

Gesetzentwurf

Der Niedersächsische Ministerpräsident

Hannover, den 19.12.2006

Herrn
Präsidenten des Niedersächsischen Landtages
Hannover

Sehr geehrter Herr Präsident,

in der Anlage übersende ich den von der Landesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes

nebst Begründung mit der Bitte, die Beschlussfassung des Landtages herbeizuführen. Gleichzeitig beantrage ich, den Gesetzentwurf gemäß § 24 Abs. 2 Satz 1 der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages sogleich an einen Ausschuss zu überweisen. Entsprechend dem Beschluss des Landtages vom 18. Juni 1997 (Drs. 13/3022) hat eine Gesetzesfolgenabschätzung stattgefunden.

Federführend ist das Ministerium für Inneres und Sport.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Christian Wulff

Entwurf**Gesetz
zur Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes****Artikel 1****Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes**

Das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz vom 29. Januar 1992 (Nds. GVBl. S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 25 des Gesetzes vom 20. November 2001 (Nds. GVBl. S. 701), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 werden die Worte „in der Fassung vom 21. Januar 1987 (Bundesgesetzbl. I S. 541), geändert durch Artikel 33 des Dritten Rechtsvereinfachungsgesetzes vom 28. Juni 1990 (Bundesgesetzbl. I S. 1221)“ gestrichen.
2. § 4 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4)¹Jeder Träger des Rettungsdienstes stellt für seinen Rettungsdienstbereich sicher, dass die erforderlichen Rettungswachen (§ 8) und Rettungsmittel (§ 9) vorhanden sind.²Mehrere Träger des Rettungsdienstes sollen einen oder mehrere gemeinsame Intensivtransportwagen vorhalten. ³Jeder kommunale Träger stellt darüber hinaus für seinen Rettungsdienstbereich sicher, dass eine Rettungsleitstelle (§ 6) einschließlich einer örtlichen Einsatzleitung (§ 7) und mindestens eine Desinfektionseinrichtung für die Raumdesinfektion von Krankenkraftwagen vorhanden sind. ⁴Jeder Träger des Rettungsdienstes stellt im Benehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (Kostenträger) für seinen Rettungsdienstbereich einen Plan auf, aus dem sich ergibt, wie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes sichergestellt werden soll. ⁵Der Plan ist regelmäßig fortzuschreiben. ⁶Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Plans sind die Kapazitäten des nach § 19 genehmigten Krankentransports im Rettungsdienstbereich zu berücksichtigen.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) ¹Die Rettungsleitstelle ist die Einsatzzentrale für den Rettungsdienst eines Rettungsdienstbereichs. ²Die Rettungsleitstelle soll zusammen mit den Feuerwehr-Einsatz-Leitstellen im Rettungsdienstbereich betrieben werden (integrierte Leitstelle). ³Die Rettungsleitstellen und die integrierten Leitstellen sollen für mehrere Rettungsdienstbereiche als gemeinsame Rettungsleitstelle oder als gemeinsame integrierte Leitstellen betrieben werden.“

- b) Es wird der folgende neue Absatz 2 eingefügt:

„(2) ¹Die gemeinsamen Rettungsleitstellen und die gemeinsamen integrierten Leitstellen sollen zusammen mit den entsprechenden Einrichtungen der Polizei unbeschadet der jeweiligen Zuständigkeiten betrieben werden (kooperative Regionalleitstellen). ²Das Land und die jeweiligen kommunalen Träger regeln den Betrieb der kooperativen Regionalleitstellen durch Vereinbarung.“

- c) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden Absätze 3 bis 6.

- d) Im neuen Absatz 5 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„²Die Träger der Krankenhäuser im Rettungsdienstbereich gewährleisten, dass der Rettungsleitstelle laufend die verfügbaren Behandlungskapazitäten gemeldet werden.“

- e) Im neuen Absatz 6 erhält Satz 1 folgende Fassung:
- „¹Für den Einsatz von Rettungsluftfahrzeugen ist die Rettungsleitstelle des Stationierungsortes zuständig, soweit nicht die zentrale Koordinierungsstelle zuständig ist.“
4. Nach § 6 wird der folgende § 6 a eingefügt:
- „§ 6 a
Zentrale Koordinierungsstelle
- (1) ¹Das Land betreibt eine zentrale Koordinierungsstelle. ²Sie koordiniert den Einsatz von Rettungsluftfahrzeugen zur Beförderung von Kranken, Verletzten und Hilfsbedürftigen aus einer Behandlungseinrichtung in eine andere Behandlungseinrichtung, wenn die Beförderung aufgrund medizinischer Indikation mit einem Rettungsluftfahrzeug mit ärztlicher Begleitung durchzuführen ist.
- (2) ¹Das Land kann Dritte mit den Aufgaben der zentralen Koordinierungsstelle beauftragen. ²Für die Beauftragung gilt § 5 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 entsprechend.“
5. In § 7 Abs. 2 werden die Worte „technischen Leiterin oder einem technischen Leiter“ durch die Worte „organisatorischen Leiterin oder einem organisatorischen Leiter“ ersetzt.
6. § 8 Abs. 3 erhält folgende Fassung:
- „(3) ¹In jeder Rettungswache hält sich eine Notärztin oder ein Notarzt für den Einsatz bereit. ²Sie oder er kann sich auch in einem geeigneten Krankenhaus bereithalten. ³In Ausnahmefällen kann sich die Notärztin oder der Notarzt an einem anderen geeigneten Ort bereithalten. ⁴Das Notarzteinsatzfahrzeug oder der Notarztwagen befindet sich am Aufenthaltsort der Notärztin oder des Notarztes.“
7. In § 9 Satz 2 werden im ersten Klammerzusatz nach dem Wort „Notarztwagen“ ein Komma und das Wort „Intensivtransportwagen“ und im zweiten Klammerzusatz nach dem Wort „Rettungshubschrauber“ ein Komma und das Wort „Intensivtransporthubschrauber“ eingefügt.
8. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:
- In Satz 1 werden nach dem Wort „muss“ die Worte „fachlich und gesundheitlich“ eingefügt.
- b) Es werden die folgenden Absätze 2 und 3 angefügt:
- „(2) ¹Krankenkraftwagen sind im Einsatz in der Regel mit mindestens zwei fachlich und gesundheitlich geeigneten Personen zu besetzen. ²Bei einer Notfallrettung ist mindestens eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent und beim qualifizierten Krankentransport mindestens eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter einzusetzen.
- (3) ¹Jeder Träger des Rettungsdienstes bestellt für jeden Rettungsdienstbereich eine Ärztliche Leiterin oder einen Ärztlichen Leiter, die oder der den Rettungsdienst in medizinischen Fragen sowie in Angelegenheiten des Qualitätsmanagements leitet. ²Mehrere Träger des Rettungsdienstes sollen eine gemeinsame Ärztliche Leiterin oder einen gemeinsamen Ärztlichen Leiter bestellen. ³Die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter ist auch für die Aus- und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten nicht-ärztlichen Personals verantwortlich.“
9. In § 11 Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „einheitlichen“ durch das Wort „landeseinheitlichen“ ersetzt.
10. In § 12 Abs. 1 werden nach dem Wort „„Rettungshubschrauber““ ein Komma und das Wort „„Intensivtransporthubschrauber““ und nach dem Wort „„Notarztwagen““ ein Komma und das Wort „„Intensivtransportwagen““ eingefügt.

