anderes bestimmt ist, das für das Rettungswesen zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für die gesundheitlichen Angelegenheiten zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung. Die Rechtsverordnung enthält insbesondere Bestimmungen über

1. die Zugangsvoraussetzungen,
2. Inhalt, Dauer und Durchführung der Ausbildung,
3. die Zulassung zur Prüfung, den Prüfungsausschuss und das Prüfungsverfahren, einschließlich Art, Zahl, Gegenstand und Bewertung der Prüfungsleistungen,
4. das Bestehen, das Nichtbestehen und die Wiederholung der Prüfung,
5. die Ausstellung von Bescheinigungen und Zeugnissen,
6. die staatliche Anerkennung und
7. die Fort- und Weiterbildung.“

20. § 23 erhält folgende Fassung:

„§ 23
Notärzte

(1) Die Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Erstattung der ihnen entstehenden angemessenen, bedarfsgerechten und nachvollziehbar nachgewiesenen Kosten als Notärzte zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus können niedergelassene und andere Ärzte, ärztliche Arbeitsgemeinschaften und ärztliche Mitarbeiter sonstiger geeigneter Einrichtungen im Notarztdienst mitwirken (sonstige Notarztstandorte).

(2) Die zuständige Behörde legt für ihren Rettungsdienstbereich Notarztversorgungsbereiche fest, die im Einvernehmen mit der benachbarten zuständigen Behörde auch über ihren Rettungsdienstbereich hinausgehen können. Sie überträgt den Krankenhäusern (Absatz 1 Satz 1) oder

den sonstigen Notarztstandorten (Absatz 1 Satz 2) die Notarztversorgung im Einvernehmen mit den Verbänden der Kostenträger durch öffentlich-rechtlichen Vertrag, der auch die Mitwirkung anderer Ärzte beinhalten kann. In den Vereinbarungen sind insbesondere die näheren Einzelheiten der Gestellung der Notärzte, deren Dienstpläne und weitere Aufgaben zu regeln. Kommt eine Einigung mit den Verbänden der Kostenträger nicht zustande, entscheidet das für das Rettungswesen zuständige Ministerium.

(3) In einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und den Verbänden der Kostenträger wird die Höhe der durch die Notarztversorgung entstehenden angemessenen und bedarfsgerechten Kosten des jeweiligen Krankenhauses, die durch die Kostenträger zu ersetzen sind, festgelegt. Satz 1 gilt für die sonstigen Notarztstandorte entsprechend. In den Vertrag ist die Summe der zu erwartenden Benutzungsentgelte nach Absatz 4 aufzunehmen.

(4) Die Benutzungsentgelte für die Notarztversorgung werden standortbezogen zwischen dem jeweiligen Notarztstandort und den Verbänden der Kostenträger vereinbart. § 12 findet entsprechende Anwendung. Es können Abrechnungsverbünde durch Vertrag vereinbart werden. Der Vertrag bedarf der Schriftform und muss dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium schriftlich zur Kenntnis gegeben werden.

(5) Für die ärztliche Transportbegleitung beim Arztbegleiteten Patiententransport nach § 2 Abs. 3 gelten die Benutzungsentgelte nach Absatz 4 entsprechend. Sofern es sich bei dem transportbegleitenden Krankenhaus nach § 2 Abs. 3 nicht um einen Notarztstandort handelt, gelten die Benutzungsentgelte des Notarztstandortes, in dessen Notarztbereich sich das Krankenhaus befindet.

(6) Für den Arztbegleiteten Patiententransport nach § 2 Abs. 3 in Intensivtransportwagen nach § 21 Abs. 2 Satz 4 werden auf Verlangen der Krankenhäuser gesonderte Finanzierungsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 für den Intensivtransport geschlossen. § 12 findet entsprechende Anwendung.“

21. Die Überschrift des dritten Abschnittes erhält folgende Fassung:

„Dritter Abschnitt
Allgemeine Regelungen für die Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen“

22. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der Unternehmer ist entsprechend der Genehmigung zu unverzüglichem Notfalltransport, Arztbegleitetem Patiententransport und Krankentransport verpflichtet. Die Verpflichtung erstreckt sich auf die Beförderung in die nächste, für die weitere Versorgung geeignete und aufnahmebereite Einrichtung.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Betriebsbereich“ durch die Worte „jeweiligen Rettungsdienstbereich“ ersetzt und werden die Worte „,es sei denn, es handelt sich um einen Rückholtransport aus dem Ausland“ gestrichen.

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Besteller rettungsdienstlicher Leistungen sind verpflichtet, der Leitstelle bei der Bestellung das Vorliegen oder den Verdacht einer Infektionskrankheit oder einer Besiedelung mit multiresistenten Erregern mitzuteilen.“

23. § 27 erhält folgende Fassung:

„§ 27
Leistungen des Luftrettungsdienstes

(1) Wer Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport im Luftrettungsdienst betreiben will, bedarf der Genehmigung. Er ist Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes.

(2) Die zuständige Behörde gemäß § 9 überträgt die Durchführung des Luftrettungsdienstes ausschließlich im Wege einer Dienstleistungskonzession. Mit der Übertragung der Durchführung gilt die Genehmigung als erteilt. Für den Luftrettungsdienst findet der erste Abschnitt des dritten Teils keine Anwendung. Vor der Beauftragung ist ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren mit Beteiligung der Kostenträger des Rettungsdienstes durchzuführen, bei dem die Entscheidung bei dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium liegt. Die Durchführung von Luftrettungsdienst ohne Beauftragung ist ausgeschlossen.

(3) Die Übertragung erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Vertrag. Durch den Vertrag ist sicherzustellen, dass die erforderliche Ausstattung und die Einsatzbereitschaft der Einrichtungen und die reibungslose Zusammenarbeit aller im Luftrettungsdienst Mitwirkenden gewährleistet sind. Insbesondere sind bei den Luftfahrzeugen die Art des Luftfahrzeuges, der Standort, die konkrete Ausstattung und die Vorhaltezeit konkret festzulegen.

(4) Der Betriebsbereich des Luftfahrzeuges für Notfalltransport wird im Einzelfall festgelegt. Notfalltransportspezifische Anforderungen an Art und Ausstattung des Luftfahrzeuges werden im Einzelfall entsprechend den allgemein anerkannten Regeln der Technik und dem Stand der medizinischen Wissenschaft festgesetzt.

(5) Für die Benutzungsentgelte in der Luftrettung gelten § 12 Abs. 1 bis 4, Abs. 5 Satz 1 und Satz 3 und Abs. 6 entsprechend. Diese schließen die Entgelte für die Mitwirkung von Ärzten in der Luftrettung ein. Die Abrechnung der Leistungen und die Rechnungslegung erfolgen unmittelbar von den Leistungserbringern gegenüber den Kostenträgern.“

24. In § 28 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „im Notfall- und Krankentransport“ durch die Worte „im Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport und Krankentransport“ ersetzt.

25. § 29 erhält folgende Fassung:

„§ 29
Dokumentationspflicht, Verarbeitung personenbezogener Daten, Informationsübermittlung

(1) Das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst in der Leitstelle oder zur Versorgung und Betreuung von

Patienten eingesetzte Personal ist verpflichtet, jeden Einsatz und die dabei getroffenen aufgabenbezogenen Feststellungen und Maßnahmen ausreichend zu dokumentieren. Für die Verarbeitung personenbezogener Daten und die Informationsübermittlung gilt im Übrigen § 39 LBKG entsprechend.

(2) Die durch öffentlich-rechtlichen Vertrag am Rettungsdienst Beteiligten haben innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches sicherzustellen, dass die Dokumentationsverpflichtung nach Absatz 1 durch die in ihrem Einwirkungsbereich tätigen Personen erfüllt wird.

(3) Die Dokumentation hat nach einheitlichen Grundsätzen zu erfolgen, um eine landesweit einheitliche Auswertung für Zwecke der Bedarfsfeststellung, für die Nutzung zum Qualitätsmanagement, für die Weiterentwicklung des Rettungs-dienstes und zur notfallmedizinischen Forschung zu ermöglichen.

(4) Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium und die zuständigen Behörden können verlangen, dass ihnen oder von ihnen beauftragten Dritten die Einsatzdokumentationen zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für ihre Aufgabenerfüllung erforderlich ist.“

26. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

Die Worte „Notfall- oder Krankentransport“ werden ersetzt durch die Worte „Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport und Krankentransport“.

b) Nach Absatz 3 werden folgende neue Absätze 4 und 5 eingefügt:

„(4) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig seinen Mitteilungspflichten nach § 26 Abs. 6 nicht nachkommt.

(5) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder leichtfertig entgegen § 22 Abs. 8 in Verbindung mit §§ 25 und 29 LBKG, ohne an den Hilfsmaßnahmen beteiligt zu sein, den Einsatz behindert oder den Anweisungen der Polizei, der im Rettungsdienst eingesetzten Rettungshelfer, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, Notfallsanitäter und Notärzte nicht nachkommt.“

c) Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 6 und wie folgt geändert:

Das Wort „fünftausend“ wird durch das Wort „zehntausend“ ersetzt.

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

Artikel 2

Das Landesfinanzausgleichsgesetz vom 30. November 1999 (GVBl. S. 415), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2018 (GVBl. S. 463), BS 6022-1, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 16 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 17 wird angefügt:

„17. bedeutende kommunale Vorhaben des Rettungsdienstes sowie des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes, für den vorbeugenden und abwehrenden Brandschutz nur in Fällen, in denen das Aufkommen der Feuerschutzsteuer nicht ausreicht; bedeutende Vorhaben sind
a) die Neuerrichtung oder grundlegende Sanierung von Integrierten Leitstellen nach § 7 des Rettungsdienstgesetzes (RettDG) in der Fassung vom 22. April 1991 (GVBl. S. 217, BS 2128-1) in der jeweils geltenden Fassung,
b) die Neuerrichtung von ständig besetzten Feuerwachen und
c) die Neuerrichtung von Rettungswachen, soweit diese erforderlich sind, um die Hilfeleistungsfristen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 RettDG zu gewährleisten.“

2. § 19 Abs. 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die kommunalen Aufgabenträger für den Brandschutz erhalten vorrangig aus dem Aufkommen der Feuerschutzsteuer Zuweisungen zur Förderung des Brandschutzes.“

Artikel 3

(1) Personen, die berechtigt sind, die Berufsbezeichnung Rettungsassistent gemäß den §§ 30 und 32 des Notfallsanitätergesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) in der jeweils geltenden Fassung zu führen, erfüllen bis zum 31. Dezember 2023 die fachliche Eignung nach § 7 Abs. 6 und § 22 Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 und 6 Satz 2 des Rettungsdienstgesetzes in der Fassung vom 22. April 1991 (GVBl. S. 217, BS 2128-1) in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Für bestehende Vereinbarungen, die über das Inkrafttreten dieses Gesetzes hinaus gelten, sind zwischen den Vertragsparteien Übergangsregelungen zu vereinbaren, die Doppelfinanzierungen in jedem Fall vermeiden.

Artikel 4

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeines

Die Änderungen des europäischen und nationalen Vergaberechts machen eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes (RettDG) in der Fassung vom 22. April 1991 (GVBl. S. 217), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 254), BS 2128-1, erforderlich. Das Recht des Rettungsdienstes ist in Rheinland-Pfalz seit der ersten Regelung im Jahr 1975 von einer großen Kontinuität geprägt. Der Rettungsdienst dient dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und ist eine öffentliche Aufgabe. Neben den öffentlich-rechtlichen Trägern des Rettungsdienstes sind seit jeher die Sanitätsorganisationen und ihre haupt- und ehrenamtlichen Kräfte eine tragende Säule des Rettungsdienstes. Grundlage der Übertragung ist schon nach bisherigem Recht die Vergabe einer Konzession an die im Rettungsdienst einbezogenen nichtstaatlichen Leistungserbringer. An diesem bewährten Modell soll festgehalten werden. Mit dem Inkrafttreten des Vergaberechtsmodernisierungsgesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) haben sich die vergaberechtlichen Rahmenbedingungen für eine solche Konzessionsvergabe erheblich verändert. Während Dienstleistungskonzessionen bisher von der Anwendung des GWB-Vergaberechts freigestellt waren, werden sie nunmehr nach § 105 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) den vergaberechtlichen Regelungen unterworfen. Mit der Richtlinie 2014/23/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die Konzessionsvergabe – Konzessions-Richtlinie (ABl. EU Nr. L 94 v. S. 1) sowie der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die öffentliche Auftragsvergabe und zur Aufhebung der Richtlinie 2004/18/EG (ABl. EU Nr. L 94 S. 65), die die bisherige „Vergaberechtskoordinierungsrichtlinie“ 2004/18/EG ersetzte, wurde aber den Mitgliedstaaten die Möglichkeit eröffnet, Rettungsdienstleistungen, die von Hilfsorganisationen erbracht werden, vom Anwendungsbereich des Vergaberechts freizustellen. In Deutschland wurden diese Vorgaben durch Artikel 1 des Vergaberechtsmodernisierungsgesetzes in § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB für das deutsche Vergaberecht übernommen. Danach findet das Vergaberecht keine Anwendung auf öffentliche Aufträge und Konzessionen über „Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr, die von gemeinnützigen Organisationen oder Vereinigungen erbracht werden und die unter die Referenznummern des Common Procurement Vocabulary 75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8, 98113100-9 und 85143000-3 mit Ausnahme des Einsatzes von Krankenwagen zur Patientenbeförderung fallen; gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen im Sinne dieser Referenznummern sind insbesondere die Hilfsorganisationen, die nach Bundes- oder Landesrecht als Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen anerkannt sind.“ Allerdings stützt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das GWB-Vergaberecht allein auf den Kompetenztitel für das „Recht der Wirtschaft“ nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 des Grundgesetzes. Da der Bund aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht zu Regelungen auf dem Gebiet des Rettungsdienstes befugt ist, liegt es in der alleinigen Verantwortung des Landes, von den vergaberechtlich eröffneten Spielräumen Gebrauch zu machen. Grundlage einer solchen Übertragung auf die Sanitätsorganisationen sollte aus unions- und verfassungsrechtlichen Gründen eine eindeutige gesetzliche Regelung sein, um die bisherige und bewährte Praxis des rheinland-pfälzischen Rettungsdienstes auf eine solide, den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen angepasste Basis zu stellen und damit auch für die Träger des Rettungsdienstes die notwendige Rechtssicherheit zu gewährleisten. Ohne eine solche Regelung drohten auch in Rheinland-Pfalz Auseinandersetzungen um die Anwendbarkeit des Vergaberechts und als mögliche Konsequenz die Nichtigkeit der entsprechenden Verträge. Die Anpassung des Rettungsdienstgesetzes an die gewandelten rechtlichen Rahmenbedingungen ist daher eines der zentralen Ziele des Gesetzentwurfs. Die besondere Rolle der Hilfsorganisationen für die Durchführung des Rettungsdienstes wird bereits im Zusammenhang mit der Aufgabenumschreibung hervorgehoben. Dabei werden diese weiterhin als Sanitätsorganisationen bezeichnet. Diese auf den völkerrechtlichen Sprachgebrauch der Genfer Abkommen zurückgehende Bezeichnung erhält gerade vor dem unionsrechtlichen Hintergrund ihre besondere Berechtigung.

Durch das am 1. Januar 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S.1348) wurde mit dem Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters ein neuer Beruf für die Tätigkeit im Rettungsdienst geschaffen. Das bisherige Rettungsassistentengesetz vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S.1384), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686), ist laut Artikel 5 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften am 31. Dezember 2014 außer Kraft getreten, sodass ab diesem Zeitpunkt keine neuen Rettungsassistenten mehr ausgebildet werden. Zukünftig – nach einer angemessenen Übergangszeit – sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die durch das Rettungsdienstgesetz bisher den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zugewiesenen Aufgaben übernehmen. Dementsprechend sind die Regelungen des Rettungsdienstgesetzes zur personellen Besetzung der Rettungsmittel und die Regelungen zur personellen Besetzung für die rettungsdienstliche Aufgabenwahrnehmung in den Leitstellen neu zu fassen. Es ist vorgesehen, dass in einer Übergangszeit von zehn Jahren die den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zugewiesenen Aufgaben durch Rettungs-assistentinnen und Rettungsassistenten wahrgenommen werden können.

Im Rahmen der notwendigen Änderung des Rettungsdienstgesetzes zur Einführung des Notfallsanitäters werden weitere Änderungen vorgenommen, die zum einen der sich weiterentwickelnden Einsatzstrategie im Rettungsdienst geschuldet sind und die zum anderen klarstellenden Charakter haben. So wird der Anwendungsbereich des Gesetzes konkretisiert. Außerdem werden die Aufgaben des Rettungsdienstes neu gefasst. So werden die Begriffe Notfalltransport und Krankentransport neu beschrieben. Außerdem wird der Begriff Arztbegleiteter Patiententransport eingefügt. Die Neuregelung zum Transportziel steht in engem Zusammenhang mit § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V; Wirtschaftlichkeitsgebot). Erlaubt sind in der Regel künftig nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst

erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Außerdem werden die Aufgaben, die Finanzierung und die Verfahren der zuständigen Behörden für den Rettungsdienst näher erläutert. Die Organisierte Erste Hilfe, die ein wichtiger Baustein in der modernen Rettungskette bildet, wird erstmalig im Rettungsdienstgesetz erwähnt. Auch wenn sie kein Bestandteil des Rettungsdienstes ist, werden die für eine Alarmierung durch die Leitstelle notwendigen Voraussetzungen vorgegeben.

Der Aufgabenkatalog des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst wurde neu im Gesetz aufgenommen. Die Kostentragungspflichten für das Leitstellenpersonal, den Bau von Rettungswachen und von Leitstellen wurden neu gefasst. Die Regelungen zu den Benutzungsentgelten für den bodengebundenen Rettungsdienst und die Luftrettung wurden sprachlich neu gefasst. Die Vorschriften zur Finanzierung der Notarztversorgung wurden vollständig neu gestaltet. So wird erstmalig neben dem Notarztübertragungsvertrag eine weitere Finanzierungsvereinbarung normiert. Darüber hinaus wird ein duales Finanzierungssystem für die Notarztversorgung, bestehend aus Benutzungsentgelten und Ausgleichsmitteln, in das Rettungsdienstgesetz eingefügt. Umfassende neue Schiedsstellenregelungen garantieren die Finanzierung und somit die Sicherstellung des Rettungsdienstes und insbesondere der Notarztversorgung.

Im Anhörverfahren haben die Verbände und Organisationen der beabsichtigten Änderung des Rettungsdienstgesetzes im Grundsatz zugestimmt. Soweit wie möglich wurde den Anregungen Rechnung getragen und der Gesetzentwurf angepasst.