11. § 13 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird der folgende Satz 4 angefügt:
„⁴Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium kann weitere sachkundige Personen als Mitglieder in den Landesausschuss berufen.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Fortentwicklung“ ein Komma und die Worte „insbesondere mit Qualitätsstandards für die Notfallrettung und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst“ eingefügt.
 - bb) Es wird der folgende neue Satz 2 eingefügt:
„²Der Landesausschuss ‚Rettungsdienst‘ schlägt die landeseinheitlichen Muster nach § 11 Abs. 1 Satz 2 vor.“
 - cc) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.
12. § 15 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:
„(1) ¹Der Träger des Rettungsdienstes vereinbart mit den Kostenträgern privatrechtliche Entgelte für seine Leistungen des Rettungsdienstes. ²Es können auch pauschale Leistungsentgelte sowie ein- oder mehrjährige pauschalisierte Jahresentgelte vereinbart werden. ³Innerhalb eines Rettungsdienstbereichs sind für die Leistungen gleiche Entgelte zu vereinbaren. ⁴Die Summe der Entgelte muss die vom Träger des Rettungsdienstes und den Kostenträgern einvernehmlich festgestellten notwendigen Gesamtkosten des Rettungsdienstes decken. ⁵Maßstab für die Notwendigkeit sind die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze 1 bis 3 ersetzt:
„¹Hat ein Träger des Rettungsdienstes einen Dritten mit der Durchführung der Leistungen des Rettungsdienstes beauftragt, so kann er es ihm überlassen, die Vereinbarung nach Absatz 1 zu schließen. ²Tut er dies nicht, so hat er dem Beauftragten Gelegenheit zu geben, an den Verhandlungen teilzunehmen. ³Eine Vereinbarung zwischen dem Beauftragten und den Kostenträgern bedarf der Zustimmung des Trägers des Rettungsdienstes.“
 - bb) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Absatz 3.
13. In § 21 Abs. 1 werden die Worte „geändert durch Artikel 4 des Haushaltsbegleitgesetzes 1991 vom 24. Juni 1991 (Bundesgesetzbl. I S. 1314)“ durch die Worte „zuletzt geändert durch Artikel 292 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)“ ersetzt.
14. § 22 Abs. 1 erhält folgende Fassung:
- „(1) ¹Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn
- 1. die Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes gewährleistet sind,
 - 2. keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit des Unternehmers oder der für die Führung der Geschäfte bestellten Person dartun,
 - 3. der Unternehmer oder die für die Führung der Geschäfte bestellte Person fachlich geeignet ist und
 - 4. aufgrund einer mindestens dreimonatigen Untersuchung und Bewertung der Einsätze im Rettungsdienstbereich zur Feststellung des Bedarfs eine Beeinträchtigung des öffentlichen Interesses an einem funktionsfähigen, bedarfsgerechten, flächendeckenden und wirtschaftlichen Rettungsdienst nicht zu erwarten ist.

²Die Untersuchung und Bewertung nach Satz 1 Nr. 4 muss insbesondere die Auslastung und die Abstimmung des Einsatzes der Rettungsmittel, die Zahl und die Dauer der Einsätze, die Eintreffzeiten und die Entwicklung der Gesamtkosten im Rettungsdienstbereich berücksichtigen. ³Sie dürfen zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag nicht älter als ein Jahr sein.

15. § 26 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Abweichend von § 49 Abs. 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 1 Abs. 1 des Niedersächsischen Verwaltungsverfahrensgesetzes kann eine Genehmigung auch widerrufen werden, wenn der Unternehmer oder die für die Führung der Geschäfte bestellte Person die ihr gesetzlich obliegenden arbeitsrechtlichen, sozialrechtlichen oder die sich aus dem Unternehmen ergebenden steuerrechtlichen Verpflichtungen wiederholt nicht erfüllt hat.“

16. In § 27 werden die Worte „Artikel 4 der Zweiten Verordnung zur Änderung personenbeförderungrechtlicher Vorschriften vom 30. Juni 1989 (Bundesgesetzbl. I S. 1273)“ durch die Worte „Artikel 477 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)“ ersetzt.
17. In § 29 werden die Worte „14. Januar 1981 (Bundesgesetzbl. I S. 61), zuletzt geändert durch Artikel 37 des Dritten Rechtsbereinigungsgesetzes vom 28. Juni 1990 (Bundesgesetzbl. I S. 1221)“ durch die Worte „vom 27. März 1999 (BGBl. I S. 550), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Mai 2006 (BGBl. I S. 1223)“ ersetzt.
18. In § 30 wird im einleitenden Satzteil das Wort „Landesministerium“ durch die Worte „für den Rettungsdienst zuständige Ministerium“ ersetzt.
19. § 32 erhält folgende Fassung:

„§ 32

Übergangsvorschrift

„Wer am (Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes) eine Genehmigung besitzt und zwischen dem (Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes) und dem 1. Januar 2016 eine neue Genehmigung beantragt, erhält diese, wenn die Voraussetzungen des § 22 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 vorliegen.“

Artikel 2

Neubekanntmachung

Das Ministerium für Inneres und Sport wird ermächtigt, das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz in der nunmehr geltenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und dabei Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil**I. Anlass und Ziel des Gesetzes**

Das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) vom 29. Januar 1992 (Nds. GVBl. S. 21) hat sich in der Praxis weitgehend bewährt.

Die Anwendung des geltenden Gesetzes hat gezeigt, dass einzelne Regelungen anpassungsbedürftig sind und dass bereits in der Praxis bewährte Verfahren auf eine gesicherte Rechtsgrundlage gestellt werden sollten. Ohnehin zwingt der stetig zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen dazu, verstärkt Rationalisierungsreserven auszuschöpfen und sich bietende Synergieeffekte zu nutzen.

Die aus Sicherheitsgründen zwingend erforderliche und mit hohen Investitionskosten verbundene Einführung des Digitalfunks bei den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) bietet den Anlass dafür, die Leitstellenstruktur in Niedersachsen grundlegend zu überdenken.

Auf Ortsebene arbeiten die Beteiligten der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr bereits heute schon eng zusammen. Die nahezu flächendeckend vorhandene Kombination von Rettungs- und Feuerwehr-Einsatz-Leitstellen hat sich aus Sicherheits- und Kostengründen bewährt. Sie soll auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden.

Ein gewichtiger Teil der Einsätze berührt aber auch polizeiliche Aufgaben. Vor diesem Hintergrund wurden in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten (Kommunale Spitzenverbände, Kommunen, Landesfeuerwehrverband, Hilfsorganisationen, Krankenkassen als Kostenträger des Rettungsdienstes) Vorschläge für eine neue Leitstellenstruktur erörtert. Dabei hat sich ergeben, dass viele Argumente für eine Kooperation von Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei in einer Leitstelle unter weitgehend gemeinsamer Nutzung der räumlichen und technischen Ressourcen und unter Beibehaltung der jeweiligen Zuständigkeiten sprechen (kooperative Regionalleitstellen). Die dabei entstehende bessere Koordination der fachlichen Einzelschritte im Einsatz, die damit verbundenen effektiveren Arbeitsergebnisse bei der Einsatzabwicklung und die einräumige funktionale Aufgabenerledigung führen im Ergebnis zu einem deutlichen Sicherheitszuwachs für die Bürger. Daher wird auch die flächendeckende Einführung der kooperativen Regionalleitstellen in Niedersachsen angestrebt. Das Gesetz soll dafür die rechtlichen Möglichkeiten für entsprechende Zusammenschlüsse zwischen dem Land und den kommunalen Aufgabenträgern auf freiwilliger Basis eröffnen.

II. Inhalt des Gesetzes

Der Entwurf des Gesetzes hat folgende Schwerpunkte:

1. Bisher gibt es landesweit bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst 75 Leitstellen. Die Landesregierung beabsichtigt, die Leitstellenstrukturen grundlegend zu reformieren, um den steigenden Sicherheitsansprüchen im Bereich der nichtpolizeilichen und polizeilichen Gefahrenabwehr gerecht werden zu können. Hierzu sollen landesweit kooperative Regionalleitstellen eingerichtet werden. Auf freiwilliger Basis schließen das Land und die jeweiligen kommunalen Träger Vereinbarungen ab, die den Betrieb der jeweiligen kooperativen Regionalleitstelle regeln. Zuvor werden die räumlichen Bereiche einvernehmlich festgelegt, innerhalb derer die kommunalen Träger und die Polizeibehörden eine kooperative Regionalleitstelle unter Beibehaltung der jeweiligen Zuständigkeiten betreiben (Leitstellenbereich). Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die gemeinsame Nutzung räumlicher und technischer Ressourcen.
2. Die Kosten des gesamten Rettungsdienstes werden von den gesetzlichen Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (Kostenträger) finanziert. Aus diesem Grunde sollen die Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kostenträger bei der Aufstellung der Bedarfspläne und bei den Entgeltvereinbarungen verbessert werden. Insbesondere für die Vereinfachung von Abrechnungsverfahren sollen die

Kostenträger die Möglichkeit erhalten, mit den Aufgabenträgern pauschale Entgelte zu vereinbaren. Ferner können die Aufgabenträger die Führung der Entgeltverhandlungen mit den Kostenträgern den Beauftragten überlassen, wobei das Verhandlungsergebnis in jedem Fall von den Aufgabenträgern als Verantwortliche für den Rettungsdienst genehmigt werden muss.

3. Die Sicherstellung von Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr sowie der Daseins- und Gesundheitsvorsorge. Mit Blick auf die zu schützenden Rechtsgüter Leben und Gesundheit haben die Patienten einen Anspruch auf fachlich qualifizierte Versorgung. Die Qualität der Erstversorgung - gewissermaßen das erste Glied der traditionellen „Rettungskette“ - beeinflusst in maßgeblichem Umfang das Ergebnis der Notfallversorgung und den späteren Erfolg der Weiterbehandlung. Um diesen Gesichtspunkten gerecht zu werden, sollen die Mindestanforderungen an das im Rettungsdienst eingesetzte Personal präzisiert werden.

Als weitere Neuerung wird ein effizientes Qualitätsmanagement eingeführt, um einerseits Qualitätsanforderungen einheitlich definieren und andererseits Wirtschaftlichkeitsreserven aufdecken und erschließen zu können. Mittlerweile schreibt das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs für den Gesundheitsbereich eine Qualitätskontrolle vor, so dass auch unter diesem Blickwinkel die Einführung von qualitätssichernden Maßnahmen geboten erscheint.

In jedem Rettungsdienstbereich soll zukünftig vom Rettungsdienststräger eine Ärztliche Leiterin oder ein Ärztlicher Leiter bestellt werden, die oder der für die Qualitätssicherung sowie für die Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Personals verantwortlich ist. Aus organisatorischen oder wirtschaftlichen Gründen sollen mehrere benachbarte kommunale Träger eine gemeinsame Ärztliche Leitung bestellen.

4. In Niedersachsen gibt es seit dem 1. August 1998 eine in Hannover ansässige, zentrale Koordinierungsstelle, die landesweit Einsatzflüge der Rettungsluftfahrzeuge zur Durchführung sog. Sekundärtransporte organisiert und koordiniert. Sekundärtransporte sind aus medizinischer Sicht notwendige Verlegungstransporte von Patienten unter ärztlicher Betreuung von einer Behandlungseinrichtung in eine andere. Der Sekundärtransport wird erstmals im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz definiert, um den Aufgabenbereich der zentralen Koordinierungsstelle klar und eindeutig umschreiben zu können.

Die zentrale Koordinierung der Sekundärtransporte mit Rettungsluftfahrzeugen hat sich in der Praxis aus ökonomischen Gesichtspunkten bewährt. Die Einrichtung der zentralen Koordinierungsstelle soll daher auf Dauer im Gesetz verankert werden.

5. Der Rettungsdienst, bestehend aus Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport, ist in allen Bundesländern als öffentliche Aufgabe definiert. In Niedersachsen werden Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport in medizinischer, funktionaler und wirtschaftlicher Einheit wahrgenommen. Diese organisatorische Zusammenfassung soll erhalten bleiben und insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen gestärkt werden. Die Genehmigungsvoraussetzungen für den qualifizierten Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes werden daher im Bereich der so genannten Beeinträchtigungsprüfung präziser gefasst. Daneben sollen die kommunalen Träger aus ökonomischen Gründen die Möglichkeit erhalten, vorhandene Kapazitäten im Bereich des qualifizierten Krankentransports außerhalb des Rettungsdienstes in die Bedarfsplanung des Rettungsdienstes mit einzubeziehen.