Die Mitglieder des Kommunalen Rates haben in ihrer Sitzung am 26. November 2018 den Gesetzentwurf zur Kenntnis genommen.

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände und der Landesfeuerwehrverband e. V. haben sich dafür ausgesprochen, Anforderungen an die Qualifikation des für den Brandschutz zuständigen Leitstellenpersonals gesetzlich zu regeln. Dieser Forderung wurde entsprochen; entsprechende Regelungen für das für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, im Katastrophenschutz und in der Allgemeinen Hilfe erforderliche Leitstellenpersonal wurden in das Gesetz aufgenommen (§ 7 Abs. 6 Satz 6).

Außerdem wurde im Rahmen der Anhörung seitens der kommunalen Spitzenverbände und seitens des Landesfeuerwehrverbandes e. V. gefordert, dass Regelungen zur Ausführung des Baus von zukünftigen Integrierten Leitstellen eingeführt werden sollten. Diesbezüglich fanden auch mehrere Gespräche mit den kommunalen Spitzenverbänden zur Konsensfindung statt. Als Ergebnis wurde in das Gesetz aufgenommen, dass zukünftige Leitstellen in den Rettungsdienstbereichen mit einer Berufsfeuerwehr als eigenständiges Bauwerk unter Berücksichtigung von baulichen und finanziellen Rahmenbedingungen möglichst auf dem Gelände der größten Berufsfeuerwehr ausgeführt werden sollen (§ 7 Abs. 6 Satz 3 Nr. 1).

Weiterer Konsens konnte in Bezug auf den Leiter der Leitstelle erzielt werden. Dieser wird durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit den Trägern eingesetzt (§ 7 Abs. 6 Satz 2).

Die Kostenträger des Rettungsdienstes haben sich im Rahmen der Anhörung ausdrücklich gegen die Finanzierungsverpflichtung einer Assistenzkraft für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ausgesprochen. Vielmehr wurde ihrerseits angeregt, eine gemeinsame Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst in dem für den Rettungsdienst zuständigen Ministerium einzurichten. Hierdurch soll der zunehmenden Bedeutung der Qualitätssicherung und dem kontinuierlichen Optimierungsbedarf im Rettungsdienst Rechnung getragen werden. Viele Einflussfaktoren, wie z. B. der demografische Wandel, Strukturveränderungen im Bereich der medizinischen Versorgung und die dynamische Entwicklung im Bereich des Fachpersonals erforderten auch permanente Anpassungen im Rettungsdienst. Um diesen Anforderungen als gemeinsame Anstrengung des Landes und der Kostenträger des Rettungsdienstes gerecht werden zu können, wird dem Vorschlag der Kostenträger gefolgt und eine gemeinsame Geschäftsstelle für Qualitätssicherung in das Gesetz aufgenommen. Aufgabe der gemeinsamen Geschäftsstelle ist unter anderem die datengestützte Qualitätssicherung zur Erkennung von Verbesserungspotenzialen und die Gewährleistung einer gleichmäßigen und kontinuierlichen Qualität im Rettungsdienst (§ 10 Abs. 5). Auch der DRK Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. hat sich in seiner Stellungnahme gegen die Einführung einer Assistenzkraft für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ausgesprochen.

Die Neuregelung der Finanzierung der Notarztversorgung (§ 23) wird von der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. ausdrücklich begrüßt. Außerdem wurde die Schaffung einer Übergangsvorschrift bei der Finanzierungsregelung angeregt, um eine durchgängige Finanzierung zu gewährleisten. Dieser Forderung folgend, wurde eine entsprechende Regelung in Artikel 3 des Gesetzes aufgenommen.

Der DRK Landesverband Rheinland-Pfalz e. V. hat sich für eine landesweit einheitliche Notarztpauschale ausgesprochen, die von einer Clearingstelle eingenommen werden solle. Diese Clearingstelle solle dann den Notarztstandorten die ihnen entstehenden, festgestellten und nachgewiesenen Kosten erstatten. Aufgrund des im rheinland-pfälzischen Rettungsdienst geltenden Konzessionsmodells ist die Einführung einer entsprechenden Clearingstelle durch den Gesetzgeber nicht möglich. Um der Forderung aber entgegen zu kommen, wurde in § 23 Abs. 4 Satz 3 eine Regelung aufgenommen, die die Bildung von Abrechnungsverbünden auf freiwilliger Basis ermöglicht. Vor diesem Hintergrund können sich mehrere Notarztstandorte zu einem Abrechnungsverbund zusammenschließen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat in Abstimmung mit der Gewerkschaft ver.di zu wenigen einzelnen Punkten Ergänzungen oder Änderungen vorgeschlagen. So vertritt der DGB die Auffassung, dass der DGB oder ver.di einen Sitz im Landesbeirat für das Rettungswesen erhalten sollte. Ähnlich hat sich auch der Deutsche Beamtenbund (dbb) geäußert. Diese Forderungen konnten im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt werden. Der Landesbeirat hat die Aufgabe, das für das Rettungswesen zuständige Ministerium beim Vollzug dieses Gesetzes, insbesondere bei der Erstellung des Landesrettungsdienstplanes, zu beraten. Es geht hier also um die Beratung bei der Organisation des Rettungsdienstes. Im Mittelpunkt der Arbeit der Gewerkschaften steht hingegen die Regulierung der Arbeitsbedingungen (Entlohnung, Arbeitszeit, Urlaub etc.) durch kollektive Vereinbarungen (Tarifverträge) mit Arbeitgeberverbänden und – in geringem Umfang – mit einzelnen Unternehmen (sog. Haustarifverträge). Diese Themen sind jedoch nicht im Landesbeirat zu diskutieren, sondern betreffen ausschließlich das Verhältnis der Leistungserbringer im

Rettungsdienst und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Eine weitere Forderung des DGB war die Einführung eines „Leitenden Notfallsanitäters“. Zu seinen Aufgaben solle die Sicherstellung des organisatorischen und logistischen Qualitätsmanagements gehören. Dieser Forderung wurde nicht gefolgt. Die zuständige Behörde beaufsichtigt die mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Sanitätsorganisationen und sonstigen Einrichtungen um sicherzustellen, dass der Rettungsdienst die ihm obliegenden Aufgaben erfüllt. Die Aufsicht erstreckt sich dabei auf die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der Durchführung sowie die medizinische Qualität und das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben bedient sich die jeweilige zuständige Behörde eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst. An dieser Stelle die Verantwortung zwischen Ärztlichem Leiter Rettungsdienst und einem Leitenden Notfallsanitäter aufzuteilen, ist nicht sinnvoll. Wie oben beschrieben, wurde bereits die Einführung einer Assistenzkraft für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst durch die Kostenträger des Rettungsdienstes und durch das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., abgelehnt.

Außerdem hat sich der DGB in seiner Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass beim Krankentransport beide Besatzungsmitglieder über mindestens eine Ausbildung zum Rettungssanitäter verfügen müssten. Dieser Forderung wurde nicht entsprochen. Innerhalb der Hilfsorganisationen in Rheinland-Pfalz besteht Konsens zur grundsätzlichen Beibehaltung des Rettungshelfers. Die bestehende Regelung trägt damit zur Durchlässigkeit bei und ermöglicht dem genannten Personenkreis auch eine ehrenamtliche und nebenberufliche Mitwirkung beim Krankentransport. Es wird keine Notwendigkeit gesehen, hier eine höhere Qualifikation für das zweite Teammitglied gesetzlich vorzuschreiben.

Darüber hinaus fordert der DGB, dass beim Notfalltransport beide Besatzungsmitglieder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ besitzen sollten. Dieser Forderung wurde nicht entsprochen. Es besteht keine Notwendigkeit, in der Notfallrettung zwei Notfallsanitäter einzusetzen. Neben der Tatsache, dass es keinen fachlichen Bedarf für die Doppelbesetzung mit Notfallsanitätern in der Notfallrettung gibt, bestehen weitere Gründe, die gegen eine derartige Vorgabe sprechen. So würde eine derartige Regelung zwangsläufig dazu führen, dass künftig keine Ehrenamtlichen mehr in der Notfallrettung eingesetzt werden könnten. Dadurch würde das Verbundsystem von Rettungsdienst und Katastrophenschutz gefährdet. Es wäre in der Folge nicht mehr möglich, dass ehrenamtliche Helferinnen und Helfer aus den Katastrophenschutzeinheiten, als zweites Teammitglied neben einem Notfallsanitäter, Erfahrungen in der Notfallrettung sammeln könnten. Da sie aber im Katastrophenfall als Rettungssanitäter teilweise die alleinige Verantwortung beim Transport von Notfallpatienten haben können, wäre hier eine wesentliche Möglichkeit genommen, sich notfallmedizinisch fortzubilden. Außerdem könnte eine Regelung, die die Mitwirkung Ehrenamtlicher ausschließt, auch dazu führen, dass die Anwendbarkeit der Bereichsausnahme gefährdet würde. Aus den genannten Gründen herrscht breiter Konsens, dass das Team hier aus einem Notfallsanitäter und einem Rettungssanitäter bestehen sollte.

Der DGB hat sich für eine Verlängerung der Übergangsregelung für Rettungsassistenten bis zum 31. Dezember 2033 ausgesprochen. Ziel des DGB ist es, dass bis zum 31. Dezember 2033 Rettungsassistenten auch weiterhin an Stelle von Notfallsanitätern eingesetzt werden dürfen. Dieser Anregung wurde nicht gefolgt. Eine über die Übergangsfrist des 31. Dezember 2023 hinausgehende Verlängerung kommt schon aus einsatztaktischen Erwägungen nicht in Betracht. Der Notfallsanitäter ist kein übergeleiteter Rettungsassistent. Hier besteht keinerlei Automatismus. Der Übergang vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter ist möglich und auch erwünscht, aber zwingend mit einer staatlichen Prüfung verbunden. Notfallsanitäter sind mit anderen rettungsdienstlichen und notfallmedizinischen Kompetenzen ausgestattet. Dies führt naturgemäß auch zu komplett unterschiedlichen Behandlungsfähigkeiten in der Notfallsituation. Der Zustand der Zweigleisigkeit ist vor diesem Hintergrund zeitlich zu befristen. Eine Übergangszeit von zehn Jahren seit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes am 1. Januar 2014 wird als notwendig, aber auch als ausreichend angesehen.

Der dbb hat sich in seiner Stellungnahme für die erstmalige Aufnahme der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in einem neuen § 5 b in das Rettungsdienstgesetz ausgesprochen. Dieser Empfehlung wurde nicht entsprochen, da die PSNV zum Aufgabenbereich der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes zählt. Außerdem ist die PSNV, anders als die Organisierte Erste Hilfe, kein Bestandteil der Rettungskette und trägt auch nicht zur Verkürzung des sogenannten versorgungsfreien Intervalls bei. Sie ist ein wesentlicher und wichtiger Teil im Bevölkerungsschutz, der aber nicht im Rettungsdienstgesetz zu regeln ist.

Der Rettungsdienst sowie der Brand- und Katastrophenschutz erfüllen wesentliche Grundfunktionen bei der Gewährleistung der Sicherheit der Bevölkerung und der Funktionsfähigkeit von Wirtschaft und Verwaltung. Die hieraus erwachsenen Verpflichtungen gehören zum anerkannten Katalog der unabweisbaren öffentlichen Aufgaben und sind von besonderem politischem Gewicht. Die sich hieraus ergebenden Aufgaben nehmen die kommunalen Gebietskörperschaften als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung wahr. Als Finanzierungsinstrument kommt hier die Zweckzuweisung des Landesfinanzausgleichsgesetzes (LFAG) in Betracht. Hierfür wird die Liste der Tatbestände des §18 Abs. 1 LFAG um bedeutende Maßnahmen im Bereich des Rettungsdienstes sowie des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes erweitert. Mit der Änderung des § 19 LFAG wird herausgehoben, dass vorrangig die Mittel aus der Feuerschutzsteuer für die Zuweisung und Förderung des Brandschutzes zu verwenden sind.

Es handelt sich nicht um ein Gesetzesvorhaben mit großer Wirkungsbreite oder erheblichen Auswirkungen. Eine Gesetzesfolgenabschätzung ist deshalb entbehrlich. Das Konnexitätsprinzip ist durch diesen Gesetzentwurf nicht berührt. Der Gesetzentwurf wurde nach den Prüfkriterien des Gender-Mainstreamings dahingehend überprüft, ob und wie er sich auf die spezifischen Lebenssituationen von Frauen und Männern auswirkt. Er enthält keine Regelungen, die sich unterschiedlich auf Frauen und Männer auswirken und bietet auch keine Grundlage für verdeckte Benachteiligungen. Der Gesetzentwurf hat keine Auswirkungen auf die Bevölkerungs- und Altersentwicklung. Auch sind keine Auswirkun-

gen auf Verwaltungsaufwand und Arbeitsplätze der mittelständischen Wirtschaft zu erwarten, da keine neuen Pflichten begründet werden.

B. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Rettungsdienstgesetzes)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Im Jahr 2005 wurde der Bundesgrenzschutz in Bundespolizei umbenannt. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Durch die neue Konkretisierung der Begrifflichkeit Krankentransport in § 2 Abs. 4 ist ein über die Begrifflichkeit des Krankentransportes hinausgehender Terminus einzufügen. Weiterhin sind die Beförderungen durch die Krankenhäuser oder Heilanstalten, oder durch deren Beauftragte bei innerklinischen Patientenbeförderungen innerhalb von Klinikverbünden möglich. Diese Beförderungen unterliegen nicht dem Rettungsdienstgesetz und fallen somit auch nicht unter die Transportzieldefinition des § 2 Abs. 5. Hiernach sind Transporte in der Regel nur die Fahrten zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungseinrichtung. Insoweit stellt § 1 Abs. 2 Nr. 2 eine Privilegierung der Krankenhausverbünde dar. Sie haben insoweit ein Wahlrecht, ob die Patientenbeförderung durch den öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst in die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung durchgeführt wird. Bei Beförderungen innerhalb des Klinikverbundes kann das Krankenhaus die Beförderung außerhalb des Geltungsbereiches des Rettungsdienstgesetzes, jeweils in Verantwortung des Krankenhauses selbst durchführen oder durch einen von ihm Beauftragten durchführen lassen. In diesen Fällen dürfen die Beauftragten nicht auf die Fahrzeuge des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes zurückgreifen.

Zu Buchstabe c

Zu § 1 Abs. 2 Nr. 3

Die neue Fassung des Absatzes 2 Nr. 3 konkretisiert die alte Fassung. Sie stellt klar, dass die Tätigkeiten von Betriebs- bzw. Werkrettungsdiensten im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsbestimmungen aus dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes herausgenommen sind, soweit diese mit Personal und Fahrzeugen erfolgen, die ausschließlich zur Sicherstellung eigener Zwecke dienen. Soweit Firmen zur Umsetzung – nach § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 des siebten Buches Sozialgesetzbuch SGB durch Unfallversicherungsträger erlassene – Unfallverhütungsvorschriften zur Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe einen Betriebs- oder Werkrettungsdienst vorhalten, stellt Nummer 3 klar, dass dessen Tätigkeit nicht dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes unterliegt. Bislang kam es gelegentlich zu Unstimmigkeiten, wenn Betriebs-/Werkrettungsdienste Patientinnen und Patienten zur weiteren Versorgung in eine nicht auf dem Betriebsgelände gelegene Behandlungseinrichtung transportiert hatten, oder wenn sie von der Leitstelle zur Spitzenabdeckung im öffentlichen Bereich ausnahmsweise angefordert wurden.

Durch die Neufassung der Nummer 3 ist nunmehr klargestellt, dass die rettungsdienstliche Versorgung von Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeitern und Besucherinnen beziehungsweise Besuchern auf dem Betriebs- oder Werkgelände durch Einsatzkräfte von Betriebs- oder Werkrettungsdiensten eindeutig nicht dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes unterliegt. Auch die Beförderung von Erkrankten oder Verletzten vom Betriebs-/Werkgelände zu einer Behandlungseinrichtung außerhalb des Firmengeländes unterliegt nicht den Bestimmungen des Rettungsdienstgesetzes.

Lediglich wenn die Leitstelle den Betriebs-/Werkrettungsdienst zur Spitzenabdeckung im öffentlichen Bereich ausnahmsweise einsetzt, wird dieser nicht mehr zu eigenen Zwecken tätig. In diesen Fällen unterliegt der Betriebs-/Werkrettungsdienst dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes. Allerdings ist er gemäß § 14 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 von der Genehmigungspflicht befreit. Die Genehmigungsfreiheit entbindet jedoch nicht von der Verpflichtung der Erfüllung der Voraussetzungen an die fachliche Qualifikation der Besatzung gemäß § 22. Wenn ein Betriebs-/ Werkrettungsdienst künftig also zur Spitzenabdeckung ausnahmsweise für Einsätze im öffentlichen Bereich eingesetzt werden soll, müssen die eingesetzten Rettungsmittel mindestens gemäß § 22 besetzt werden.

Zu § 1 Abs. 2 Nr. 4

Nach der Aufgabenbestimmung des Rettungsdienstes gemäß § 2 sind sogenannte Krankenfahrten nicht Gegenstand des Rettungsdienstes. Nummer 4 stellt nochmals ausdrücklich klar, dass die Krankenfahrten nicht dem Rettungsdienstgesetz unterliegen. Die Neuregelung stellt keine Änderung dar, sondern hat deklaratorischen Charakter.

Zu Buchstabe e

Die Fassung des Absatzes 2 Nr. 6 (neu) nimmt die im Rahmen des Rückholdienstes aus dem Ausland einschließlich der Anschlusstransporte bei luftgestützten Rückholtransporten erbrachten Krankenbeförderungen aus dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes heraus. Ausgangs- und/oder Zielort dieser Einsätze liegen nicht in Rheinland-Pfalz. Repatriierungseinsätze erfolgen nicht auf der Basis der Verträge zwischen Rettungsdienstbehörde und Leistungserbringern gemäß den §§ 5 und 14 RettDG, sondern erfolgen aufgrund vertraglicher Regelungen zwischen Versicherern und Anbietern von Krankentransportleistungen. Rückholdienste werden als Leistungen von Versicherungen zwischen Versicherern und Kunden in privaten Verträgen erbracht. Gemäß § 60 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die Kosten des Rücktransportes in das Inland nicht von den Krankenkassen übernommen.