III. Auswirkungen auf die Umwelt und Auswirkungen von frauenpolitischer Bedeutung

Spezifische Auswirkungen auf die Umwelt ergeben sich nicht. Der Gesetzentwurf enthält auch keine Regelungen von speziell frauenpolitischer Bedeutung.

IV. Kosten und haushaltsmäßige Auswirkungen:

Die Zusammenlegung von Leitstellen im Bereich des Rettungsdienstes und der Feuerwehr und die flächendeckende Einführung von kooperativen Regionalleitstellen zusammen mit der Polizei wird zu erheblichen Einsparungen bei den Kostenträgern (Rettungsdienst), Kommunen (Feuerwehr) und beim Land (Polizei) führen. Ausgehend vom Konzept des Ministeriums für Inneres und Sport für 10 kooperative Regionalleitstellen lassen sich nach zurückhaltenden überschlägigen Berechnungen beim Rettungsdienst und bei der Feuerwehr jährlich ca. 12,3 Mio. Euro Personalkosten einsparen. Hinzu kommen Sachkosten in Höhe von ca. 16,7 Mio. Euro, wenn statt der 47 Feuerwehr- und Rettungsleitstellen nur noch 10 kooperative Regionalleitstellen betrieben werden. Dabei werden die 2005 vorhandenen 49 Leitstellen zugrunde gelegt und zum einen wegen der gemeinsamen Leitstelle der Region und der Landeshauptstadt Hannover um eine vermindert, zum anderen durch die Zusammenlegung der Leitstellen des Landkreises Peine und der Stadt Braunschweig zu einer gemeinsamen Leitstelle um eine weitere reduziert. Für die Polizei ergeben sich bei einer Reduzierung von zurzeit 27 Leitstellen (ohne Polizeidirektion Hannover, die zunächst ausgeklammert wird) auf 10 voraussichtlich Effizienzgewinne im Personalbereich von jährlich ca. 2,3 Mio. Euro. Bei der Umrüstung der polizeilichen Leitstellen auf Digitalfunk ergibt sich ein Einsparpotential von einmalig ca. 9 Mio. Euro.

Nicht näher bezifferbare Einsparungen ergeben sich durch den Verzicht auf anstehende Neubauten von Leitstellen (Rettungsdienst und Feuerwehr) in einzelnen Landkreisen. Ferner werden durch die drastische Reduzierung der Anzahl der Leitstellen laufende Ausgaben für Energie und Technik (Pflege und Wartung) gesenkt. Durch die Möglichkeit, eine landesweit einheitliche Leitstellensoftware im Zuge der Einführung des Digitalfunks ausschreiben zu können, sind weitere Einspareffekte zu erwarten.

Die gesetzliche Festschreibung der zentralen Koordinierungsstelle für den Bereich der Luftrettung verursacht keine Mehrkosten, da die Einrichtung bereits existiert und mit der Gesetzesänderung nur auf eine gesicherte rechtliche Grundlage gestellt wird. Die Kosten der zentralen Koordinierungsstelle sind Kosten des Rettungsdienstes i. S. der §§ 14 und 15 NRettDG und werden wie bereits jetzt von den Kostenträgern übernommen. Die landesweite Koordinierung der von der Luftrettung durchgeführten Sekundärtransporte führt dazu, die Gesamtkosten des Rettungsdienstes in diesem Bereich weiter zu stabilisieren.

Alle übrigen Gesetzesänderungen zielen darauf ab, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven im System zu erschließen und damit die Sozialversicherungsträger zu entlasten. Letztlich kommt dies auch den Bürgerinnen und Bürgern über stabilere Beitragssätze für die Sozialversicherung zugute.

V. Verbandsbeteiligung:

Die Landesregierung hat am 6. Dezember 2005 die Freigabe des Gesetzentwurfs zur Verbandsanhörung beschlossen. An der Verbandsanhörung wurden beteiligt:

Gruppe der Rettungsdienststräger:

- Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens,
- Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V.,

Gruppe der Kostenträger:

- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
- BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen,
- IKK - Landesverband Niedersachsen,
- Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,
- Knappschaft - Verwaltungsstelle Hannover,

- Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK), Landesvertretung Niedersachsen,
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Landesvertretung Niedersachsen.

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben.

- Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (LVBG)

Der LVBG hat sich der Stellungnahme der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen angeschlossen.

Gruppe der Hilfsorganisationen/Beauftragten:

- Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.,
- Deutsches Rote Kreuz, Landesverband Niedersachsen e. V.,
- Deutsches Rote Kreuz, Landesverband Oldenburg e. V.,
- Arbeiter-Samariter-Bund, Landesverband Niedersachsen e. V.,
- Malteser-Hilfsdienst gGmbH,
- Malteser Hilfsdienst e. V.,
- Deutsche-Lebensrettungsgesellschaft, Landesverband Niedersachsen e. V.,
- ADAC Luftrettung gGmbH (ADAC),
- Deutsche Rettungsflugwacht e. V.,
- HSD Flugbetrieb GmbH & Co. KG.

Gruppe der Ärzteschaft:

- Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V. (AGNN),
- Forum Leitende Notärzte e. V. (FLNN),
- Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN),
- Zentrum Anästhesiologie der Universität Göttingen, Rettungs- und Intensivmedizin (UKG),
- Medizinische Hochschule Hannover, Stabsstelle für interdisziplinäre Notfall- und Katastrophenmedizin (MHH),
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen - KVN.

Gruppe der privaten Krankentransportunternehmen:

- Bund Eigenständiger Krankentransport/Rettungs- und Sanitätshilfedienste in Norddeutschland e. V.,
- Gesamtverband Verkehrsgewerbe Niedersachsen e. V. (GVN),
- Berufsverband für den Rettungsdienst e. V. (BVRD).

Sonstige:

- Niedersächsische Krankenhaus-Gesellschaft e. V. (NKG),
- Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirk Niedersachsen-Bremen-Sachsen-Anhalt,
- dbb - beamtenbund und tarifunion, Landesbund Niedersachsen.
- Gewerkschaft der Polizei Niedersachsen (GdP),
- Bundesverband freier Rettungsassistentenschulen.

Das Ergebnis der Verbandsbeteiligung zu den einzelnen Bestimmungen ist im Besonderen Teil der Begründung dargestellt. Soweit darüber hinausgehender allgemeiner Änderungsbedarf gesehen wird, stellt sich dieser zusammengefasst wie folgt dar:

Zum Gesetzentwurf allgemein:

Der Grundsatz der Beitragsstabilität müsse nach Auffassung der Kostenträger als Grundprinzip im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz verankert werden, um den steigenden Gesundheitskosten Einhalt zu gebieten (Koppelung der Ausgaben- an die Einnahmenseite). Die Trennung zwischen Planungs- und Kostenverantwortung führe zur Unwirtschaftlichkeit ebenso wie die damit verbundene ausufernde Bürokratie. Die Verwaltungskosten im Rettungsdienst lägen mit nahezu 10 % deutlich zu hoch. Neben der Zusammenlegung von Leitstellen müsse auch die Anzahl der Rettungsdienstbereiche (derzeit 51) deutlich auf elf reduziert werden. In jedem der elf neuen Rettungsdienstbereiche sei ein Bereichsausschuss einzurichten, der paritätisch aus Vertretern der Rettungsdienstträger und Kostenträger bestehe und über bedeutende Fragen des Rettungsdienstes abschließend entscheide (u. a. Strukturplanung, zentrale Beschaffung und Bildung von Budgets für die Leitstelle, zentrale Abrechnungsstelle, Qualität der Leistungserbringung). Ferner müsse die Pflicht zur bereichsübergreifenden Zusammenarbeit gesetzlich festgeschrieben werden.

Die bisher in der § 2 Abs. 3 der Verordnung über die Bemessung des Bedarfs an Einrichtungen des Rettungsdienstes geregelte Eintreffzeit müsse nach Ansicht der Vertreter der Ärzteschaft (UKG, MHH, AGNN, FLNN) als gesetzliche Hilfsfrist in das Gesetz aufgenommen und auch bei der Verteilung der Notarztstandorte beachtet werden.

Ärztevertreter (MHH, ÄKN, FLLN, AGNN) vermissen im Gesetzentwurf Regelungen zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterhalb der Schwelle eines Katastrophenfalls.

Die DRF ist der Ansicht, dass sich das bisher geltende Recht in der Luftrettung bewährt habe. Es bestehe kein Novellierungsbedarf.

Nachfolgender zu einzelnen Bestimmungen geäußerter Änderungsbedarf ist nicht in die Novellierung eingegangen, da es sich um spezielle Wünsche einzelner Beteiligungsgruppen handelt, deren Berücksichtigung sich in nicht tolerierbarem Maß nachteilig auf die übrigen Beteiligten im Rettungsdienst auswirken könnte:

Zu § 1 (Geltungsbereich):

Die NKG fordert mit Blick auf die Organisationshoheit der jeweiligen Krankenhausträger, krankenhauseneigene Patiententransporte aus dem Anwendungsbereich des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes herauszunehmen (Erweiterung des § 1 Abs. 2 Nr. 3). Die Johanniter wollen das Gesetz nicht für Beförderungen durch Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz und im Sanitätsdienst gelten lassen.

Zu § 2 (Aufgabe):

Nach Ansicht der Kostenträger falle die Wasser- und Bergrettung nicht in den Geltungsbereich des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes, da es hierbei nicht um die Versorgung und den Transport von Patienten gehe, sondern nur um deren Bergung. Hingegen wünscht die DLRG die Aufnahme des Wasserrettungsdienstes in das Gesetz.

Zu § 5 (Beauftragte):

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände regt an, das Kriterium der „gewachsene Strukturen“ bei der Auswahl der Beauftragten zu streichen. Dies stehe im Widerspruch zum Ziel des Gesetzentwurfs, die Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst zu optimieren. Auch die Kostenträger sehen die „gewachsenen Strukturen“, die den Besitzstand aller vor dem Inkrafttreten des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes im Rettungsdienst tätigen Leistungserbringern wahren sollen, als unwirtschaftlich an.

Zu § 18 (Schiedsstelle):

Nach Meinung der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände habe das Schiedsverfahren nicht die ihm zugedachte Befriedungsfunktion. Das Schiedsverfahren müsse daher ersatzlos entfallen. Die Kostenträger fordern eine gesetzliche Frist, innerhalb der die Schiedsstelle entscheiden müsse, um die Verfahrensdauer zu verkürzen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes):

Zu Nummer 1 (§ 1):

Die statische Gesetzesverweisung wird durch eine dynamische ersetzt. Es ist selbstverständlich, dass Bundesrecht durch Landesrecht nicht berührt werden kann.

Zu Nummer 2 (§ 4):

Der Gesetzentwurf sieht den Intensivtransportwagen als neues Rettungsmittel vor (vgl. § 9 Satz 2). Um eine wirtschaftliche Auslastung sicherzustellen, soll ein Intensivtransportwagen von mehreren kommunalen Trägern gemeinsam genutzt werden. Grundsätzlich ist wegen des Transports zu anderen Krankenhäusern von einem überregionalen Bedarf auszugehen.

Mit Blick auf die erheblichen Kosten im öffentlichen Rettungsdienst ist bereits bei der Aufstellung der Bedarfspläne eine stärkere Einbindung der Kostenträger geboten. Unstimmigkeiten zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern bei der Bedarfsplanung treten ohnehin spätestens beim Abschluss der Entgeltvereinbarung offen zu Tage. Daher sollen die Träger des Rettungsdienstes die Kostenträger zukünftig nicht nur anhören, sondern sich mit diesen über den Inhalt der Pläne, die den voraussichtlichen Bedarf darstellen, ins Benehmen setzen. Haben die Kostenträger bei der Aufstellung der Bedarfspläne Einwendungen, so werden die Träger des Rettungsdienstes durch die Benehmensregelung stärker als bisher verpflichtet sein, sich mit diesen Einwendungen auseinanderzusetzen.

In diesem Zusammenhang wird in Satz 4 ferner klargestellt, dass es schon bei der Aufstellung der Pläne darum geht, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes sicherzustellen. Die stärkere Betonung der Wirtschaftlichkeit ist angesichts der finanziellen Probleme im Gesundheitswesen dringend erforderlich, um weitere Kostensteigerungen zu vermeiden.

Der neue Satz 6 erlaubt es den Trägern des Rettungsdienstes, bei der Aufstellung der Bedarfspläne die Kapazitäten des qualifizierten Krankentransportes außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes (Genehmigungsinhaber nach den §§ 19 bis 29 NRettDG) bei der Bedarfsplanung mit zu berücksichtigen. Dies ist nach bisheriger Gesetzeslage nicht möglich. Die Einbeziehung führt zu einer Verringerung der Vorhaltekosten und damit insgesamt zu mehr Wirtschaftlichkeit im öffentlichen Rettungsdienst.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung für den Intensivtransportwagen, die eine unkoordinierte, überhöhte und unwirtschaftliche Vorhaltung vermeidet (Kostenträger, UKG), wird mit dem neuen Satz 2 in Absatz 4 Rechnung getragen.

Die „Benehmensregelung“ bei der Aufstellung der Bedarfspläne wird von der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände als zu weitgehend und von den Kostenträgern als nicht weitgehend genug angesehen. Das UKG fordert ferner genauere gesetzliche Regelungen für die Bedarfsplanung, um kostenintensive Verhandlungen und Schiedsverfahren zu vermeiden.