Zu Nummer 2

Zu § 2 Abs. 1

Absatz 1 wird neu gefasst. Die Vorschrift bringt im Einklang mit dem bisherigen Recht zum Ausdruck, dass die Durchführung von Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge in der besonderen Verantwortung seiner Träger (vgl. § 3) darstellt. Deutlicher als die bisherige Fassung definiert die Vorschrift Rettungsdienst zugleich als Teil eines umfassend verstandenen Bevölkerungsschutzes. Erstmals wird in diesem Zusammenhang auch die besondere Bedeutung der Sanitätsorganisationen ausdrücklich im Gesetz hervorgehoben.

Diese wirken an der Durchführung des Rettungsdienstes nach näherer Maßgabe des Gesetzes mit. Diese Regelung bildet die tatsächlichen Verhältnisse ab. Die Hilfsorganisationen sind über den Rettungsdienst hinaus eine tragende Säule des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Rheinland-Pfalz. Sie stellen im Katastrophenschutz nicht nur das Personal, sondern auch eine große Anzahl an Fahrzeugen. Katastrophenschutz und Rettungsdienst sind sowohl nach der gesetzgeberischen Konzeption wie in der Praxis als integrale Bestandteile eines gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes vielfach miteinander verzahnt.

Vor diesem Hintergrund wird auch die Mitwirkung der Hilfsorganisationen an der Erfüllung der öffentlichen Aufgabe Rettungsdienst ausdrücklich geregelt. Mit Absatz 1 Satz 3 bekennt sich auch der Landesgesetzgeber zugleich zu der besonderen Rechtsstellung der Hilfsorganisationen, die sich bereits aus dem Völkerrecht ergibt, aber auch unionsrechtlich den Anlass für die Bereichsausnahme lieferte. Der Deutsche Rote Kreuz e. V. (DRK) ist die Nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Es ist Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung, die sich aus derzeit 190 anerkannten Nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften zusammensetzt (Artikel 1 Absatz 1 der Statuten der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung). Um als Nationale Gesellschaft innerhalb der Bewegung anerkannt werden zu können, muss eine Nationale Gesellschaft nicht nur durch das IKRK, sondern gemäß Artikel 4 Nr. 3 der Statuten der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung auch „ordnungsgemäß durch die rechtmäßige Regierung ihres Landes aufgrund der Genfer Abkommen und der nationalen Rechtsordnung als freiwillige Hilfsgesellschaft der Behörden im humanitären Bereich“ („auxiliary to the public authorities in the humanitarian field“) anerkannt sein. Das DRK-Gesetz (DRKG) vom 5. Dezember 2008 (BGBI. I S. 2346), zuletzt geändert durch Artikel 9 a des Gesetzes vom 27. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575), bestätigt diese Anerkennung in Gesetzesform (§ 1 DRKG). Gemäß § 2 DRKG nimmt das DRK Aufgaben wahr, die sich für eine Nationale Gesellschaft direkt aus den Genfer Abkommen und ihren Zusatzprotokollen ergeben. Es nimmt jedoch auch Aufgaben wahr, die ihm von den Behörden zur Erfüllung ihrer aus diesen Verträgen resultierenden Pflichten, per Gesetz übertragen werden. Insoweit nimmt das DRK insbesondere auch die ihm durch Bundesgesetz oder Landesgesetz zugewiesenen Aufgaben wahr (§ 2 Abs. 3 DRKG), insbesondere im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes (vgl. § 26 Abs. 1 des Zivilschutz- und KatastrophenhiIfegesetzes [ZSKG]) sowie des Rettungsdienstes. Das Verhältnis einer Nationalen Gesellschaft zu den staatlichen Behörden bestimmt sich jedoch nicht allein über Umfang und Art der gesetzlichen Aufgabenübertragung. Die Vertragsstaaten der Genfer Abkommen und die Komponenten der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung haben das Verhältnis in einer im Jahr 2007 von der Internationalen Konferenz verabschiedeten Resolution als eine „specific and distinctive partnership“ definiert. Diese durch das Völkerrecht geprägte Partnerschaft ist durch gegenseitige Verantwortung und Unterstützung gekennzeichnet. Diese Partnerschaft beschränkt sich nicht auf den Verteidigungsfall. Vielmehr unterstützen die Nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften die Vertragsstaaten gemäß Artikel 6 Nr. 1 ZP I bereits in Friedenszeiten dabei, Fachpersonal auszubilden, das im Konfliktfall bei der Umsetzung der Genfer Abkommen und der Zusatzprotokolle auf Seiten einer Konfliktpartei oder einer Schutzmacht Hilfestellung geben soll. Vor allem aber können die Aufgaben der Nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften im Zusammenhang mit der Versorgung von Verletzten und Kranken der Streitkräfte und der Zivilbevölkerung faktisch nur dann erfüllt werden, wenn dazu entsprechende Vorbereitungen bereits im Vorfeld von bewaffneten Konflikten stattfinden. Dazu gehört vor allem das Inübunghalten des Personals und somit die Mitwirkung der Nationalen Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften auch im Alltag und in Großschadenslagen in Friedenszeiten in den Bereichen, in denen sie dann auch im Konfliktfall Hilfe leisten und den Staat bei seinen Aufgaben unterstützen. Neben den Nationalen Gesellschaften sind auch die anderen staatlich anerkannten freiwilligen Hilfsgesellschaften von dieser besonderen Rechtsstellung erfasst. § 4 DRKG regelt entsprechend die Rechtsstellung des Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. und des Malteser Hilfsdienst e. V. als freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne des Artikels 26 des I. Genfer Abkommens, die Mitwirkung der übrigen Hilfsgesellschaften im Zivil- und Katastrophenschutz basiert auf § 26 Abs. 1 ZSKG und in Rheinland-Pfalz auf § 17 des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes (LBKG). In Rheinland-Pfalz haben sich die fünf im Katastrophenschutz tätigen Hilfsorganisationen im Jahr 2008 zu der Arbeitsgemeinschaft „Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz Rheinland-Pfalz“ (HiK-RLP) zusammengeschlossen. Ihr gehört der Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., der Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., der Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. sowie der Malteser Hilfsdienst e. V. an. Die Leitungsgruppe der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz Rheinland-Pfalz wird bei eigenen Übungen und Einsätzen sowie bei Katastrophen und im Konfliktfall tätig. Diese Form der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz ist bundesweit einmalig und mit dem Bescheid des Innenministers über die Anerkennung der Leitungsgruppe der HiK-RLP als zentrale Einrichtung im Sinne des § 6 Nr. 6 LBKG dokumentiert. Vor diesem Hintergrund ist es nur konsequent, diese besondere Rechtsstellung auch im Rettungsdienstgesetz ausdrücklich hervorzuheben und die genannten Organisationen auch an dieser Stelle namentlich zu benennen.

Außerdem wurde in Absatz 1 Satz 2 der neue Begriff „Arztbegleiteter Patiententransport“ aufgenommen.

Zu § 2 Abs. 2

Die Definition der Notfallrettung stellt auf zwei Komponenten ab. Sie erfasst sowohl die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten am Notfallort als auch den Notfalltransport. Präziser als in der bisherigen Ausführung werden die Komponenten der Notfallrettung definiert. Einen Schwerpunkt bildet die notfallmedizinische Versorgung in Form der medizinischen Maßnahmen zur Abwendung von Lebensgefahr oder schweren gesundheitlichen Schäden und ausdrücklich auch zur Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Die Beförderung unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behand-

lungseinrichtung ist ebenso Bestandteil des Notfalltransportes. Absatz 2 stellt somit klar, dass Notfallrettung nicht nur den Notfalltransport, sondern vor allem auch die präklinische notfallmedizinische Versorgung umfasst. Anders als der Wortlaut der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen in § 60 SGB V (Fahrkosten) und § 133 SGB V (Versorgung mit Krankentransportleistungen) vermuten lassen könnte, beschränkt sich die Notfallmedizin heute nicht mehr nur auf den schnellstmöglichen Transport des Notfallpatienten in die Behandlungseinrichtung. Die fachkundige notfallmedizinische Versorgung am Notfallort und während des Transports ist unverzichtbarer Bestandteil und Schwerpunkt der Notfallrettung.

Zu § 2 Abs. 3

Mit der neu eingeführten Definition des „Arztbegleiteten Patiententransportes“ ist eine notwendige Abgrenzung zur Notfallrettung einerseits und zum Krankentransport andererseits gegeben. Darüber hinaus wird die Möglichkeit der Transportbegleitung durch geeignete Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte geschaffen. Demnach dürfen neben den Notärztinnen und Notärzten bei Arztbegleiteten Patiententransporten auch geeignete Ärztinnen und Ärzte der Krankenhäuser mitwirken, wenn diese über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Diese werden somit zu einem Bestandteil des Rettungsdienstes. Funktional handelt es sich bei dem Arztbegleiteten Patiententransport also um eine Sonderform des Sekundärtransports, die dadurch geprägt ist, dass aus medizinischen Gründen eine Ärztin oder ein Arzt für die Überwachung und/oder Betreuung der Patientin oder des Patienten während des Transports erforderlich ist. Diese Leistungsart nimmt vor allem im Interhospitaltransfer zu. Dies ist einerseits auf die Fortschritte in der Medizin zurückzuführen, die heute den Transport von Patienten ermöglichen, an deren Transport früher nicht zu denken gewesen wäre, andererseits auf die Veränderungen in der Krankhauslandschaft, die generell eine Zunahme von Patiententransporten zwischen Behandlungseinrichtungen verursachen. Arztbegleitete Patiententransporte sind bereits bisher durchgeführt worden, allerdings unter unzureichenden tatsächlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen, sodass die Zusammenfassung unter einer gesonderten Organisationsform notwendig ist. Ein Teil dieser Leistungen sind Transporte, die bisher als Intensivtransporte den Notfalltransporten zugeordnet waren. Bei der Einordnung der während des Transports intensivbehandlungspflichtigen oder intensivüberwachungspflichtigen Patienten als Notfallpatienten im Sinne des bisherigen § 2 Abs. 2 gab es jedoch Abgrenzungsschwierigkeiten. Zum Teil ergibt die medizinische Beurteilung von Patienten als Intensivpatienten nicht in allen Fällen eine völlig trennscharfe Patientenzuordnung. Darüber hinaus ist bei disponiblen Transporten von intensivbehandlungspflichtigen Patienten zwar der Patientenzustand mit einem Notfallpatienten vergleichbar, aber der für die Notfallrettung spezifische Aspekt der zeitlichen Dringlichkeit fehlt in dieser spezifischen Ausprägung beim disponiblen Transport. Auch die Einordnung nur intensivüberwachungspflichtiger Patienten unter die Notfallrettung ist nicht unproblematisch. Eine Zuordnung zum Krankentransport scheitert daran, dass dort nach herkömmlicher Betrachtung nur die Betreuung durch nichtärztliches Personal erfolgt (siehe z. B. die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankenhaustransportleistungen und Rettungsfahrten vom 22. Januar 2004, die in § 6 Abs. 1 die Verordnung von Krankentransporten durch Vertragsärzte regeln). Die Einsatzmöglichkeit von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten im Arztbegleiteten Patiententransport führt auch zu einer Entlastung der Notarztstandorte. Die bisherigen Intensivtransportsysteme werden in dieses Leistungssegment einbezogen.

Zu § 2 Abs. 4

Der neue Absatz 4 enthält die Definition des Krankentransportes des bisherigen Absatzes 3. Mit der Konkretisierung wird in Übereinstimmung mit § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Personenbeförderungsgesetzes klargestellt, dass es sich bei dem Transport von Patienten, die während der Fahrt der medizinisch fachlichen Betreuung (durch nichtärztliches Fachpersonal) oder der besonderen Einrichtungen des Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist, immer um einen Krankentransport handelt. Die in Satz 2 enthaltene Formulierung, dass Krankentransport vorwiegend mit Krankentransportwagen ausgeführt wird, trägt der Tatsache Rechnung, dass im öffentlichen Rettungsdienst auch andere Einsatzmittel für den Krankentransport eingesetzt werden können.

Zu § 2 Abs. 5

Die neue Regelung steht in engem Zusammenhang mit § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). Dieser sieht vor, dass die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Nach § 60 Abs. 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Weitere Regelungen finden sich in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankenhaustransportleistungen und Rettungsfahrten vom 22. Januar 2004 (sogenannte Krankentransportrichtlinie) gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 12 SGB V und im Vertrag der Leistungserbringer und der Kostenträger gemäß § 133 SGB V. Der neue Absatz 5 stellt nun in Übereinstimmung mit der Krankentransportrichtlinie klar, dass in der Regel die nächst erreichbare Behandlungseinrichtung anzusteuern ist. Eine Divergenz zwischen den Regelungen zum Transportziel im Rettungsdienstgesetz und den Transportzielregelungen im Zusammenhang mit den Leistungen der Kostenträger würde unweigerlich zu Problemen in der Vorhalteplanung führen und ist zu vermeiden. Planung ist nur möglich, wenn sie auf dem Notwendigen beruht. Notwendig ist das, was auch auf der Basis der gesetzlichen Regelungen zu finanzieren ist.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu § 4 Abs. 2

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung als zuständige Behörde entstehenden Kosten

jeweils von den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb eines Rettungsdienstbereiches gemeinsam getragen werden. Dies ist sachgerecht, da alle dem jeweiligen Rettungsdienstbereich angehörigen Landkreise und kreisfreien Städte von der Arbeit der zuständigen Behörde partizipieren. Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen unter anderem die personellen Mehraufwände (mit Ausnahme der durch die Kostenträger zu erstattenden Aufwände für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst) sowie die Kosten für die notwendigen rettungsdienstspezifischen kommunalen Versicherungen (Amtshaftpflicht).

Mit den neuen Sätzen 4, 5 und 6 wird eine generelle Regelung zu den Aufgaben der zuständigen Behörde getroffen. Sie regeln die Kernaufgaben. Das sind die Festlegung der Versorgungsstruktur und deren regelmäßige Überprüfung. Mit dem Begriff Versorgungsstruktur sind im Wesentlichen die Einrichtungen des Rettungsdienstes, ihre Standorte, die Anzahl und Art der Fahrzeuge (Anlage 1 zu den Übertragungsverträgen nach § 5 Abs. 2), die Ausstattung der Fahrzeuge (Anlage 2 zu den Übertragungsverträgen nach § 5 Abs. 2) und die von der zuständigen Behörde festzulegenden Betriebszeiten umschrieben. Die Festlegung aller Standorte muss parzellenscharf, d. h. mit Angabe von Ort, Straße und Hausnummer erfolgen. Satz 6 nimmt Bezug auf wesentliche Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Leistungspflichten der Krankenkassen. So sieht § 12 SGB V vor, dass die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Im Gegenschluss bedeutet dies, dass notwendige Leistungen erbracht werden müssen. Auch die Definition des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in § 71 Abs. 1 SGB V zeigt dies deutlich, denn die Beitragssatzstabilität wird für Vereinbarungen über Vergütungen zurückgestellt, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist. Strukturentscheidungen im Rettungsdienst müssen deshalb auf belastbare Grundlagen gestützt werden, die die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgungsstruktur belegen. Die regelmäßige Überprüfung der Versorgungsstruktur ist eine Daueraufgabe im Hinblick auf die sich stetig ändernden Verhältnisse des Rettungsdienstgeschehens und die Interessen der Patienten. Diese Aspekte erfordern auch, dass gefasste Entscheidungen zügig umzusetzen sind. Bei diesen Entscheidungen sollten die entsprechenden Leistungserbringer frühzeitig beteiligt werden. Dadurch kann deren fachliche Kompetenz genutzt und in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Aufgrund der Einvernehmensregelungen wie § 5 (Übertragungsverträge), § 8 Abs. 2 (Vorhaltezeiten und Anzahl der erforderlichen Rettungsmittel), § 10 Abs. 1 (Bestellung der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst), § 11 Abs. 1 Satz 2 (Personalkosten des Leitstellenpersonals) und § 23 (Notärzte) sollten außerdem die Verbände der Kostenträger frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Die neue Fassung des Satzes 7 zielt auf die Entscheidungen der zuständigen Behörde ab, die Auswirkungen auf andere Gebietskörperschaften haben. Bei der Übertragung der Durchführung des Rettungsdienstes an eine Sanitätsorganisation gemäß § 5 Abs. 1 ist nach wie vor das Einvernehmen mit dem berührten Landkreis oder der kreisfreien Stadt erforderlich. Durch die Einbindung der Landkreise und kreisfreien Städte als Aufgabenträger im Katastrophenschutz wird gewährleistet, dass unter anderem auch der Umfang des jeweiligen ehrenamtlichen Engagements der Sanitätsorganisationen im jeweiligen kommunalen Katastrophenschutz Berücksichtigung findet. Entscheidungen gemäß § 11 Abs. 2 und 3 (Kostenpflicht der Gebietskörperschaften bei der baulichen Errichtung und Unterhaltung beziehungsweise bei der Miete von Rettungswachen der Sanitätsorganisationen) sind ebenfalls im Einvernehmen mit den betroffenen Gebietskörperschaften zu treffen. Gemäß § 7 Abs. 6 werden die Leitstellen von der jeweils zuständigen Behörde eingerichtet, besetzt und unterhalten. Demnach trifft sie die Entscheidungen bezüglich des Baus, der Ausstattung und der Unterhaltung der Leitstellen. Außerdem entscheidet sie über die notwendige personelle Besetzung der Leitstellen. Folglich legt sie auch die Zahl der Planstellen für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz fest. Ebenso kann sie Entscheidungen treffen, die sich gemäß § 11 Abs. 2, etwa aufgrund der baulichen Herstellung einer Leitstelle, kostenwirksam auf die berührten Landkreise und kreisfreien Städte auswirken. Die Regelung in § 4 Abs. 2 Satz 7 legt fest, dass die Landkreise und kreisfreien Städte bei diesen letztgenannten Entscheidungen zwingend zu beteiligen sind und ihr Einvernehmen erforderlich ist. Das generelle Einvernehmen zu Entscheidungen nach § 7 Abs. 6 fällt weg, da durch die Neuausrichtung der Kostenteilung in § 11 Abs. 1 Satz 2 die Landkreise und kreisfreien Städte nicht mehr an den Personalkosten für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal beteiligt sind.