Diese Stellungnahmen zeigen, dass der Gesetzentwurf einen ausgewogenen Kompromiss darstellt, denn er erweitert mit Augenmaß die Mitwirkungsmöglichkeiten der Kostenträger bei der Bedarfsplanung, ohne den Sicherstellungsauftrag der Rettungsdienststräger außer Acht zu lassen.

Der von einigen (ASB, DRK, Malteser, DRF) geforderten Einbindung der Beauftragten in die Bedarfsplanung wird nicht gefolgt. Liegt eine Beauftragung vor, so wird der Rettungsdienststräger sich ohnehin im Vorfeld mit seinen Beauftragten beraten und abstimmen. Eine gesetzliche Regelung hierfür ist überflüssig.

Einige Hilfsorganisationen und Beauftragte (DRK, Malteser, ASB, DRF) sehen im neuen Satz 5 die Gefahr, dass die Anrechnung zum Abbau von Krankentransportkapazitäten im öffentlichen Rettungsdienst führen werde. Damit stehe die Einheit von Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport auf dem Spiel, die insbesondere aus wirtschaftlichen und medizinischen Gründen uneingeschränkt aufrechterhalten bleiben müsse.

Eine völlige Außerachtlassung der Kapazitäten des qualifizierten Krankentransportes außerhalb des Rettungsdienstes führt zwangsläufig zu unwirtschaftlichen Überkapazitäten. Der neue Satz 6 will hier Abhilfe schaffen, ohne die Systematik des § 1 Abs. 1 NREttDG anzutasten.

Zu Nummer 3 (§ 6):

Ziel der landesweiten Neuordnung der Leitstellenstrukturen ist eine deutliche Steigerung der Sicherheit und der Effektivität von Alarmierung und Einsatzbewältigung. Gerade mit Blick auf die bevorstehende Einführung des Digitalfunks bis zum Jahr 2010 bietet sich die einmalige Chance, durch eine Kombination von Konzentration und neuer Technik die Sicherheitsstandards landesweit und flächendeckend deutlich zu erhöhen. Bereits in der Leitstelle kann mit der Digitaltechnik die jeweilige einsatzbezogene Kommunikation zwischen den Einsatzkräften („user group“) festgelegt und geschaltet werden. Hinzu kommt eine Steigerung der vorhandenen Professionalität in allen drei Einsatzbereichen (z. B. Optimierung der Kommunikation durch landesweit einheitliche Basistechnik, Senkung der Reaktionszeiten, ausreichend starker Personaleinsatz zu jeder Tages- und Nachtzeit, Erhöhung des Personalpuffers für Ausfälle und Belastungsspitzen). Ferner führt diese Neuordnung zu erheblichen Synergie- und Einspareffekten. Die Schaffung kooperativer Regionalleitstellen wird damit auch ein wichtiger Beitrag zur Kostendämpfung und Beitragsstabilität im Gesundheitswesen sein.

Die grundlegende Neuordnung wird dazu führen, dass der örtliche Zuständigkeitsbereich einer Rettungsleitstelle über den Rettungsdienstbereich hinausgeht. Zukünftig wird eine Rettungsleitstelle als Bestandteil der kooperativen Regionalleitstelle für mehrere Rettungsdienstbereiche zuständig sein.

Das Gebot der engen Zusammenarbeit benachbarter kommunaler Träger ist unverändert in § 4 Abs. 2 Satz 2 geregelt. Die Zusammenarbeit kann sich auf Einzelbereiche des Rettungsdienstes erstrecken bis hin zu einer Zusammenlegung von Rettungsdienstbereichen. Die geplante Regelung soll dieses Zusammenarbeitsgebot lediglich konkretisieren und unterstreichen.

Nach Absatz 1 Satz 2 soll die Rettungsleitstelle zusammen mit der für den Rettungsdienstbereich zuständigen Feuerwehr-Einsatz-Leitstelle betrieben werden. Die im Bereich Rettungsdienst und Feuerwehr vorhandenen 47 Leitstellen in Niedersachsen sind bereits bis auf zwei Ausnahmen sowohl Rettungs- als auch Feuerwehr-Einsatz-Leitstellen.

Satz 3 beschreibt das notwendige Zwischenziel, die Anzahl der vorhandenen Leitstellen im Rettungsdienst und bei der Feuerwehr deutlich zu reduzieren, indem für mehrere Rettungsdienstbereiche gemeinsame Rettungsleitstellen oder gemeinsame integrierte Leitstellen betrieben werden. Dieser Konzentrationsprozess liegt allein im Verantwortungsbereich der Kommunen, denen sowohl die Aufgabe des Rettungsdienstes als auch des Brandschutzes im eigenen Wirkungskreis obliegt.

Absatz 2 legt als Endziel fest, dass künftig die gemeinsamen Rettungsleitstellen oder die gemeinsamen integrierten Leitstellen zusammen mit den Leitstellen der Polizeibehörden betrieben werden sollen. Die jeweiligen Aufgabenzuständigkeiten beim Rettungsdienst, bei der Feuerwehr und der Polizei bleiben hierdurch jedoch unberührt. Die kommunalen Träger sollen den gesamten Neuordnungsprozess sowohl untereinander als auch mit dem Land im Konsens vollziehen. Hierdurch wird dem § 4 Abs. 2 NREttDG, der den kommunalen Trägern den öffentlichen Rettungsdienst als Pflichtaufgabe des eigenen Wirkungskreises zuweist, Rechnung getragen.

Einzelheiten des Betriebes der kooperativen Regionalleitstellen (Standort, Umfang der Zusammenarbeit, Finanzierung etc.) sollen die kommunalen Träger mit dem Land als gleichberechtigten Partner in einer Vereinbarung festlegen.

Satz 2 im neuen Absatz 5 wurde der Praxis entsprechend neu gefasst. Der alte Begriff „freie Betten“ (sog. Krankenhausbettennachweis) lässt u. a. OP-Kapazitäten, verfügbares Personal sowie vorhandene Intensiv-Verbrauchsmaterialien wie z. B. Blutkonserven außer Acht und ist insoweit zu eng. In der einschlägigen Fachliteratur wird daher zunehmend von „verfügbaren Behandlungskapazitäten“ gesprochen.

Die Neufassung des Satzes 1 in Absatz 6 ist notwendig, um eine genaue Aufgabenabgrenzung der Rettungsleitstellen für den Einsatz von Rettungsluftfahrzeugen von denen der zentralen Koordinierungsstelle nach § 6 a zu erreichen.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände sowie der Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V., der dbb, der DGB, die GdP und Vertreter der Ärzteschaft (UKG), sehen die Einrichtung der kooperativen Regionalleitstellen kritisch oder lehnen diese ab. Der gesetzlich nur beschränkt zulässige Daten- und Informationsaustausch zwischen Rettungsdienst/Feuerwehr und Polizei (Spannungsverhältnis zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Strafverfolgung) werde unterlaufen. Die Aufgabe Rettungsdienst werde von den kommunalen Trägern im eigenen Wirkungskreis erledigt, so dass nur freiwillige Lösungen in Betracht kämen. Die Soll-Regelungen des Gesetzentwurfs seien daher zu weitgehend. Durch größere Leitstellenbereiche gehe die im Einsatz unerlässliche Ortsnähe verloren. Der räumliche Zuschnitt müsse sich allein an den Aufgaben und Anforderungen des Rettungsdienstes orientieren. Polizeiliche Belange dürften auf keinen Fall im Vordergrund stehen. Auch sei das im Gesetzentwurf und in der Gesetzesfolgenabschätzung aufgezeigte Einsparvolumen nicht ausreichend nachvollziehbar dargelegt.

Die Kostenträger rügen den Gesetzentwurf als nicht weitgehend genug. Zwar sei ein freiwilliger Zusammenschluss von Leitstellen wünschenswert, das Gesetz müsse jedoch Zwangsmaßnahmen zulassen, wenn innerhalb einer bestimmten Frist (drei Jahre) freiwillige Fusionen nicht in ausreichender Anzahl zustande kommen sollten, wobei rettungsdienstliche Belange im Vordergrund stehen müssten.

Eine dritte Gruppe (BVFR, Malteser, DRK, ADAC, FLNN, ÄKN) begrüßt grundsätzlich die Zusammenlegung von Leitstellen.

Die sehr unterschiedlichen Anhörungsergebnisse entsprechen den verschiedenen Interessen beim Thema Leitstellen. Der Gesetzentwurf schafft einen angemessenen Ausgleich zwischen den Positionen. Insofern wird auf den Begründungstext verwiesen, der sich bereits mit den einzelnen Argumenten auseinandersetzt.

Zu Nummer 4 (§ 6 a):

Der überregionale Transport von Patienten, die wegen ihres Gesundheitszustandes nur mit einem Rettungsluftfahrzeug befördert werden können und dabei intensiv medizinisch fachgerecht betreut werden müssen, hat in den vergangenen Jahren vor dem Hintergrund der Neuordnung der Krankenhausstrukturen zunehmend an Bedeutung gewonnen. In Niedersachsen gibt es daher seit dem 1. August 1998 eine zentrale Koordinierungsstelle für Einsätze des sog. Sekundärtransports. Sie hat sich in der Praxis bewährt und soll nunmehr im Gesetz verankert werden. So soll auch in Zukunft die zentrale Koordinierungsstelle auf Anforderung ein geeignetes Rettungsluftfahrzeug insbesondere für die medizinisch notwendige Verlegung von Patienten mit ärztlicher Begleitung, den Transport von Blutkonserven und Medikamenten oder von medizinischen Spezialisten entsenden. Die zentrale Steuerung und Koordinierung des landesweiten Einsatzes der Rettungsluftfahrzeuge für Sekundärtransporte, bei Bedarf auch über die Landesgrenzen hinaus, sorgt für eine wirtschaftliche Auslastung. Unter diesem Gesichtspunkt ist eine Erweiterung der Aufgabenzuständigkeit der zentralen Koordinierungsstelle denkbar, so z. B. die Koordinierung des bodengebundenen Interhospitalverkehrs und dessen Vernetzung mit der Luftrettung.

Absatz 2 sieht vor, dass das Land die zentrale Koordinierungsstelle wie bisher auch im Wege der Beauftragung erfüllen kann.

Die zentrale Koordinierungsstelle steht mit sämtlichen Rettungsleitstellen des Landes in Kontakt, ohne jedoch in deren Aufgaben einzugreifen (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1).

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die bereits vorhandene zentrale Koordinierungsstelle findet breite Zustimmung.

Vereinzelt wird die Einbindung der Koordinierung der im Land eingesetzten Intensivtransportwagen gefordert (Malteser, ADAC, DRF, UKG, ÄKN). Diese Erweiterungsmöglichkeit sieht der Gesetzesentwurf ausweislich der Gesetzesbegründung ausdrücklich vor. Nähere gesetzliche Vorgaben sind jedoch derzeit nicht möglich, da das Modellprojekt „Intensivtransportwagen“ noch nicht abgeschlossen ist.

Zu Nummer 5 (§ 7):

Der Begriff des „technischen Leiters“ nach dem Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz kann mit dem „technischen Einsatzleiter“ nach § 22 des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes verwechselt werden. Eindeutiger und klarer ist daher die inzwischen bundesweit übliche und bereits in einigen Landesgesetzen gesetzlich normierte Formulierung „organisatorischer Leiter“.

Zu Nummer 6 (§ 8):

Die Regelung des Absatzes 3 hat in der Vergangenheit zu Streitigkeiten zwischen den kommunalen Trägern und den Kostenträgern über die notwendige Anzahl und die Standorte der Notärzte geführt. Mit der Neufassung des Absatzes 3 wird klargestellt, dass sich nicht in jeder Rettungswache des bodengebundenen Rettungsdienstes ein Notarzt bereithalten muss. Notärzte soll zukünftig vielmehr flexibel und bedarfsgerecht im Rettungsdienstbereich stationiert werden. Dies soll mit der Neuformulierung des Absatzes 3, die eine Anregung der Kostenträger aufgreift, erreicht werden.

Zu Nummer 7 (§ 9):

Die Verlegung von Notfallpatienten unter intensivmedizinischen Bedingungen hat in den letzten Jahren, insbesondere vor dem Hintergrund der Neuordnung der Krankenhausstrukturen, zugenommen. Für Verlegungsfahrten wird ein speziell ausgerüsteter Krankenkraftwagen benutzt, der sog. Intensivtransportwagen. Verlegungsflüge werden mit dem sog. Intensivtransporthubschrauber durchgeführt. Beide Rettungsmittel sollen in den Katalog des § 9 Satz 2 aufgenommen werden. Die bereits praktizierten Verlegungsfahrten und -flüge unter intensivmedizinischen Bedingungen werden damit auf eine rechtliche Grundlage gestellt.

Die Einführung des Intensivtransportwagens als Rettungsmittel hat nicht zur Folge, dass jeder kommunale Träger einen Intensivtransportwagen für seinen Rettungsdienstbereich anschaffen muss. Aus wirtschaftlichen Gründen wird es vielmehr sinnvoll sein, wenn bereits vorhandene Intensivtransportwagen in Absprache zwischen den Trägern auch überregional genutzt werden.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Aufnahme des Intensivtransporthubschraubers in den Katalog der Rettungsmittel beruht auf einem Vorschlag des ADAC und des HSD sowie des FLNN im Rahmen der Verbandsbeteiligung.