Zu Buchstabe b

Zu § 4 Abs. 3

Absatz 3 hebt die besondere Bedeutung der bereichsübergreifenden Tätigkeit im Rettungsdienst hervor. Die zuständigen Behörden können nicht mehr nur auf ihr Versorgungsgebiet schauen, sondern müssen künftig, insbesondere entlang der Bereichsgrenzen, mit benachbarten zuständigen Behörden zusammenarbeiten. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet dazu, auch außerhalb des eigenen räumlichen Aufgabenbereichs existierende oder zu stationierende Einsatzmittel des Rettungsdienstes bei der Versorgungsplanung in Betracht zu ziehen. Die Vorschrift stellt insoweit klar, dass zur Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung auch auf Einrichtungen benachbarter Aufgabenträger zurückgegriffen werden kann. Bei der Versorgungsplanung haben sich diese im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten miteinander abzustimmen, um unwirtschaftliche Doppelvorhaltungen zu vermeiden. Die überregionale Zusammenarbeit betrifft nicht nur die Vorhalteplanung, sondern auch die sogenannte bereichsübergreifende Versorgungsplanung. Im Rahmen der bereichsübergreifenden Versorgungsplanung sind überregionale Planungen in den Bereichen der Strukturen, Prozesse und Qualitätssicherung im Rettungsdienst vorzunehmen. Zur bereichsübergreifenden Versorgungsplanung gehören unter anderem die Festlegung der einheitlichen Ausstattung der Rettungsmittel (§ 5 Abs. 2), das einheitliche Vorgehen im Bereich des Sekundärtransportes, die Festlegung möglichst einheitlicher Standardarbeitsanwei-

sungen und die Definition einheitlicher Dispositionskriterien im Bereich Rettungsdienst. Hierzu sind entsprechende öffentlich-rechtliche Verträge zu schließen. Die Kostentragungspflicht ergibt sich aus § 11 Abs. 3.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Im Rahmen der Fortschreibung des Landesrettungsdienstplanes wurden Regelungen zu den Aufgaben der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, Regelungen zur Aus- und Fortbildung sowie zur Qualitätssicherung getroffen. Diese abgestimmten Ergänzungen des Landesrettungsdienstplanes werden in den Nummern 6 bis 8 aufgeführt. Die neue Nummer 9 stellt klar, dass die Aufgaben der Integrierten Leitstellen im Rettungsdienst landesweit identisch festgelegt werden. Dabei stellen die Vorgaben des Landesrettungsdienstplanes den Rahmen dar, der durch den jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst gemäß § 10 Abs. 1 Satz 5 Nr. 3 zu konkretisieren ist. Die Änderungen der Nummern 3 und 4 sind redaktioneller Art.

Zu Buchstabe e

Die Vorschrift des Absatzes 8 entspricht im Wortlaut unverändert dem bisherigen § 5 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1. Die systematische Stellung in § 4 bringt zum Ausdruck, dass der Bedarf im Rahmen der Planung zu berechnen ist. Diese Bedarfsplanung im Landesrettungsdienstplan wird grundsätzlich auch im Rahmen der Übertragung auf Hilfsorganisationen relevant.

Zu Nummer 4

§ 5 stellt die zentrale Vorschrift für die Vergabe von Rettungsdienstleistungen dar und ist damit eine wesentliche Neuregelung des Gesetzentwurfs. Nach den klaren gesetzlichen Vorgaben sollen aus den bereits zu § 2 ausgeführten Gründen bevorzugt die Sanitätsorganisationen betraut werden. Das Gesetz verwendet auch hier den in § 2 Abs. 1 Satz 3 näher definierten Begriff der Sanitätsorganisation. Mit dieser Regelung macht der Landesgesetzgeber zugleich von der in § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB eröffneten Möglichkeit des Ausschlusses der Anwendung des Vergaberechts Gebrauch.

Zu § 5 Abs. 1

Absatz 1 setzt die unions-, aber auch verfassungsrechtlichen Anforderungen an einen ausdrücklichen Betrauungsakt um, der seine Grundlage im Gesetz findet. Ihre Rechtfertigung findet die Bevorzugungsregelung in der besonderen Rechtsstellung der Hilfsorganisationen. Diese Regelung liefert auch unionsrechtlich die entscheidende Rechtfertigung für die damit potenziell verbundenen Beschränkungen der Dienst- oder Niederlassungsfreiheit. Mit besonderer Deutlichkeit hatte der Generalanwalt im Fall Spezzino unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die anstehende Vergaberechtsreform ausgeführt, dass es bei der Bereichsausnahme um die Förderung des Ehrenamtes und damit die Rechtsstellung der Hilfsorganisationen gehe. Er hat explizit auf die völkerrechtlichen Grundlagen dieser besonderen Rechtsstellung Bezug genommen (Schlussantrag von GA Wahl vom 30. April 2014 in der Rechtssache C-113/13 – A.N.P.A.S. Associazione Nazionale Pubblica Assistenza – Comitato Regionale Liguria, Regione Liguria gegen San Lorenzo Società Cooperativa Sociale, Croce Verde Cogema Cooperativa Sociale Onlus Rn. 1 f.). Mit dem Begriff der Durchführung des Rettungsdienstes ist neben der Betreuung und Versorgung von Notfallpatienten in einem Rettungswagen (RTW) auch der qualifizierte Krankentransport erfasst. Auch diese sind Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr im Sinne von Artikel 10 Buchstabe h) der Richtlinie 2014/24/EU.

Satz 2 enthält eine Besitzstandswahrung. Hiernach behält die Übertragung der Durchführung des Rettungsdienstes an im Rettungsdienst tätige Einrichtungen, die vor dem 16. April 2014 erfolgt ist, auch weiterhin ihren Bestand. Dieses Datum orientiert sich am Inkrafttreten der Richtlinie 2014/23/EU. Allerdings sind Erweiterungen über den Rettungswachenbereich hinaus auf dieser Basis ausgeschlossen. Möglich sind aber durchaus durch die zuständige Behörde für den Rettungsdienst veranlasste Standortverlagerungen oder Vorhalteänderungen innerhalb des Versorgungsgebietes der Rettungswache. Die Besitzstandswahrung setzt auch voraus, dass eine über den Rettungsdienst hinausgehende Beteiligung am Katastrophenschutz gegeben ist. Für den Bau und die Sanierung von Rettungswachen gilt § 11 Abs. 3. Die Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 2 betrifft in Rheinland-Pfalz nur wenige Fälle. Dies sind die Berufsfeuerwehr Trier, die Bundeswehr in Koblenz und die Rettungsdienst Corneli GmbH. Somit stellt die Regelung keinen Eingriff in das Verbundsystem von Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz dar.

Zu § 5 Abs. 2

Absatz 2 enthält die bisherige Regelung, wonach die Beauftragung der Sanitätsorganisationen durch öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgt. Für den Fall, dass im Bereich einer Rettungswache mehrere Sanitätsorganisationen tätig sind, kann die Übertragung wie bisher in einem einheitlichen öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgen. Neu aufgenommen wurden allerdings die Kriterien, an denen sich die Verteilung zwischen den Hilfsorganisationen orientiert. Diese erfolgt nicht in einem vergaberechtsähnlichen Verfahren. Insoweit lässt sich an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Fall Spezzino anknüpfen, der ausdrücklich von einer „Direktvergabe ohne jegliche Bekanntmachung“ spricht. Es ist daher kein Auswahlverfahren unter Einbeziehung gewerblicher Anbieter vorzusehen. Das Unionsrecht überlässt es auch den Mitgliedstaaten, die Frage des „Konkurrenzverhältnisses“ zwischen den Hilfsorganisationen zu regeln und der zuständigen Behörde Kriterien für die Aufteilung der Kapazitäten an die Hand zu geben. Die gesetzliche Regelung knüpft hierbei an den Zweck der Bereichsausnahme an. Es wird neben den vorhandenen Strukturen der jeweiligen Sanitätsorganisation insbesondere auch der Umfang des jeweiligen ehrenamtlichen Engagements im relevanten Bereich herangezogen. Gerade eine solche Koppelung schafft bei den Hilfsorganisationen einen zusätzlichen Anreiz, die ehrenamtlichen Strukturen zu erhalten und zu pflegen und kann so dazu beitragen, die bewährten Strukturen der Verzahnung von hauptamtlichen Kräften im Rettungsdienst und dem Ehrenamt zu erhalten. Außerdem kann auch die Ausbildungsleistung der jeweiligen Landesverbände im Rettungsdienst Berücksichtigung finden. Die Übertragungsverträge sind alle zehn Jahre auf das Vorliegen der Voraussetzungen der Bereichsausnahme im konkreten Fall zu überprüfen. Sollte eine Sanitätsorganisation die Voraussetzungen der Anwendung der Bereichsausnahme bei einem Übertragungsvertrag nicht mehr erfüllen, ist der Vertrag zu kündigen und es findet eine neue Übertragung nach § 5 an einen anderen Leistungserbringer statt.

Zu § 5 Abs. 3

Absatz 3 regelt den Fall der Beauftragung Dritter. Soweit die Sanitätsorganisationen zur Erfüllung dieser Aufgabe nicht bereit oder in der Lage sind, können Dritte mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt werden. Absatz 3 sieht für diesen Fall eine Konzession vor. Die Vergabe einer Konzession bedarf eines transparenten und diskriminierungsfreien Verfahrens. Während für Konzessionen ab Erreichen des EU-Schwellenwertes von 5,548 Mio. Euro (§ 106 Abs. 2 Nr. 4 GWB) der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen Anwendung findet, existieren für unterschwellige Konzessionen keine ausdrücklichen Vergabebestimmungen. Gleichwohl müssten bei binnenmarktrelevanten Konzessionen die europäischen Vergabegrundsätze eingehalten werden. So könnte sich auch unterhalb des EU-Schwellenwertes an den Grundsätzen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und der Konzessionsvergabeverordnung vom 12. April 2016 (BGBl. I S. 624, 683), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Juli 2018 (BGBl. I S.1117), orientiert werden. Auf die Konzessionen finden im Übrigen die §§ 14 ff. Anwendung.

Da die Beauftragung Dritter nur möglich ist, wenn die Sanitätsorganisationen zur Durchführung des Rettungsdienstes nicht bereit oder in der Lage sind, ist mit dieser Konzeption ein weitgehender Ausschluss gewerblicher Unternehmen aus dem Rettungsdienst verbunden. Allerdings sind diese Eingriffe in die europäische Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit (Artikel 49, 56 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union) und die Berufsfreiheit des Grundgesetzes (Artikel 12) gerechtfertigt. Das Oberlandesgericht Düsseldorf (OLG Düsseldorf, Beschluss vom 12. Juni 2017 – VII Verg 34/16) hat vor dem Hintergrund des Rettungsdienstgesetzes Nordrhein-Westfalen dem EuGH die Frage der Auslegung der einzelnen Tatbestandsvoraussetzungen der Richtlinie vorgelegt. Der EuGH hat in dem hierauf ergangenen Urteil (EuGH, Urteil vom 21. März 2019 – Rs. C-465/17; Falck Rettungsdienste GmbH, Falck A/S gegen die Stadt Solingen) festgestellt, dass Artikel 10 Buchst. h der Richtlinie 2014/24 dahin auszulegen ist, dass die darin vorgesehene Ausnahme vom Geltungsbereich der Regelungen über die öffentliche Auftragsvergabe sowohl für die Betreuung und Versorgung von Notfallpatienten in einem Rettungswagen durch einen Rettungsassistenten/Rettungssanitäter, die unter den CPV-Code 75252000-7 (Rettungsdienste) fällt, als auch für den qualifizierten Krankentransport gilt, der unter den CPV-Code 85143000-3 (Einsatz von Krankenwagen) fällt, sofern er tatsächlich von ordnungsgemäß in erster Hilfe geschultem Personal durchgeführt wird und einen Patienten betrifft, bei dem das Risiko besteht, dass sich sein Gesundheitszustand während des Transports verschlechtert.

Dabei lässt er eindeutig erkennen, dass er die Anwendbarkeit der „Bereichsausnahme Gefahrenabwehr“ auf den im Ausgangspunkt vergleichbaren Rettungsdienst nach dem Landesrecht Nordrhein-Westfalen bejaht. Dies gilt erst recht für das Landesrecht Rheinland-Pfalz. Insoweit kann an die vorliegenden höchstrichterlichen Entscheidungen angeknüpft werden. Bereits mit seiner Entscheidung im Fall Glöckner hatte der EuGH die Vereinbarkeit des rheinland-pfälzischen Rettungsdienstes mit den damaligen europarechtlichen Vorgaben festgestellt (EuGH, Urteil vom 25. Oktober 2001 – Rs. C-475/99 Firma Ambulanz Glöckner/Landkreis Südwestpfalz). In neueren Entscheidungen zum italienischen Recht hat er zum bisherigen Recht, aber ausdrücklich mit Blick auf die Neuregelungen in den Vergaberichtlinien daran angeknüpft und die Vereinbarkeit einer bevorzugten Berücksichtigung der anerkannten Sanitätsorganisationen, die in der Entscheidung vor dem Hintergrund des italienischen Sprachgebrauchs als Freiwilligenorganisationen bezeichnet werden, mit dem europäischen Primärrecht bestätigt. Nach seinem jüngsten Urteil „beruht der Rückgriff auf diese Vereinigungen zur Organisation des Krankentransportdienstes aber möglicherweise auf den Grundsätzen der Universalität, der Solidarität, der Erschwinglichkeit und der Geeignetheit, soweit dadurch ermöglicht wird, dass diese Leistungen von Allgemeininteresse unter den Bedingungen eines wirtschaftlich ausgeglichenen Haushalts von Einrichtungen erbracht werden, die hauptsächlich zu dem Zweck gegründet wurden, dem Allgemeininteresse zu dienen“, (vgl. EuGH, Urteil vom 28. Januar 2016, Rs. C 50/14, Rn. 57 f. – Consorzio Artigiano Servizio Taxi e Autonoleggio [CASTA]). Auch die Vereinbarkeit mit der Berufsfreiheit des Artikels 12 des Grundgesetzes ist geklärt. Der Schutz von Gesundheit und Leben stellt einen legitimen Zweck dar, dessen Verfolgung auch objektive Berufswahlbeschränkungen zu rechtfertigen vermag (vgl. dazu insbesondere BVerfG NVwZ 2010, 1212, 1215 f.; aus der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts BVerwGE 97, 79 = NJW 1995, 3067 zum Berliner RDG; Beschluss vom 27. August 2014 – 3 B 1.14). Allerdings werden an die Beauftragung der Hilfsorganisationen konkrete Anforderungen an die rechtlichen Regelungen gestellt, die auch in tatsächlicher Hinsicht eine kohärente Umsetzung der gesetzgeberischen Ziele gewährleisten. Der EuGH verlangt, dass „der rechtliche und vertragliche Rahmen, in dem diese Organisationen tätig sind, tatsächlich zu dem sozialen Zweck und zu den Zielen der Solidarität und der Haushaltseffizienz beiträgt“, auf denen die gesetzlichen Regelungen beruhen, (vgl. EuGH, Urteil vom 28. Januar 2016, Rs. C 50/14 LS 1- Consorzio Artigiano Servizio Taxi e Autonoleggio [CASTA]). Die konkreten Anforderungen betreffen die Frage des ehrenamtlichen Engagements und der Vergütung. Der Gesetzesentwurf setzt diese Vorgaben in einer dem europäischen Kohärenzgebot und dem Verhältnismäßigkeitsprinzip genügenden Weise um.

Da sich die besondere Rolle der Hilfsorganisationen in tatsächlicher Hinsicht gerade aus der besonderen Rolle des Ehrenamtes ergibt, muss sichergestellt werden, dass auch tatsächlich ehrenamtliche Kräfte im Rettungsdienst tätig werden. Gerade im ländlichen Raum kann es bereits bei einem Verkehrsunfall dazu kommen, dass auch Fahrzeuge des Katastrophenschutzes ergänzend zum Einsatz kommen. Auch in den Städten ist eine Kooperation nicht unüblich. Ermöglicht wird dies insbesondere dadurch, dass die Fahrzeuge und auch die Besatzungen sowohl des Rettungsdienstes als auch des Katastrophenschutzes von Sanitätsorganisationen stammen und diese die Standards für den Katastrophenschutz an das kontinuierlich steigende Ausbildungs- und Ausstattungsniveau des Rettungsdienstes angepasst und landesweit vereinheitlicht haben. Der Umgang miteinander an der Einsatzstelle ist unkompliziert und wird auch in großen und kleinen Übungen geprobt. Beim Sonderalarm Rettungsdienst werden bei einer Großschadenslage landesweit die sofort verfügbaren Einheiten des Rettungsdienstes zum Schadensort geschickt. Die regional dadurch entstehenden Lücken werden durch die alarmierten Einheiten des Katastrophenschutzes

aufgefüllt. Ermöglicht wird dies vor allem wegen der vorhandenen ehrenamtlichen Kräfte, die auch im Rettungsdienst mit dem hauptamtlichen Personal ihrer jeweiligen Organisation eng zusammen arbeiten. Dass sich der Rettungsdienst gleichwohl insgesamt maßgeblich auf hauptamtliche Kräfte stützt, steht dem nicht entgegen. Auch nach Auffassung des EuGH darf die Tätigkeit „in dem Maß von Erwerbstätigen ausgeübt werden, wie es für ihren geregelten Betrieb erforderlich ist“ (EuGH, Urteil vom 28. Januar 2016, Rs. C 50/14, Rn. 65). Maßgeblich sind insoweit die nationalen Vorschriften. Für den Rettungsdienst in Deutschland ergeben sich die Anforderungen aus einem Zusammenspiel der Landesrettungsdienstgesetze mit dem Notfallsanitätergesetz. Der EuGH respektiert insoweit die Gestaltungsspielräume des mitgliedstaatlichen Rechts, verlangt aber die Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Vorschriften (auch dazu EuGH, Urteil vom 11. Dezember 2014, Rs. C 113/13, Rn. 61), wie sie in Rheinland-Pfalz auch durch die Aufsicht der zuständigen Behörden sichergestellt ist. Vor allem aber orientiert sich auch die Verteilung auf die einzelnen Hilfsorganisationen auf der Ebene der Rettungswachen ausdrücklich am ehrenamtlichen Engagement und setzt so einen zusätzlichen und wirksamen Anreiz für die Hilfsorganisationen, das Ehrenamt über den Rettungsdienst hinaus insgesamt zu fördern. Gerade die Erfahrungen ehrenamtlicher Kräfte im Alltag fördern die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement auch für den Zivil- und Katastrophenschutz. Eine aktuelle Statistik des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe bestätigt, dass bezogen auf die Einwohnerzahl Rheinland-Pfalz schon jetzt innerhalb der Flächenländer über den größten Anteil an ehrenamtlichen Rettungssanitätern verfügt.

Der EuGH knüpft die Anwendbarkeit der Bereichsausnahme (EuGH, Urteil vom 21. März 2019, RS. C 465/17, Rn. 53) an die weitere Voraussetzung, dass die Übertragung an gemeinnützige Organisationen erfolge. Dabei beanstandete der EuGH, dass es nach deutschem Recht nicht notwendigerweise darauf ankomme, ob die Hilfsorganisation eine Gewinnerzielungsabsicht verfolgt. Die Hilfsorganisationen seien bereits kraft Gesetzes anerkannt. Der deutsche Gesetzgeber definiere zu den gemeinnützigen Organisationen und Vereinigungen „insbesondere als Hilfsorganisationen, die nach Bundes- oder Landesrecht als Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen anerkannt sind“. Die Gewinnerzielungsabsicht werde nicht geprüft.

Entscheidend für die Unionsrechtskonformität sind demnach außerdem die Vergütungsregelungen. Diese müssen sicherstellen, dass mit der Leistungserbringung keine Gewinnerzielung verbunden ist (vgl. auch EuGH, Urteil vom 11. Dezember 2014, Rs. C 113/13, Rn. 61: „In dieser Hinsicht dürfen die Freiwilligenorganisationen, wenn sie in diesem Rahmen tätig werden, keine anderen Ziele als die in der vorstehenden Randnummer dieses Urteils genannten verfolgen, mit ihren Leistungen keinen Gewinn erzielen – unbeschadet der Erstattung der variablen, festen und ständigen Kosten, die zur Erbringung dieser Leistungen erforderlich sind – und ihren Mitgliedern keine Gewinne einbringen“). Unter Heranziehung der allgemeinen Rechtsfigur des „Rechtsmissbrauchs“ hat der EuGH im Fall CASTA diese Anforderungen konkretisiert, zugleich aber den Gestaltungsspielraum mitgliedstaatlicher Regelungen betont (EuGH, Urteil vom 28. Januar 2016, Rs. C 50/14, LS 3 und Rn 73 ff.). Auch hier betont er aber den Gestaltungsspielraum mitgliedstaatlicher Regelungen. Diese Vorgaben boten keinen Anlass, die bisherigen Regelungen zu überprüfen. Gemäß § 12 Abs. 1 RettDG erheben die Sanitätsorganisationen und sonstigen Einrichtungen für ihre Leistungen auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung Benutzungsentgelte. Diese sind so zu bemessen, dass sie auf der Grundlage einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung und einer leistungsfähigen Organisation die nach § 11 Abs. 2 und 3 RettDG verbleibenden Kosten für die Durchführung des Rettungsdienstes decken (Betriebskosten). Das Kostendeckungsprinzip stellt daher bereits im jetzigen Recht sicher, dass nur die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähigen Kosten erstattet und unternehmerische Gewinne in der Regel nicht erzielt werden. Auch die Finanzierung des Rettungsdienstes durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen gewährleistet die erforderliche Kostenkontrolle. Nach Maßgabe von § 60 SGB V in Verbindung mit § 133 SGB V übernehmen die Gesetzlichen Krankenversicherungen Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes nur, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Leistungen unterliegen aber generell dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Die Benutzungsentgelte werden auf Landesebene zwischen den Verbänden der Kostenträger einerseits sowie den zuständigen Behörden, in den Fällen des § 5 den Landesverbänden der Sanitätsorganisationen verhandelt. Dieses System wird auch aufgrund des geringen Verwaltungsaufwandes durch die Kostenträger sehr begrüßt. Durch das Kostendeckungsprinzip und den von den Landesverbänden der Sanitätsorganisationen durchgeführten internen landesweiten Kostenausgleich ist es möglich, landesweit einheitliche Tarife festzulegen, die sich im bundesweiten Vergleich als besonders kosteneffizient darstellen.

Vor der Beauftragung Dritter ist ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren mit Beteiligung der Kostenträger des Rettungsdienstes durchzuführen, bei dem die Letztentscheidung bei der zuständigen Behörde liegt. Hierdurch werden die Kostenträger in gebotenem Umfang an dem Auswahlverfahren beteiligt. Da die zuständige Behörde die Verantwortung für den Rettungsdienst in ihrem Zuständigkeitsbereich trägt, muss sie auch Herr des Verfahrens sein. Daher trifft sie bei allen Verfahrensschritten auch im Falle eines Dissenses mit den Kostenträgern die Entscheidungen.

Zu Nummer 5

Für die Organisierte Erste Hilfe werden Rahmenbedingungen vorgegeben. Dadurch soll die Organisierte Erste Hilfe, die regional unterschiedlich von Interessierten freiwillig erbracht wird, planbar und fachlich nachvollziehbar gemacht werden. Die Aufgabenträger der Allgemeinen Hilfe nach dem Brand- und Katastrophenschutzgesetz (LBKG) können Vereinbarungen mit Interessierten, die Organisierte Erste Hilfe erbringen wollen, abschließen. Dadurch wird die Organisierte Erste Hilfe jedoch nicht Teil des Rettungsdienstes und unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Träger des Rettungsdienstes. Die Alarmierung erfolgt durch die Leitstelle auf der Grundlage der Vereinbarungen.

Zu Nummer 6

Zukünftig werden alle zuständigen Behörden nach § 4 Abs. 2 im Landesbeirat vertreten sein. Dies spiegelt die große Bedeutung der zuständigen Behörden wider. Diese haben im rheinland-pfälzischen Rettungsdienst eine zentrale Rolle inne.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Zu den Kernaufgaben der Leitstellen gehört die Entgegennahme der europaeinheitlichen Notrufnummer 112 sowie sonstiger nicht polizeilicher Notrufe. Eine Zuordnung der europäischen Notrufnummer 112 zu bestimmten Aufgabenbereichen findet nicht statt. Außerdem war zu berücksichtigen, dass der Begriff „Feuerwehrruf“ seit der Einführung des Euronotrufs im Jahr 1991 nicht mehr existiert. Daher wird er im Rettungs-dienstgesetz gestrichen.

Die neue Nummer 4 beinhaltet Änderungen, die durch die Einführung des Digitalfunks der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben erforderlich sind. Der Digitalfunk wird von der Bundesanstalt für den Digitalfunk der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BDBOS) in enger Kooperation mit den Ländern gesteuert. Im Digitalfunk erfolgt der Funkverkehr in Sprechgruppen. Diese werden von der Autorisierten Stelle für den Digitalfunk in Rheinland-Pfalz festgelegt. Die Gesamtzahl der rund 1 600 Sprechgruppen im Bereich der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr kann aus technischen und organisatorischen Gründen nicht von den Leitstellen aufgezeichnet und überwacht werden. Die Überwachung und Aufzeichnung erfolgt zukünftig nur für diejenigen Sprechgruppen, in denen Einheiten und Einrichtungen von den Leitstellen unmittelbar geführt werden beziehungsweise in denen durch die Leitstellen Führungsunterstützung erfolgt. Dies betrifft in der Regel die in den Leitstellen dauerhaft aktiv geschalteten und akustisch zu überwachenden Funkgruppen. Im Bereich des Brand- und Katastrophenschutzes sowie in der Allgemeinen Hilfe gilt dies bis zur Übernahme durch andere Führungseinrichtungen, wie z. B. die Feuerwehreinsatzzentralen (FEZ).

Zu Buchstabe b

Die Leitstellen werden von den zuständigen Behörden eingerichtet, besetzt und unterhalten. Außerdem sind sie für den Betrieb verantwortlich. Vor diesem Hintergrund ist das Gesetz auch in Bezug auf die Aufgabenerweiterung um weitere soziale Dienstleistungen der Leitstellen im Fachbereich Rettungsdienst entsprechend anzupassen. Dies betrifft nicht die grundsätzliche taktische Entscheidung. Die Frage, ob die Aufgaben der Leitstellen um die Lenkung weiterer sozialer Dienste erweitert werden, ist im Rahmen der bereichsübergreifenden Versorgungsplanung durch die zuständigen Behörden zu beraten. Diese Entscheidung wird nach erfolgter Beratung von dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium getroffen. Satz 3 beinhaltet eine Eskalationsregelung, nach der das für das Rettungswesen zuständige Ministerium im konkreten Einzelfall entscheidet, wenn keine Einigung zustande kommt.

Zu Buchstabe c

Zu § 7 Abs. 6 Satz 1 und 2

Der neue Satz 1 stellt klar, dass die zuständige Behörde für den Betrieb der Leitstelle verantwortlich ist. Damit wird die bereits bestehende Rechtslage nicht verändert. Allerdings kam es in der Vergangenheit aufgrund einer fehlenden Konkretisierung im Gesetzestext wiederholt zu unterschiedlichen Auslegungen. Durch den neuen Satz 1 wird der zuständigen Behörde nicht die Möglichkeit genommen, den Betrieb der Leitstelle an die Träger der Leitstelle zu delegieren. Dabei kommt die Übertragung auch an einen einzelnen Träger der Leitstelle in Frage. Die zentrale Rolle der zuständigen Behörde bleibt unverändert. Die Aufgaben der zuständigen Behörde nach Absatz 6 Satz 3 werden hierdurch nicht berührt. Mit der Einführung des neuen Satzes 2 wird klargestellt, dass der Leiter der Leitstelle durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit den Trägern festgelegt wird. Sollte hierbei keine Einigung zustande kommen, greift der Verweis auf Absatz 4 Satz 3 und das für das Rettungswesen zuständige Ministerium entscheidet abschließend über die Leitstellenleitung.

Zu § 7 Abs. 6 Satz 3 Nr. 1 und 2

Satz 3 Nr. 1 regelt die Trägerschaft der Leitstellen. Es wird klargestellt, dass in Rettungsdienstbereichen mit mehreren Berufsfeuerwehren jeweils die Gebietskörperschaft mit der größten Berufsfeuerwehr gemeinsam mit der größten im Rettungsdienstbereich beauftragten Sanitätsorganisation die Trägerschaft der Leitstelle innehat. Außerdem wird der generelle Charakter der Regelung hervorgehoben. Im Rahmen der Diskussion um die „Leitstellenstruktur 2025“ in Rheinland-Pfalz wurde auch die optimale bauliche Ausführung von künftigen Leitstellen erörtert. Dabei hat sich der eigenständige Kubus als zukunftsfähigste Variante dargestellt. Dies findet sich in der gesetzlichen Vorgabe, dass die Leitstelle „als eigenständiges Gebäude“ auszuführen ist, wieder. Zur Konkretisierung der Standortfrage von Leitstellen in Rettungsdienstbereichen mit einer Berufsfeuerwehr wird klargestellt, dass die Leitstelle möglichst auf dem Gelände der Berufsfeuerwehr als eigenes Gebäude ausgeführt werden sollte. Dabei sind neben Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit auch mögliche zukünftige Erweiterungen des Aufgabenspektrums der Leitstellen in verschiedener Hinsicht bei der Planung zu berücksichtigen. Die zuständigen Behörden gemäß § 4 Abs. 2 sind weiterhin für die Einrichtung, die Besetzung und die Unterhaltung der Leitstellen zuständig. Die Änderungen in Nummer 2 stellen klar, dass für die Leitstellen in den übrigen Rettungsdienstbereichen auch das Erfordernis des eigenständigen Gebäudes besteht. Außerdem wurde nochmals klargestellt, wer das für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal in diesen Leitstellen stellt.

Zu § 7 Abs. 6 Satz 4

Aufgrund der Änderung des § 5 Abs. 3 war hier eine entsprechende redaktionelle Überarbeitung erforderlich. Wie bisher stellen die Sanitätsorganisationen das für den Rettungsdienst erforderliche Personal entsprechend ihrer Beteiligung am Rettungsdienst in dem jeweiligen Rettungsdienstbereich.

Zu § 7 Abs. 6 Satz 5

Die zunehmenden Anforderungen an die rettungsdienstlichen Disponenten in den Leitstellen macht eine gesetzliche Qualifikationsregelung erforderlich. Neben der reinen Dispositionstätigkeit kommen neue Aufgaben wie z. B. die Telefonreanimation oder andere weitergehende telefonische Notfallbegleit- und Unterstützungsmaßnahmen auf die Disponenten zu. Mit der Einführung des neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters ist diese höchste Qualifikationsstufe des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst als Mindestvoraussetzung vorzusehen. Entsprechend der Übergangsfrist des Artikels 3 können hier bis zum 31. Dezember 2023 weiterhin Rettungsassistenten eingesetzt werden.

Zu dem für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderlichen Personal nach § 7 Abs. 6 Satz 3 Nr. 1 gehört auch das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Führungspersonal und das entsprechende Personal für die lokale technische Administration. Die hohe rettungsdienstliche Anforderung des Absatzes 6 Satz 5 erstreckt sich nicht auf das technische Personal, das ausschließlich in der Systemadministration, in der Datenpflege oder in der Netzwerktechnik, eingesetzt wird. Dieses Personal sollte über ein rettungsdienstliches und notfallmedizinisches Grundwissen verfügen.

Zu § 7 Abs. 6 Satz 6

Vor dem Hintergrund der bereits im Referentenentwurf des Rettungsdienstgesetzes enthaltenen Definition der Qualifikationsanforderungen für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal (Satz 5) haben die kommunalen Spitzenverbände eine entsprechende Regelung für das für die Leitstellenaufgaben im Brand- und Katastrophenschutz sowie in der Allgemeinen Hilfe eingesetzte Personal gefordert. Dieser Forderung wurde nach Prüfung möglicher Kostenfolgen entsprochen. Die Prüfung hatte ergeben, dass die reine Qualifikationsanforderung keine erheblichen Kostensteigerungen erwarten lässt. Eine Vorgabe zur Form der betroffenen Dienstverhältnisse wird nicht gemacht. Dementsprechend regelt der neue Satz 6, dass die eingesetzten Personen über die Qualifikation zum zweiten Einstiegsamt im feuerwehrtechnischen Dienst der Fachrichtung Polizei und Feuerwehr sowie über die Qualifikation Gruppenführer verfügen müssen. Diese Anforderung erstreckt sich nicht auf das technische Personal, das ausschließlich in der Systemadministration, in der Datenpflege oder in der Netzwerktechnik eingesetzt wird.

Zu § 7 Abs. 6 Satz 7

Der neue Satz 7 stellt klar, dass zur Personalgestellung das für die Disposition erforderliche Personal, das technische Personal und die Fachbereichsleiter gehören. Diese Regelung in Verbindung mit § 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 legt die konkrete Kostentragungspflicht für das gesamte in den Leitstellen eingesetzte Personal nach dem sogenannten Entsendeprinzip fest. Demnach wird das von den Sanitätsorganisationen gestellte Personal für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst (Disposition, Administration und Fachbereichsleitung) gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 von den Kostenträgern des Rettungsdienstes zu 75 v. H. und vom Land zu 25 v. H. getragen. Das von der kommunalen Seite gestellte Personal für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz sowie für sonstige kommunale Aufgaben (Disposition, Administration und Fachbereichsleitung) wird gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 von den jeweiligen, den Rettungsdienstbereichen angehörigen Kommunen zu 75 v. H. und vom Land zu 25 v. H. finanziert.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung war nicht eindeutig und ließ unterschiedliche Interpretationen zu. Mit der neuen Regelung ist klargestellt, dass die Vorhaltezeiten und die Anzahl der erforderlichen Krankenkraftwagen für den Krankentransport nach § 2 Abs. 4 (neu) so zu bemessen sind, dass eine Wartezeit von 40 Minuten nicht überschritten werden soll. Dabei ist es unerheblich, wann der Krankentransportauftrag bei der zuständigen Leitstelle eingegangen ist. Die Wartezeit ist das Zeitintervall zwischen der in der Einsatzdisposition hinterlegten geplanten Eintreffzeit und der tatsächlichen Eintreffzeit des Krankenkraftwagens. Der Zeitpunkt des Eingangs des Krankentransportauftrags spielt für die Messung der Termintreue, also dem Maß der Einhaltung der geplanten Eintreffzeiten, keine Rolle. Gleichzeitig lässt die neue Regelung in angemessener Weise Spielraum für eine sinnvolle Krankentransportvorplanung, die mittelfristig von EDV-basierten Vorplanungsmodulen unterstützt werden kann. Hierbei wird unter anderem die aktuelle Vorplanungssituation zu der vom Anrufer gewünschten Eintreffzeit analysiert und es werden unter Berücksichtigung aller elektronisch vorgeplanten Fahrtstrecken optimale Eintreffzeiten bereits während des Telefonats vorgeschlagen.

Zu Buchstabe b

§ 8 Abs. 3 wird gestrichen. Eine zeitgemäße Vorhalteplanung im Rettungsdienst orientiert sich nicht an der bestehenden Krankenhausinfrastruktur, sondern am Versorgungsbedarf. Die Planung künftiger Standorte ist in erster Linie an dem zu ermittelnden Versorgungsgebiet unter Heranziehung der Hilfeleistungsfrist gemäß Absatz 2 auszurichten. Die Ermittlung von optimalen Standorten orientiert sich an der verkehrstechnischen Infrastruktur, insbesondere an dem mittels Fahrzeitisochronen zu bestimmenden Versorgungsgebiet.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Die neue Fassung des Absatzes 1 sieht eine Ernennung von Ärztlichen Leitern Rettungsdienst zu Ehrenbeamten nicht mehr vor. Die Möglichkeit der ehrenamtlichen Bestellung wird gestrichen. Die Praxis hat gezeigt, dass die Aufgabenwahrnehmung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nur im Hauptamt erledigt werden kann. Außerdem sind durch die zuständigen Behörden keine stellvertretenden Ärztlichen Leiter Rettungsdienst mehr zu bestellen.

Mit der neuen Nummer 1 wird hervorgehoben, dass die Aufgabe der Überwachung der Patientenversorgung als zentrale Aufgabe des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst im Vordergrund steht. Dazu gehört auch die in der neuen Nummer 2 genannte Erstellung von Standardarbeitsanweisungen (auch Standard Operating Procedures – SOP). Mit Nummer 3 wird ersichtlich, dass sich die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst auch auf die Einsatzlenkung durch die Leitstelle erstrecken. Somit wird gewährleistet, dass die rettungsdienstlichen Dispositionsgrundsätze, Strukturen und Prozesse der Leitstellen der Aufsicht der Rettungsdienstbehörde unterliegen. Die Aufgaben des Ärztlichen Leiters in der Qualitätssicherung werden somit komplettiert und es wird eine sinnvolle Verknüpfung zwischen der Aufsicht über Rechtmäßigkeit, Zweckmäßigkeit, der Durchführung, der Qualitätssicherung im Rettungsdienst und auf der Leitstelle geschaffen. Die Nummer 4 zielt auf die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst im Bereich der Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals ab, die bereits heute zu den Kernaufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gehören. Gemäß Nummer 5 soll der Ärztliche Leiter Rettungsdienst auch bei der ärztlichen Fortbildung mitwirken. Gemäß den Nummern 6 und 7 sollen die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, wie bisher auch, an der rettungsdienst-

lichen Vorhalteplanung und der Festlegung der Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel mitwirken.

Nummer 8 macht deutlich, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst auch für die Überwachung der Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und den medizinischen Behandlungseinrichtungen verantwortlich ist. Somit wird gewährleistet, dass die wichtige Schnittstelle zwischen präklinischer und klinischer Versorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten von den zuständigen Behörden beaufsichtigt wird. Hierbei können beispielsweise Fragestellungen der Zuweisung und der Avisierung der Patientinnen und Patienten geklärt werden.

Mit der Nummer 9 wird eine neue Aufgabe für die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst aufgenommen – die Delegation der Durchführung heilkundlicher Maßnahmen an zukünftige Notfallsanitäter. Unter Delegation im Bereich des ärztlichen Handelns versteht man die unter fachlicher Verantwortung des Arztes stehende einmalige oder wiederholte Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal. Durch die Einführung von standardmäßig vorgegebenen heilkundlichen Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst können künftig ärztliche Behandlungsmaßnahmen oder die Gabe von Medikamenten auf den Notfallsanitäter übertragen werden, ohne dass diese Delegation im konkreten Einzelfall ausgesprochen werden muss. Die standardmäßig vorgegebenen heilkundlichen Maßnahmen werden im medizinischen Sprachgebrauch als sogenannte standardisierte Handlungsanweisungen oder SOP bezeichnet. Sie stellen verbindliche textliche Beschreibungen der Abläufe in der notfallmedizinischen Versorgung dar und beziehen sich auf wissenschaftliche Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Zur Visualisierung der einzelnen Prozesse werden hierbei in der Regel Algorithmen hinterlegt. Von einer Delegation mit Hilfe von SOP ist nur dann auszugehen, wenn durch eine SOP weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt werden, also im Grunde keine eigenständigen Entscheidungsfreiräume für eine Behandlung durch den Notfallsanitäter mehr bestehen. Dort, wo SOP Spielräume offen lassen (z. B. bei atypischen Verläufen in der Diagnostik), liegt zumindest auch eine Behandlungsentscheidung des Notfallsanitäters selbst vor, die eine Delegation ausschließt. Nur soweit im Rahmen einer SOP sichergestellt werden kann, dass der Notfallsanitäter nicht eine Diagnosestellung vornimmt und damit in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit eingreift, folgt das symptombezogene Handeln des Notfallsanitäters einer Weisung, wie sie die Delegation voraussetzt. Alle übrigen Fälle stellen in der Regel die Substitution einer ärztlichen Behandlungsentscheidung dar, die vorliegend weder gewünscht noch zulässig ist. Der delegierende Arzt hat eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht. Mit Blick auf die Auswahlpflicht für den Durchführenden der Behandlung darf der Ärztliche Leiter Rettungsdienst bei Vorliegen einer entsprechenden formalen Qualifikation darauf vertrauen, dass der Delegationsempfänger nach Abschluss seiner dreijährigen Ausbildung generell für die Tätigkeit geeignet ist. Der neue Gesundheitsfachberuf des Notfallsanitäters fordert das Beherrschen vielfältiger medizinischer Fähigkeiten. Aufgrund der hohen Ausbildungsqualifikation ist daher grundsätzlich davon auszugehen, dass er geeignet ist, im Rahmen einer Delegation auch definierte heilkundliche Maßnahmen durchzuführen. Mit der Anleitungspflicht wird sichergestellt, dass das nichtärztliche Personal sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht mit der durchzuführenden Maßnahme vertraut ist. Regelmäßige Einweisungen beziehungsweise Wiederauffrischungsveranstaltungen für alle Notfallsanitäter durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sind insoweit ausreichend, um dieser Verpflichtung nachzukommen. Je höher sich die Komplikationsdichte der ärztlichen Behandlung darstellt, umso höher sind die Sorgfaltsanforderungen an die Aufsicht durch den Arzt. Im Gegenzug sinken die Anforderungen an eine Überwachung mit steigender Qualifikation des nichtärztlichen Personals. Auch im Rettungsdienst wird eine Kontrollpflicht gefordert, die dem delegierenden Arzt – hier dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst – obliegt. Genaue Kriterien, wann und wie oft kontrolliert werden muss, gibt es nicht. Dies muss im Einzelfall, je nach Intensität der Maßnahme, bestimmt werden. Vorstellbar sind durchgängige Kontrollen wie die Protokollbesprechung und Fallvorstellung bei ausgewählten Maßnahmen durchgeführter Einsätze oder unterjährige stichpunktartige Leistungskontrollen z. B. durch Wissensabfragen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen. Die Regelung, wonach nur solche Aufgaben delegiert werden dürfen, die eine persönliche Kenntnis des Patienten nicht erfordern, dient der Vermeidung etwaiger berufsrechtlicher Konflikte für die delegierenden Ärztlichen Leiter Rettungsdienst im Hinblick auf einen Verstoß gegen das Fernbehandlungsverbot in § 7 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz.

Im Falle der hier vorgesehenen Delegation geht es um die Frage, ob der künftige Notfallsanitäter tätig werden darf, ohne dass ein Notarzt vor Ort ist beziehungsweise ohne Nachalarmierung/Nachforderung des Notarztes. Die Behandlung wird dabei auf der Grundlage einer allgemeinen ärztlichen Weisung für bestimmte Zustandsbilder standardisiert durch SOP vorgegeben, ohne dass der delegierende oder ein anderer Arzt den Patienten sieht. Die Regelung stellt klar, dass eine solche Praxis zulässig ist.

Die Nummern 1 bis 9 sind nicht abschließend. Die Aufgaben der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst werden durch die entsprechenden Festlegungen des Landesrettungsdienstplanes ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu § 10 Abs. 3

Absatz 3 verpflichtet alle in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen tätigen Durchführenden des Rettungsdienstes mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zusammenzuarbeiten und ihm Auskünfte zu erteilen. Dies betrifft auch die Schnittstellen zur Organisierten Ersten Hilfe und zum gesundheitlichen Katastrophenschutz und die hierüber vorliegenden Daten der Leitstellen.

Den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst sind auf Verlangen die anonymisierten oder pseudonymisierten im Rettungsdienst erhobenen Daten zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen ihrer Aufgaben in der Qualitätssicherung sind die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst somit in der Lage, auf die Leitstellendaten und auf die Daten der medizinischen Dokumentation zuzugreifen, um beispielsweise Hilfsfristen oder andere Qualitätskriterien systematisch zu überwachen. Im Einzelfall kann er auch die Übermittlung personenbezogener Daten und

Dokumentationen verlangen. Dieses Recht steht ihm jedoch nur zu, wenn im Interesse von Leben oder Gesundheit künftiger Notfallpatienten die konkrete Überprüfung eines Einzelfalls erforderlich ist. Aus dieser Vorgabe wird ersichtlich, dass die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst einen triftigen Grund für die Entblindung des Datensatzes schriftlich vorlegen müssen (z. B. bei ausgewählten Komplikationen oder Problemen bei der Übergabe von Patienten in Krankenhäusern). In einem derartigen Fall wird der Ärztliche Leiter Rettungsdienst also Umstände darlegen müssen, die auf einen systembedingten Mangel hindeuten. Der Verdacht eines Fehlverhaltens bei einer konkreten Einsatzabwicklung berechtigt nicht zu einer derartigen Abfrage.

Zu § 10 Abs. 4

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben sind die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst neben den präklinischen Daten auch auf die Daten der Zielkliniken des Rettungsdienstes angewiesen. Nur so lässt sich eine optimale rettungsdienstliche Versorgung planen. Der neue § 10 Abs. 4 führt erstmalig einen solchen Auskunftsanspruch der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst gegenüber den Zielkliniken ein.

Zu § 10 Abs. 5

Es wird eine gemeinsame Qualitätssicherungsstelle des für den Rettungsdienst zuständigen Ministeriums und den Kostenträgern des Rettungsdienstes bei dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium eingerichtet. Die Besetzung der gemeinsamen Geschäftsstelle erfolgt durch das Ministerium im Einvernehmen mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes. Von dieser Einvernehmensregelung ist die Besetzung der Stelle des Leiters ausgenommen. Die gemeinsame Geschäftsstelle wird dem für das Rettungswesen zuständigen Referat im für das Rettungswesen zuständigen Ministerium weisungsgebunden zugeordnet. Sie hat ihren Sitz in unmittelbarer Nähe zum für den Rettungsdienst zuständigen Referat. Somit wird ein dauerhafter und regelmäßiger Austausch sichergestellt. Die Leitung der gemeinsamen Geschäftsstelle hat der Leiter des für den Rettungsdienst zuständigen Referates im Ministerium inne. Die stellvertretende Leitung der gemeinsamen Geschäftsstelle wird einvernehmlich von dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium und den Kostenträgern des Rettungsdienstes bestimmt. Sie ist durch einen erfahrenen Notfallmediziner, der die Qualifikationsanforderungen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Rheinland-Pfalz erfüllt, zu besetzen. Er wird analog der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vergütet. Darüber hinaus ist die gemeinsame Geschäftsstelle so zu besetzen, dass die vorgesehenen Aufgaben erfüllt werden können. Neben dem medizinischen Personal sind Personen mit einem fachlichen Hintergrund aus den Bereichen Informatik, Datenanalyse und Presse-/Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen. Dies soll unter anderem die sachgerechte Datenbeschaffung, Datenauswertung und -aufbereitung, das Berichtswesen und die Entwicklung einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Rettungsdienstes in Rheinland-Pfalz ermöglichen. Vor diesem Hintergrund findet wenigstens einmal pro Jahr eine Besprechung mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes über die Aufgaben der gemeinsamen Geschäftsstelle statt. Im Rahmen dieser Besprechung wird auch über Erweiterungen des Personalschlüssels entschieden.

Aufgabe der gemeinsamen Geschäftsstelle ist unter anderem die datengestützte Qualitätssicherung zur Erkennung von Verbesserungspotentialen und Gewährleistung einer gleichmäßigen und kontinuierlichen Qualität im Rettungsdienst. Qualitätsberichte und Dokumentationen sind den Kostenträgern des Rettungsdienstes unaufgefordert regelmäßig zu übermitteln. Die Berichtspflicht gegenüber den Kostenträgern des Rettungsdienstes resultiert aus dem Umstand, dass es sich bei der gemeinsamen Geschäftsstelle um eine gemeinsame Einrichtung mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes handelt.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Zu § 11 Abs. 1

Die zuständige Behörde richtet die Leitstelle auch in technischer Hinsicht ein und ist für ihre Unterhaltung zuständig. Sie erfüllt diese Aufgabe als Auftragsangelegenheit. Vor diesem Hintergrund trägt das Land gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 die Kosten für die technische Einrichtung der Leitstelle und deren Unterhaltung.

Die Leitstellen erfüllen Aufgaben des Rettungsdienstes und Aufgaben des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes. Das in der Leitstelle eingesetzte Personal wird vor diesem Hintergrund auch von unterschiedlichen Kostenträgern, nämlich den Krankenkassen, den Landkreisen und kreisfreien Städten und dem Land finanziert. Dabei ist der Finanzierungsanteil der Krankenkassen für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst eingesetzte Personal zu verwenden. Der Anteil der Kommunen ist für das die kommunalen Aufgaben erledigende Personal zu verwenden. Der Landesanteil beträgt in beiden Bereichen jeweils 25 v. H.

Die bisherige Kostenregelung in § 11 Abs. 1 Satz 2 sah eine starre Finanzierungsquote vor. Dabei trugen die Krankenkassen 60 v. H., die kommunalen Aufgabenträger 15 v. H. und das Land 25 v. H. der Personalkosten. Bei der Ermittlung dieser Quoten ist man davon ausgegangen, dass die Aufgaben im Bereich des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes mit rund 15 v. H. des Gesamtpersonalansatzes, also mit rund 15 v. H. Planstellenanteil der Feuerwehr in den jeweiligen Leitstellen zu bewältigen sein wird. Die Erfahrungen, die bisher mit den bereits in Dienst gestellten Leitstellen in Trier, Kaiserslautern, Bad Kreuznach, Montabaur, Landau in der Pfalz und Koblenz gesammelt wurden, widerlegen diese Annahme. Den Leitstellen wurden aufgrund ihrer angemeldeten und ermittelten Personalbedarfe im Bereich der Feuerwehr durchschnittlich rund 25 v. H. der Planstellen in den Leitstellen zugewiesen.

Dies widerspricht allerdings dem der Finanzierungsbeteiligung zugrunde liegenden Verursacherprinzip. Es hätte folglich eine Anpassung der starren Quoten durch eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes zu erfolgen. Sich verändernde Einsatzzahlen, neue Entwicklungen im Bereich der Einsatzfelder, aber auch geänderte Einsatzstrategien und geänderte Taktik würden ebenso eine Gesetzesänderung zur Anpassung der Quoten bedingen.

Die Praxis hat also gezeigt, dass eine starre Finanzierungsquote nicht zeitgemäß ist. Vielmehr müssen die beiden Bereiche Rettungsdienst und Brandschutz, allgemeine Hilfe und Katastrophenschutz flexibel auf die Entwicklungen in den jeweiligen Bereichen reagieren können, ohne dass sich dies auf die originären Kostenträger des anderen Bereiches auswirkt. Vor

diesem Hintergrund ist es sachgerecht, künftig die Finanzierung des Leitstellenpersonals nach den jeweiligen Aufgabenbereichen getrennt vorzunehmen. Dies ermöglicht, dass die jeweiligen Bereiche ohne Beteiligung des anderen Bereiches die jeweiligen Personalanteile verändern können. Die Personalkosten für das für die Leitstellenaufgaben im Rettungsdienst erforderliche Personal werden künftig zu 75 v. H. von den Kostenträgern des Rettungsdienstes und zu 25 v. H. durch das Land getragen. Die für die Leitstellenaufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz erforderlichen Personalkosten tragen die Landkreise und kreisfreien Städte in Höhe von 75 v. H. und das Land in Höhe von 25 v. H. Bedingt durch die notwendige Beachtung des Verursacherprinzips und einer ansonsten durchzuführenden Quotenanpassung entstehen auf der Basis der Neuregelung in keinem Bereich Mehrkosten. Da künftig in den jeweiligen Bereichen die jeweiligen Kostenträger maßgeblich an der Festlegung der Planstellenanzahl zu beteiligen sind, hängt es auch maßgeblich von ihrer Entscheidung ab, wie hoch die jeweiligen Personalkosten sind. Diese Regelung trägt unter anderem auch zur Stärkung der kommunalen Aufgabenträger im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz bei. Das Einvernehmen des Landes, das wie bisher 25 v. H. der Personalkosten in beiden Bereichen trägt, ist bei der Personalbemessung nach § 7 Abs. 6 sowie bei der Festlegung der Personalkostenpauschale nach § 11 Abs. 1 Satz 2 erforderlich. Bei der Festlegung der einheitlichen Personalkostenpauschale nach § 11 Abs. 1 Satz 2 ist außerdem das Einvernehmen der Krankenkassen und der kommunalen Aufgabenträger als Kostenträger der Personalkosten für das Leitstellenpersonal einzuholen.

Satz 3 konkretisiert die bisherige Regelung zu der Erstattung der Beträge nach Satz 2. Diese sind nicht den Trägern der Leitstelle, sondern den personalentsendenden Stellen zu erstatten. Dies sind die Landesverbände der Sanitätsorganisationen und die kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Regelung des neuen Satzes 6 ermöglicht dem Land, sonstigen Einrichtungen oder Personen im Rahmen der Forschung und Entwicklung Zuwendungen zu gewähren. Sonstige Einrichtungen im Sinne des Satzes 6 können natürliche oder juristische Personen sein. Die wachsende Komplexität des Rettungsdienstes aufgrund seiner enormen Entwicklungssteigerung der vergangenen Jahre bedingt, dass eine wissenschaftliche Begleitung stattfindet. Der Grund, weshalb überhaupt eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich ist, liegt an der Komplexität des Rettungsdienstes und seiner enormen technischen Fortentwicklung zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus ist im Bereich des Rettungsdienstes ein beachtlicher Zuwachs an Einsätzen zu verzeichnen. So ist die Zahl der abgerechneten Gesamteinsätze innerhalb der letzten zehn Jahre von 679 890 im Jahr 2006 auf 1 000 406 Einsätze im Jahr 2016 angestiegen. Dabei hat sich die Zahl der reinen Notfalleinsätze von 238 709 auf 396 002 gesteigert. Hierbei sind noch nicht die Einsätze der Luftrettung einbezogen, die sich im Jahr 2016 auf 8 508 beliefen.

Die Aufnahme des Zwecks der wissenschaftlichen notfallmedizinischen Forschungsvorhaben trägt der Tatsache Rechnung, dass es einen akuten Mangel an notfallmedizinischer Forschung gibt, der nicht zuletzt auch durch das Fehlen von Datengrundlagen verursacht wird. Diesem Mangel wird auch durch die Verpflichtung zur Dokumentation und der Übermittlung von Daten an das Ministerium, die zuständigen Behörden oder an von ihnen beauftragte Dritte, wie z. B. Forschungseinrichtungen, begegnet (§ 29). Für die genannten Zwecke werden in der Regel pseudonymisierte oder anonymisierte Daten verwendet. Die quantitativen Steigerungen des Rettungsdienstes sollen so durch eine angemessene wissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsarbeit begleitet werden, um eine angemessene Qualität zu gewährleisten.

Zu § 11 Abs. 2 und 3

Nach der bisherigen Ausführung der Absätze 2 und 3 trugen die Landkreise und kreisfreien Städte die Kosten für die bauliche Herstellung und Erneuerung oder für die angemieteten Räumlichkeiten der Leitstellen oder Rettungswachen, die sich in deren Gebiet befanden. Die neue Regelung sieht vor, dass sich die in einem Rettungsdienstbereich zusammengeschlossenen Landkreise und kreisfreien Städte gemeinsam an der Finanzierung der Leitstellen- oder Rettungswachengebäude beteiligen. Darüber hinaus haben sich bei Rettungswachen im Grenzgebiet mehrerer Rettungsdienstbereiche nach § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 auch die jeweils benachbarten Landkreise und kreisfreien Städte anderer Rettungsdienstbereiche zu beteiligen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Versorgungsgebiete von vielen Rettungswachen gemäß § 8 Abs. 2 über die Gebiete mehrerer Landkreise und kreisfreien Städte hinweg liegen. Im Sinne einer optimalen rettungsdienstlichen und notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung hat die Versorgung über Landkreis- und Rettungsdienstbereichsgrenzen hinweg zu erfolgen. Die neue Kostenaufteilung gewährleistet eine umfängliche Planung durch die zuständigen Behörden im Sinne des § 4 Abs. 2. Diese haben die Versorgungsstruktur festzulegen und regelmäßig zu überprüfen. Die Versorgungsstruktur, d. h. die Einrichtungen des Rettungsdienstes, ihre Standorte, die Ausstattung mit Fahrzeugen und die von der zuständigen Behörde festzulegenden Betriebszeiten, muss regelmäßigen Überprüfungen unterzogen werden, um die Analyse der Hilfeleistungsfrist gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 und andere Qualitätsindikatoren zu gewährleisten. Bei der Ermittlung der Kostenanteile der betroffenen Landkreise und kreisfreien Städte ist das Verhältnis der für den Finanzausgleich maßgebenden Einwohnerzahl der betroffenen Landkreise und kreisfreien Städte heranzuziehen. Dies gilt sowohl für die Leitstellen und Rettungswachen innerhalb des Rettungsdienstbereiches als auch in den Fällen des § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 für die nach § 4 Abs. 3 erforderlichen Rettungswachen, deren Versorgungsgebiet Teile mehrerer Rettungsdienstbereiche umfasst. Die neue Regelung führt zu einer weiteren Optimierung der rettungsdienstlichen Infrastruktur in den ländlichen Gebieten und in den Grenzgebieten zwischen den Rettungsdienstbereichen. Die Vorschrift berücksichtigt die Erfahrung, dass Finanzierungsprobleme bisher zu den häufigsten Ursachen für eine Behinderung einer bereichsübergreifenden Zusammenarbeit gehört haben. Es ist zwingend erforderlich, dass die Sicherstellung der Finanzierung vorab geklärt ist.

In den Fällen des § 5 Abs. 1 und des § 7 Abs. 6 Satz 3 Nr. 2 sind die Zuwendungen an die Sanitätsorganisationen in Höhe von 75 v. H. der Gesamtkosten für die bauliche Herstellung, Erneuerung oder für die angemieteten Räumlichkeiten gemäß der beschriebenen Aufteilung auf mehrere Landkreise oder kreisfreie Städte zu verteilen.

Zu Buchstabe b

Die zentrale Funktion der zuständigen Behörden bei den Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 wird hervorgehoben. Die Einvernehmensregelungen sind bereits in § 4 Abs. 2 geregelt.

Zu Nummer 11

Die Neufassung des § 12 dient in erster Linie der Klarstellung. Sie entspricht im Wesentlichen den heutigen Verfahrensabläufen bei der Ermittlung und Inrechnungstellung der Benutzungsentgelte.

Nach § 12 Abs. 1 werden für rettungsdienstliche Leistungen einschließlich der Mitwirkungen von Ärzten Benutzungsentgelte erhoben. Die Benutzungsentgelte sind so zu bemessen, dass sie die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähigen Kosten, die auf Basis einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung, einer sparsamen Betriebsführung sowie einer leistungsfähigen Organisation entstehen, decken. Außerdem wird klargestellt, dass zu den Benutzungsentgelten nicht die durch eine staatliche Kostenerstattung nach diesem Gesetz abgedeckten Kosten zählen. Die Benutzungsentgelte werden auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung erhoben. Absatz 1 betont somit, dass die ordnungsgemäße Leistungserbringung, eine sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung und eine leistungsfähige Organisation gleichrangige Parameter für die Preisbildung sind.

In Absatz 2 wurden ausdrücklich die Personalkosten der neuen gemeinsamen Geschäftsstelle für Qualitätssicherung aufgenommen. Hiernach gehören diese Kosten auch zu den Betriebskosten und werden von den Kostenträgern des Rettungsdienstes getragen. Zu diesen Kosten zählen nicht die Personalkosten für den Leiter des für das Rettungswesen zuständigen Referates, der auch Leiter der gemeinsamen Geschäftsstelle ist. Anders als bei der Auswahl der übrigen Mitarbeiter der gemeinsamen Geschäftsstelle haben die Kostenträger des Rettungsdienstes bei der Auswahl des Referatsleiters keine Mitsprache. Absatz 3 stellt fest, dass Benutzungsentgelte auch gegenüber Personen und Einrichtungen zu berechnen sind, die keine Kostenträger des Rettungsdienstes sind. Dies entspricht heute bereits der gängigen Praxis. Absatz 4 legt fest, dass die Leistungserbringer den zuständigen Behörden jährlich bis 30. Juni eines Jahres eine Aufstellung über Einnahmen und Ausgaben sowie einen Leistungsbericht vorzulegen haben. Absatz 5 entspricht der Regelung des bisherigen Absatzes 2. Kommt eine Einigung über die Benutzungsentgelte nicht zustande, entscheidet gemäß Absatz 6 eine Schiedsstelle. Die Regelung entspricht dem bisherigen Absatz 3. Die Genehmigung der Entscheidung der Schiedsstelle durch das Ministerium ist entbehrlich. Daher wurde Satz 2 gestrichen.

Zu Nummer 12

Es ist notwendig, das Schiedsstellenverfahren strikt zu regeln und eine Rechtswegzuweisung zu den Verwaltungsgerichten vorzunehmen. Die Kosten der Schiedsstelle sind von den Beteiligten zu tragen und nicht aus dem Landeshaushalt vorzufinanzieren. Eine Anbindung an staatliche Stellen ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe a

Den unterschiedlichen Streitgegenständen, zu denen die Schiedsstellen jeweils angerufen werden können, wird durch differenzierte Besetzungen der Schiedsstellen Rechnung getragen. Dabei werden die jeweils Betroffenen soweit möglich als Vertreter in den Schiedsstellen vorgesehen, um die Sachnähe in der Verhandlung zu fördern.

Zu Buchstabe b

Zu § 13 Abs. 2

Absatz 2 regelt die Bestellung der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden sowie die Benennung der übrigen Vertreter in den Schiedsstellen.

Zu §13 Abs. 3

Die Vorschrift dient unter anderem der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Schiedsstellen. Die Regelung schließt die Möglichkeit aus, dass eine Schiedsstelle wegen der Nichtbestellung oder wegen Nichterscheinens von Vertretern in ihrer Tätigkeit gehemmt ist. Es liegt in der Verantwortung der Beteiligten, ihre Vertreter rechtzeitig zu bestellen und für ihr Erscheinen zu sorgen. Wird dies versäumt, entscheidet die Schiedsstelle in einer entsprechend reduzierten Besetzung. Im Extremfall entscheidet der Vorsitzende alleine.

Zu §13 Abs. 4

Die Regelung des Absatzes 4 stellt klar, dass eine rückwirkende Anpassung von Benutzungsentgelten nicht erfolgt. Dies würde einen unverhältnismäßigen Aufwand verursachen. Bereits gestellte und bezahlte Rechnungen müssten wieder aufgegriffen werden. Eine rückwirkende Anerkennung von Kosten ist dagegen möglich. Außerdem bestimmt Absatz 4 ausdrücklich den Verwaltungsrechtsweg für die Anfechtung von Entscheidungen der Schiedsstelle. Die Klage ist gegen die Schiedsstelle zu richten. Es gilt die Verwaltungsgerichtsordnung.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung des § 2 ist hier eine entsprechende Anpassung erforderlich.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in § 14 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 ist redaktioneller Art und aufgrund der Änderung des § 5 notwendig.

Die neue Regelung in § 14 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 ermöglicht nun, dass Krankenkraftwagen der Betriebs- und Werksrettungsdienste im Ausnahmefall von der Leitstelle zum Einsatz im Rettungsdienst eingesetzt werden können. In diesen Fällen unterliegt der Betriebs-/Werkrettungsdienst dem Anwendungsbereich des Rettungsdienstgesetzes. Die Praxis hat gezeigt, dass es Ausnahmesituationen geben kann, in denen der Einsatz von Betriebs- und Werkrettungsdiensten auch im öffentlichen Bereich zu einer relevanten Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls für Patientinnen und Patienten führen kann. Der Betriebs-/Werkrettungsdienst ist aber für diesen speziellen Einsatzzweck von der Genehmigungspflicht befreit. Die Genehmigungsfreiheit entbindet jedoch nicht von der Verpflichtung der Erfüllung der Voraussetzungen an die fachliche Qualifikation der Besatzung gemäß § 22. Wenn ein

Betriebs-/Werkrettungsdienst künftig also zur Spitzenabdeckung ausnahmsweise für Einsätze im öffentlichen Bereich eingesetzt werden soll, müssen die eingesetzten Rettungsmittel mindestens gemäß § 22 besetzt werden. Die Nummern 4 und 5 stellen klar, dass Einsätze von Rettungsmitteln aus anderen Bundesländern und anderen Nationen, die auf Grundlage von entsprechenden Vereinbarungen eingesetzt werden, von der Genehmigungspflicht ausgenommen sind.

Der Arztbegleitete Patiententransport wurde zu den in § 2 beschriebenen Aufgaben des Rettungsdienstes hinzugefügt. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung in § 14 Abs. 5.

Zu den Nummern 14 und 15

Der Arztbegleitete Patiententransport wurde zu den in § 2 beschriebenen Aufgaben des Rettungsdienstes hinzugefügt. Daher erfolgen entsprechende Anpassungen.

Zu Nummer 16

Die Änderung erfolgt aufgrund der Änderung in Nummer 3.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a

Die bisherige Nummer 2 ist aufgrund der Regelung des § 8 Abs. 2 zu streichen. Die Hilfeleistungsfrist ist als Planungsgröße bei der Versorgungsplanung gemäß § 4 Abs. 2 von der zuständigen Behörde zu verwenden. Eine Einhaltung von Fristen zur Eintreffzeit kann nicht von den Leistungserbringern gefordert werden und ist unabhängig von den Standorten der Einsatzfahrzeuge zu betrachten. Entscheidend ist die Erreichbarkeit von Einsatzorten innerhalb der oben genannten gesetzlichen Frist.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Die Aufzählung des § 21 Abs. 2 Satz 1 zu den Krankenkraftwagen wird um den Intensivtransportwagen ergänzt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung erfolgt aufgrund der Änderung in Nummer 19.

Zu Buchstabe c

Es findet eine Kurzdefinition des Intensivtransportwagens statt. Dies betrifft zum einen den Gesundheitszustand der zu transportierenden Person, zum anderen aber auch die Besatzung des Fahrzeugs.

Zu Nummer 19

Durch das zum 1. Januar 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz wurde mit dem Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters ein neuer Beruf im Rettungsdienst geschaffen. Das bisherige Rettungsassistentengesetz ist laut Artikel 5 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften am 31. Dezember 2014 außer Kraft getreten, sodass ab diesem Zeitpunkt keine neuen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten mehr ausgebildet werden. Für die Dauer einer angemessen Übergangsfrist von zehn Jahren können Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten die den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zugewiesenen Aufgaben wahrnehmen. Dementsprechend werden Regelungen zur personellen Besetzung der Rettungsmittel angepasst. Mit den Veränderungen der Qualifikationsveränderungen an die Besetzung der Rettungsmittel wird das Notfallsanitätergesetz umgesetzt. Für die Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten gilt die Übergangsregelung des Artikels 3.

Im Rahmen der Einführung des Berufs des Notfallsanitäters in das Rettungsdienstgesetz wurde auch von der starren Unterscheidung zwischen Fahrern und Beifahrern Abstand genommen. Im Rahmen der Beratungen in der Lehrplankommission zur Erstellung des Rahmenlehrplans für die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter wurde die Empfehlung ausgesprochen, künftig nur noch die Besatzung der Fahrzeuge des Rettungsdienstes zu regeln.

Zu § 22 Abs. 1 bis 3

Es wird geregelt, dass in der Notfallrettung die Besatzung aus einem Notfallsanitäter und einem weiteren Besatzungsmitglied, das mindestens über die Ausbildung zum Rettungssanitäter verfügt, besteht. Der Notfallsanitäter trägt hierbei die medizinische und organisatorische Verantwortung. Des Weiteren wird geregelt, dass ein Besatzungsmitglied im Krankentransport mindestens eine Ausbildung zum Rettungssanitäter (Absatz 9) hat. Es trägt die medizinische und organisatorische Verantwortung. Das weitere Besatzungsmitglied muss mindestens über eine Ausbildung zum Rettungshelfer (Absatz 9) verfügen.

Zu § 22 Abs. 4

In Absatz 4 wird geregelt, dass der Fahrer eines Notarzt-Einsatzfahrzeuges über die Qualifikation Notfallsanitäter verfügen muss. Innerhalb der Übergangsfrist kann auch ein Rettungsassistent als Fahrer eingesetzt werden. Durch diese Regelung wird von der bisherigen Mindestqualifikation Rettungssanitäter abgerückt und eine höhere Anforderung gesetzlich festgelegt. Dies entspricht auch den angestiegenen Anforderungen an das nichtärztliche Personal.

Zu § 22 Abs. 6

Mit dem neu gefassten Absatz 6 wird die nichtärztliche, medizinische Besatzung von Luftrettungsmitteln konkretisiert. Die Voraussetzungen für den Einsatz von medizinischem, nichtärztlichen Personal auf Rettungshubschraubern in Rheinland-Pfalz ergeben sich neben der Regelung in Absatz 5 (Notfallsanitäter) aus den Joint Aviation Requirements (JAR-OPS 3; Betriebsvorschriften für den gewerblichen Verkehr mit Helikoptern) der Europäischen Agentur für Flugsicherheit (EASA). Das HEMS Crew Member bildet zusammen mit Piloten die eigentliche fliegerische Besatzung, der Notarzt ist in diesem Zusammenhang lediglich medizinischer Passagier, da er keine Aufgaben und Ausbildung im Bereich des Flugbetriebs des Hubschraubers hat.

Außerdem wird in Absatz 6 geregelt, dass die Qualifikationsanforderungen des Absatzes 5 für Notärzte im Rettungsdienst auch für die notärztliche Besatzung von Rettungshubschraubern gelten.

Zu § 22 Abs. 8

Hierbei handelt es sich einerseits um redaktionelle Anpas-

sungen und andererseits um eine aus Gründen der Rechtsklarheit erforderliche gesetzgeberische Klarstellung, dass die Bestimmung des § 29 des LBKG auch für Einsätze des Rettungsdienstes nach dem Rettungsdienstgesetz gilt, wenn neben dem Rettungsdienst keine Feuerwehr und keine andere Hilfsorganisation im Einsatz ist.

Nach § 37 Abs. 1 LBKG handelt ordnungswidrig, wer entgegen § 29 LBKG, ohne an den Hilfsmaßnahmen beteiligt zu sein, den Einsatz behindert oder den Anweisungen des Einsatzleiters, der Polizei, der Feuerwehrangehörigen, der Leitenden Notärzte, der Organisatorischen Leiter und der Helfer der anderen Hilfsorganisationen, der im Rettungsdienst eingesetzten Rettungshelfer, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notärzte nicht nachkommt.

Da diese Bußgeldbestimmung im Brand- und Katastrophenschutzgesetz geregelt ist, kann sie auch nur angewendet werden, wenn der Anwendungsbereich dieses Gesetzes betroffen ist, also bei Brandgefahren, anderen Gefahren (allgemeine Hilfe) und Gefahren größeren Umfangs nach § 1 Abs. 1 LBKG. In solchen Fällen kann es zu einem gemeinsamen Einsatz von Feuerwehr, Rettungsdienst und anderen Hilfsorganisationen kommen. Wenn bei derartigen Konstellationen Rettungsdienstmitarbeiter Anordnungen treffen, müssen sie ebenso befolgt werden, wie Anordnungen von Feuerwehrangehörigen oder Angehörigen anderer Hilfsorganisationen. Eine Nichtbefolgung dieser Anordnungen ist auch bußgeldbewehrt.

Das Brand- und Katastrophenschutzgesetz gilt jedoch nach § 1 Abs. 2 LBKG nicht, soweit vorbeugende und abwehrende Maßnahmen gegen Brand- und andere Gefahren aufgrund anderer Rechtsvorschriften gewährleistet sind. Ein solch spezielles Gefahrenabwehrgesetz ist das Rettungsdienstgesetz. Hieraus könnte aus dem Gesetzlichkeitsgrundsatz des Rechtsstaatsprinzips, der seine Stütze für Ordnungswidrigkeiten auch in der Bestimmung des § 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) findet (keine Ahndung ohne Gesetz), folgen, dass in den Fällen keine Verhängung eines Bußgeldes möglich ist, in denen das Brand- und Katastrophenschutzgesetz nicht anwendbar ist. Dies gilt beispielsweise, wenn der Rettungsdienst einen Notfalltransport auf der Grundlage des Rettungsdienstgesetzes abwickelt und dabei behindert wird. Aus Gründen der Rechtsklarheit ist es geboten, auch für diese rettungsdienstlichen Einsatzlagen eine rechtssichere Bußgeldregelung zu schaffen.

Zu § 22 Abs. 9

Die Änderung des bisherigen Absatzes 7 dient der Anpassung an den geänderten § 22 Abs. 2.

Zu Nummer 20

Zu § 23 Abs. 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 bleiben weitgehend unverändert. In Absatz 1 wurde das sich aus § 12 SGB V ergebende Wirtschaftlichkeitsgebot aufgegriffen. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Kosten müssen gegenüber den Kostenträgern nachvollziehbar nachgewiesen werden. Vor dem Hintergrund der standortbezogenen Berechnung der Einsatzpauschale ist diese Form des Nachweises sachgerecht. Außerdem wurde ein Klammerzusatz „(sonstige Notarztstandorte)“ hinzugefügt. Dadurch wurde die davorstehende Aufzählung in einer Begrifflichkeit zusammengefasst, die in den übrigen Absätzen Verwendung findet. Unter sonstigen Notarztstandorten versteht man niedergelassene und andere Ärzte, ärztliche Arbeitsgemeinschaften und ärztliche Mitarbeiter sonstiger geeigneter Einrichtungen. Darunter fallen unter anderem die von Sanitätsorganisationen betriebenen Notarztstandorte und andere Betriebsformen von Notarztstandorten.

Nach Absatz 1 sind die Krankenhäuser nach wie vor im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte als Notärzte zur Verfügung zu stellen. Bisher durfte eine Vereinbarung erst dann mit einer sonstigen Einrichtung geschlossen werden, wenn eine Vereinbarung mit einem Krankenhaus nicht zustande kam. Der neue Absatz 2 Satz 2 verzichtet künftig auf das vorgenannte Merkmal.

Darüber hinaus wird aufgrund der neuen konkreten Finanzierungsregelungen der Absätze 3 bis 6 die Verpflichtung gestrichen, das konkrete Verfahren der Finanzierung in den öffentlich-rechtlichen Übertragungsverträgen zu regeln. Dies ist auch vor dem Hintergrund sachgerecht, dass die Übertragung der Notarztversorgung wie auch die Übertragung des übrigen Rettungsdienstes nach dem Konzessionsmodell erfolgt. Fragen der Finanzierung sind dabei unmittelbar zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern in einer Vereinbarung zu klären. Nach Satz 4 entscheidet das für das Rettungswesen zuständige Ministerium, wenn die Kostenträger ihr Einvernehmen zum Notarztübertragungsvertrag zwischen zuständiger Behörde und Krankenhaus oder sonstigem Notarztstandort verweigern. Es wird also klargestellt, dass das Ministerium in diesem Zusammenhang lediglich über Strukturfragen entscheidet.

Zu § 23 Abs. 3

Die bisherige Regelung zur Finanzierung der Notarztversorgung wird neu gefasst. Dabei findet die heutige Praxis Berücksichtigung. Auf Grundlage der bisherigen gesetzlichen Regelung basierte die Finanzierung lediglich auf landesweit einheitlichen Benutzungsentgelten (Notarzteinsatzpauschalen). Diese wurden bisher auf Landesebene zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. und den Verbänden der Kostenträger vereinbart. Aufgrund des landeseinheitlichen Einsatzbezuges war diese nicht für alle Notarztstandorte auskömmlich. Dadurch konnte auf der Basis der Benutzungsentgelte die Regelung des Absatzes 1, wonach die Krankenhäuser gegen Erstattung der ihnen entstehenden Kosten mitwirken, nicht erfüllt werden. Um aber dem Absatz 1 gerecht zu werden, werden bereits heute Ausgleichsmittel zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern verhandelt, um das Defizit abzudecken.

Der neue Absatz 3 legt fest, dass künftig die angemessenen und bedarfsgerechten Kosten des jeweiligen Krankenhauses oder des sonstigen Notarztstandortes, die durch die Kostenträger zu ersetzen sind, in gesonderten Vereinbarungen zwischen Notarztstandort und Kostenträger festzulegen sind. In den Vertrag sind die Summe der zu erwartenden Benutzungsentgelte nach Absatz 4 aufzunehmen. Das Erfordernis, eine spezielle Kostenvereinbarung abschließen zu müssen, wurde neu in das Gesetz aufgenommen.

Zu § 23 Abs. 4

Der neue Absatz 4 legt fest, dass die Benutzungsentgelte für die Notarztversorgung standortbezogen zwischen dem jeweiligen

Notarztstandort und den Verbänden der Kostenträger vereinbart werden. § 12 findet entsprechende Anwendung. Dadurch wird sichergestellt, dass der festgestellte Finanzierungsbedarf des Notarztstandortes durch die Benutzungsentgelte gedeckt wird. Eine Alternative zum standortbezogenen Finanzierungssystem besteht nicht, da sowohl die Kostenstruktur als auch die Einsatzhäufigkeit zwischen den Notarztstandorten erheblich variiert. Durch Absatz 4 Satz 2 wird die Möglichkeit eröffnet, Abrechnungsverbünde zu vereinbaren. Diese Verbünde bedürfen zur Wirksamkeit der schriftlichen Vertragsform. In ihnen können sich mehrere Notarztstandorte zu einem Abrechnungsverbund mit einer gemeinsamen Notarzt-Einsatzpauschale zusammenschließen. Die Notarzt-Einsatzpauschale ist so zu bilden, dass die ermittelten und von den Kostenträgern anerkannten Kosten aller am Verbund beteiligten Notarztstandorte gedeckt sind. Beispielhaft ist an die Errichtung einer gemeinsamen Clearingstelle bei einer Notarzt-Einsatzfahrzeug betreibenden Hilfsorganisation zu denken, die alle Entgelte aus den Notarzteinsatzpauschalen aus dem jeweiligen Verbund vereinnahmt und die Mittel an die Notarztstandorte in festzulegenden regelmäßigen Abständen ausschüttet. Es ist sogar an einen landesweiten Abrechnungsverbund mit einer landesweit einheitlichen Notarzt-Einsatzpauschale zu denken.

Zu § 23 Abs. 5

Absatz 5 enthält eine spezielle Kostenregelung für die Arztbegleiteten Patiententransporte. Demnach können in diesen Fällen auch solche Arztbegleitungen abgerechnet werden, die durch Krankenhausärzte nach § 2 Abs. 3 Satz 2, also von Ärzten, die über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, erbracht werden. Nach Absatz 5 gelten für die ärztliche Transportbegleitung beim Arztbegleiteten Patiententransport nach § 2 Abs. 3 die Benutzungsentgelte nach Absatz 4 entsprechend. Sofern es sich bei dem transportbegleitenden Krankenhaus nach § 2 Abs. 3 nicht um einen Notarztstandort handelt, gelten die Benutzungsentgelte des Notarztstandortes, in dessen Notarztbereich sich das Krankenhaus befindet.

Zu § 23 Abs. 6

Nach Absatz 6 werden beim Arztbegleiteten Patiententransport in Intensivtransportwagen nach § 21 Abs. 2 Satz 4 auf Verlangen der Krankenhäuser gesonderte Finanzierungsvereinbarungen nach Absatz 3 für die Arztbegleitung beim Intensivtransport geschlossen. Die Arztgestellung durch Krankenhäuser beim Intensivtransport wird analog zur Notarztgestellung durch Benutzungsentgelte finanziert. Das bedeutet, dass in diesen Fällen die dem Krankenhaus durch die Mitwirkung am Intensivtransportsystem entstehenden Kosten zu ermitteln und durch die Kostenträger zu ersetzen sind. Dies erfolgt durch eine spezielle Vereinbarung. Die Regelung ist erforderlich, da die Kosten bei der Arztgestellung beim Intensivtransport von den Kosten der Arztgestellung im Notarztsystem abweichen können. Absatz 6 unterstreicht die besondere Bedeutung des landesweit etablierten Notfall- und Intensivverlegungssystems mit eigenen Standorten der Intensivtransportwagen.

Zu Nummer 21

Durch die Änderung der Überschrift soll die Allgemeingültigkeit der nachfolgenden Regelungen hervorgehoben und unterstrichen werden.

Zu Nummer 22

Zu Buchstabe a

Die Bedingungen des bisherigen Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 wurden gestrichen. Für die Leistungserbringer besteht eine Verpflichtung zur Übernahme der Einsätze nach entsprechender Disposition durch die Leitstelle. Diese ist unabhängig vom Ausgangspunkt der Beförderung und von der Erreichbarkeit der Einsatzorte. Der Arztbegleitete Patiententransport wurde ergänzend aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung des Einsatzradius auf den Rettungsdienstbereich wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Strategie der Entsendung des jeweils nächstgelegenen Einsatzfahrzeuges für die gesamte Leistungserbringung gilt. Dies ist auch hinsichtlich der Versorgungsplanung durch die zuständige Behörde für ihren jeweiligen Rettungsdienstbereich sachgerecht. Die weitere Änderung betrifft die bisherige Aussage zum Auslandsrückholdienst. Aufgrund der neuen Regelung zum Auslandsrückholdienst in § 1 Abs. 2 Nr. 6 ist die Passage nun hinfällig und wird gestrichen.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 6 sieht eine Mitteilungspflicht der Besteller von Transporten vor. Die Erfahrungen zeigen, dass Mitteilungen über Infektionskrankheiten und Besiedelungen bei Bestellungen häufig unterlassen werden. Diese Mitteilungen sind aber wichtig, weil auch geschultes Personal Infektionen und Besiedelungen mit Erregern nicht immer sicher erkennen und Patienten, Dritte und sich selber dann nicht schützen kann. Der Verstoß gegen die Mitteilungspflicht wird aufgrund ihrer Wichtigkeit nach § 30 Abs. 4 bußgeldbewehrt.

Zu Nummer 23

Die Regelung des § 27 wird dem neuen Vergaberecht angepasst. Im Zuge dessen wird das komplette Verfahren zur Übertragung der Luftrettung geregelt und die einzelnen Schritte im Gesetz beschrieben.

Zu § 27 Abs. 1

Absatz 1 legt fest, dass Unternehmer, die Notfalltransport, Arztbegleiteten Patiententransport oder Krankentransport im Luftrettungsdienst betreiben wollen, einer Genehmigung bedürfen. § 5 findet für die Luftrettung keine Anwendung.

Zu § 27 Abs. 2

Absatz 2 regelt, dass die zuständige Behörde gemäß § 9 die Durchführung des Luftrettungsdienstes ausschließlich im Wege einer Dienstleistungskonzession überträgt.

Mit der Übertragung der Durchführung gilt die nach Absatz 1 notwendige Genehmigung als erteilt. Anders als beim bodengebundenen Rettungsdienst ist die Befreiung von der Genehmigungspflicht nicht vorgesehen. Für den Luftrettungsdienst findet der erste Abschnitt des dritten Teils keine Anwendung. Vor der Beauftragung ist ein transparentes und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren mit Beteiligung der Kostenträger des Rettungsdienstes durchzuführen, bei dem die Letztentscheidung bei dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium liegt. Hierdurch werden die Kostenträger in gebotenem Umfang an dem Auswahlverfahren beteiligt. Da das für das Rettungswesen zuständige Ministerium für den

Aus- und Aufbau des Luftrettungsdienstes zuständig ist, muss es auch Herr des Verfahrens sein. Daher trifft es bei allen Verfahrensschritten auch im Falle eines Dissenses mit den Kostenträgern die Entscheidungen.

Zu § 27 Abs. 3

Absatz 3 legt fest, dass die Übertragung durch öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgt. Durch ihn ist sicherzustellen, dass die erforderliche Ausstattung und die Einsatzbereitschaft der Einrichtungen und die reibungslose Zusammenarbeit aller im Luftrettungsdienst Mitwirkenden gewährleistet sind. Insbesondere sind bei den Luftfahrzeugen die Art des Luftfahrzeuges, der Standort, die konkrete Ausstattung und die Vorhaltezeit konkret festzulegen.

Zu § 27 Abs. 5

Absatz 5 legt fest, dass für die Benutzungsentgelte in der Luftrettung die Regelungen des § 12 Abs. 1 bis 4, Abs. 5 Satz 1 und 3 und Abs. 6 entsprechend gelten. Diese schließen die Entgelte für die Mitwirkung von Ärzten in der Luftrettung ein. Die Abrechnung der Leistungen und die Rechnungslegung erfolgen unmittelbar von den Leistungserbringern gegenüber den Kostenträgern.

Zu Nummer 24

Der Arztbegleitete Patiententransport wurde zu den in § 2 beschriebenen Aufgaben des Rettungsdienstes hinzugefügt. Daher erfolgen entsprechende Anpassungen.

Zu Nummer 25

Die Regelung entspricht weitgehend der Regelung des bisherigen § 29. Sie beinhaltet die Verpflichtung zur Dokumentation. Es wird sichergestellt, dass die Dokumentationsverpflichtung durchgesetzt wird. Absatz 3 sieht vor, dass die dokumentierten Daten in das rettungsdienstliche Qualitätsmanagement einfließen können. Vor diesem Hintergrund besteht die Verpflichtung, dass die Dokumentation nach einheitlichen Grundsätzen erfolgt. Dies ist Voraussetzung für landesweit einheitliche Auswertungen und Vergleiche. Absatz 4 stellt sicher, dass die zuständigen Behörden und das für das Rettungswesen zuständige Ministerium sowie die von ihnen beauftragten Dritten über die für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten verfügen können. Dies ist unter anderem im engen Zusammenhang mit der Vorschrift des § 11 Abs. 1 Satz 6 relevant. Zu den Dritten im Sinne des § 29 können auch wissenschaftliche Einrichtungen im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 6 zählen. Aufgrund des Fehlens von Datengrundlagen herrscht derzeit noch ein Mangel an notfallmedizinischer und bezugswissenschaftlicher Forschung. Diesem Mangel wird auch durch die Verpflichtung zur Dokumentation und der Übermittlung von Daten an das Ministerium, die zuständigen Behörden oder an von ihnen beauftragte Dritte, wie z. B. Forschungseinrichtungen, begegnet.

Hinsichtlich der Übermittlung personenbezogener Daten für diese Zwecke sind die Bestimmungen des § 39 LBKG zu beachten. Die Daten, die innerhalb der rettungsdienstlichen Prozesse von den beteiligten Akteuren erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden, sind Daten des Rettungsdienstes. Somit ist es aus datenschutzrechtlichen Erwägungen unbedenklich, dass beispielsweise Schnittstellen zwischen Einsatzleitsystemen und Datenverarbeitungssystemen des Rettungsdienstes, wie etwa der Datenfunk oder die elektronische Einsatzdokumentation, auf Anordnung des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums oder einer zuständigen Behörde verknüpft werden. Sollte für die unmittelbar einsatzbezogene Aufgabenerfüllung im Rettungsdienst eine Übermittlung von personenbezogenen Daten notwendig sein, wie z. B. die Weitergabe von Adressdaten und einsatztaktischen Daten an die elektronischen Empfangsgeräte der Einsatzfahrzeuge, so hat dies nach vorheriger genereller Freigabe durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium zu erfolgen. Dies führt zu einer Optimierung und Beschleunigung des Einsatzablaufs und dient insbesondere dem Patientenwohl.

Zu Nummer 26

Zu Buchstabe a

Zu § 30 Abs. 4

Die Regelung des neuen Absatzes 4 dient der Durchsetzung der neuen Regelung des § 26 Abs. 6.

Zu § 30 Abs. 5

Die Regelung des neuen Absatzes 5 dient der Rechtssicherheit und ermöglicht ausdrücklich die Verfolgung als Ordnungswidrigkeit, wenn bei Rettungsdiensteinsätzen den Anordnungen der Polizei oder von Rettungsdienstkräften nicht Folge geleistet wird. Inhaltlich entspricht sie der Bestimmung des § 37 Abs. 1 Nr. 3 LBKG. Diese greift jedoch nur bei Einsätzen, in denen das Brand- und Katastrophenschutzgesetz anwendbar ist. Für reine Rettungsdiensteinsätze gab es bisher keine Bußgeldbestimmung (siehe Begründung zu § 22 Abs. 8).

Zu Buchstabe b

Die maximale Höhe des Bußgeldes wird verdoppelt. Die Erhöhung dient der Sicherstellung der weitgehenden Einhaltung der bußgeldbewehrten Vorschriften. Die letzte Erhöhung liegt mehr als zehn Jahre zurück.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Landesfinanzausgleichsgesetzes)

Zu Nummer 1

In den nächsten Jahren stehen die kommunalen Gebietskörperschaften und das Land vor großen Herausforderungen im Bereich des Rettungsdienstes sowie des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes. Die sich hieraus im Brandschutz, der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz sowie im Rettungsdienst ergebenden Aufgaben nehmen die kommunalen Gebietskörperschaften als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung wahr. Um diese hochrangigen und für die innere Sicherheit unverzichtbaren öffentlichen Aufgaben zu gewährleisten, sind an einigen Standorten Neubauten von Integrierten Leitstellen sowie Feuer- und Rettungswachen mit einem erheblichen Investitionsvolumen erforderlich.

Es handelt sich dabei insbesondere um die baulichen Maßnahmen der Feuerwachen in Trier, Koblenz und Worms bis voraussichtlich zum Jahr 2028. In Trier ist hierbei neben der schon bestehenden Feuerwache 2 eine neue Hauptwache zu errichten; die Stadt Koblenz plant den Neubau einer größeren Hauptwache sowie von zwei Nebenwachen. In der Stadt Worms ist für die Berufsfeuerwehr der Neubau einer Hauptwache erforderlich. Überschlägige Planungsunterlagen liegen

zwar vor, daraus sind aber keine belastbaren Kostenabschätzungen abzuleiten. Daneben sind bauliche Maßnahmen für die Integrierten Leitstellen in Mainz, Trier und Koblenz erforderlich, wobei der Landesanteil an den Baukosten mit jeweils einer Million Euro zu veranschlagen ist. Diese Maßnahmen sind aus Mitteln der Feuerschutzsteuer ohne deutliche Einschränkungen in anderen Förderbereichen nicht zu finanzieren. Außerdem ist der Neubau von fünf Rettungswachen erforderlich, um die gesetzlich vorgegebenen Hilfeleistungsfristen einzuhalten. Die noch zu optimierenden Versorgungsräume sind im Rahmen einer modernen Rettungsdienstplanung auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und der darauf beruhenden Modelle festgestellt worden.

Der Finanzbedarf für die genannten Investitionen beim Brandschutz, der Allgemeinen Hilfe, dem Katastrophenschutz und dem Rettungsdienst liegt über den Zeitraum mehrerer Jahre in einer Größenordnung von 150 bis 200 Millionen Euro. Selbst wenn das Land auf der Grundlage vorhandener spezialgesetzlicher Regelungen einen Teil des Investitionsbedarfs für seine Aufgaben übernimmt, überfordert das Investitionsvolumen die Möglichkeit der einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften. Auch die ihnen zustehenden Erträge reichen hierfür nicht aus.

Mit der neuen Nummer 17 soll daher in diesen Bereichen ein Einsatz der zweckgebundenen Zuweisungen ermöglicht werden. Die Liste der Tatbestände in Absatz 1 wird deshalb um bedeutende Maßnahmen im Bereich des Rettungsdienstes sowie des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes erweitert.

Zu Nummer 2

Durch die Änderung soll erreicht werden, dass zunächst die Mittel aus der Feuerschutzsteuer für die Zuweisung und Förderung des Brandschutzes zu verwenden sind, ehe Mittel der Zweckzuweisungen aus dem kommunalen Finanzausgleich eingesetzt werden.

Zu Artikel 3

Das bisherige Rettungsassistentengesetz ist am 31. Dezember 2014 außer Kraft getreten, sodass ab diesem Zeitpunkt keine neuen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten mehr ausgebildet werden. Für die Dauer einer angemessen Übergangsfrist von zehn Jahren können Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten bis zum 31. Dezember 2023 die den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zugewiesenen Aufgaben wahrnehmen (Absatz 1).

Bei der Finanzierung der Notarztversorgung gilt: Bis zum Abschluss rechtsverbindlicher Vereinbarungen auf der neuen gesetzlichen Grundlage behalten nach Absatz 2 die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Vereinbarungen über die Finanzierung der Notarztversorgung ihre Gültigkeit. Dies gilt auch individuell für jeden einzelnen Notarztstandort für die auf Landesebene zwischen den Verbänden der Kostenträger und der Krankenhausgesellschaft vereinbarte Notarzt-Einsatzpauschale.

Zu Artikel 4

Artikel 4 regelt das Inkrafttreten.