Zu Nummer 8 (§ 10):

Die bisher im Gesetz vorhandenen Regelungen über Qualitätsanforderungen für das im Rettungsdienst eingesetzte Personal sollen aussagekräftiger formuliert werden. Darüber hinaus enthält das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz im Gegensatz zu anderen Rettungsdienstgesetzen keine Vorschrift, welches Personal mit welchen Qualitätsanforderungen in der Notfallrettung und im qualifizierten Krankentransport einzusetzen ist.

Zur Sicherstellung einer angemessenen Qualität in der Notfallrettung und beim qualifizierten Krankentransport gehört auch die Qualifizierung des Rettungsfachpersonals. Der geänderte Satz 1 im

neuen Absatz 1 soll hierzu einen Beitrag leisten, indem die Eignung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals mit den Kriterien „fachlich“ und „gesundheitlich“ näher präzisiert wird. Schon aus haftungsrechtlichen Gründen hat der jeweilige Träger des Rettungsdienstes dafür zu sorgen, dass im Rettungsdienst nur Personal eingesetzt wird, das je nach Aufgabenwahrnehmung über entsprechende Mindestqualifikationen verfügt.

Erstmals werden im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz Regelungen darüber aufgenommen, in welcher Anzahl nichtärztliches Personal im bodengebundenen Rettungsdienst einzusetzen ist und wie es qualifiziert sein muss. Krankenkraftwagen sind in der Regel im Einsatz mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen. Ausnahmsweise kann hiervon abgewichen werden, wenn z. B. der Krankenkraftwagen ansonsten nicht einsetzbar wäre oder bei Notarzteinsatzfahrzeugen, die z. T. von den Notärzten selbst gefahren werden. In der Notfallrettung ist mindestens ein Rettungsassistent einzusetzen. Beim qualifizierten Krankentransport mit einem Krankenkraftwagen hat mindestens ein Rettungssanitäter den Patienten zu betreuen.

Der nunmehr festgelegte einheitliche Standard ist ein Mindeststandard, der nicht unterschritten werden darf. Er soll einerseits zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst beitragen. Andererseits sollen damit einheitliche Mindestgrundlagen bei der Aufstellung der Bedarfspläne und bei der Errechnung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten des Rettungsdienstes geschaffen werden. Von weiteren Regelungen wurde abgesehen, um insbesondere den kommunalen Trägern genügend Spielräume mit Blick auf den laufenden Prozess der Entbürokratisierung zu ermöglichen.

Absatz 3 sieht erstmals vor, dass eine Ärztliche Leiterin oder ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst vom jeweiligen Träger des Rettungsdienstes zu bestellen ist. Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen sollen benachbarte Rettungsdienststräger auch eine gemeinsame Ärztliche Leiterin oder einen gemeinsamen Ärztlichen Leiter für ihre Rettungsdienstbereiche bestellen. Hierbei enthält der Gesetzestext bewusst keine näheren Regelungen über Art und Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (haupt- oder nebenamtlich), denn je nach Größe und Besiedlungsdichte des Rettungsdienstbereiches können sich hier Unterschiede ergeben. Die Aufnahme der „Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst“ oder des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ wurde im Rahmen der Verbandsanhörung mehrfach gefordert (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V., UKG, MHH, Ärzteschaft, DRK, ASB, Johanniter, Malteser, BVRD).

Die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist eine im Rettungsdienst tätige Ärztin oder ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, die oder der die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst ausübt und für die Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung und Betreuung der Patienten verantwortlich ist. Ihr oder ihm obliegt das medizinische Qualitätsmanagement, für das sie oder er, sofern noch nicht vorhanden, die Grundsätze festlegt und die dafür notwendigen Strukturen aufbaut. Ferner ist sie oder er dafür verantwortlich, dass die Prozessabläufe sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden. Darüber hinaus wirkt die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst bei der Aus- und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten nichtärztlichen Personals mit (z. B. Planung, Koordination der Aus- und Fortbildung sowie Lerninhalte).

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände spricht sich generell gegen gesetzlich normierte Personalstandards aus, da dies mit der kommunalen Wahrnehmung des Rettungsdienstes als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises unvereinbar sei. Auch die NKG sieht die bisherigen Regelungen als ausreichend an. Die Kostenträger lehnen Detailregelungen im Gesetz über Personalstandards wegen der Kostenfolgen als unnötig ab. Hingegen fordern andere (Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V., UKG, MHH, AGNN, FLNN, ÄKN, BVFR, DRK, ASB, Johanniter, Malteser, DRK, BVRD) noch detaillierte Regelungen über die Qualifikation des Personals. Insbesondere wird gefordert, dass der Gesetzgeber die Personalbesetzung der einzelnen Rettungsmittel vorgeben solle. Ferner werden genauere Regelungen über die Aus- und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals, auch der Ärztinnen und Ärzte sowie des Leitstellenpersonals, verlangt. Die DRF fordert auch Regelungen über das in der Luftrettung eingesetzte Personal. Die DLRG begrüßt die Gesetzesänderung zu § 10 Abs. 1.

Der Gesetzentwurf beschränkt sich bewusst auf Regelungen, die zur Sicherung des hohen Qualitätsstandards im niedersächsischen Rettungsdienst unerlässlich sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der öffentliche Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr verstanden wird. Auch im Interesse der Patienten sind Mindestqualitätsanforderungen beim eingesetzten Personal unverzichtbar. Andererseits könnten detailliertere Vorgaben die kommunalen Träger unnötig in ihrer Aufgabenwahrnehmung einschränken und sich als kostentreibend erweisen. Daher stellt die vorliegende Neufassung des § 10 einen angemessenen Interessenausgleich zwischen den verschiedenen Positionen dar.

Zu Nummer 9 (§ 11):

Die landesweite Vereinheitlichung der Erhebung von Zahlen- und Datenmaterial im Rettungsdienst ist unabdingbare Voraussetzung, um Leistungsvergleiche zwischen den einzelnen Trägern des Rettungsdienstes erstellen zu können. Nur so lassen sich weitere Wirtschaftlichkeitsreserven im öffentlichen Rettungsdienst belastbar aufdecken und erschließen. Landesweit einheitliches Zahlen- und Datenmaterial ist auch die Grundlage für ein wirkungsvolles und effizientes Qualitätsmanagement, das ebenfalls im Zuge der Novellierung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes eingeführt werden soll (§ 13 Abs. 2 Satz 1 neu). Die Erstellung der Muster ist Aufgabe des Landesausschusses „Rettungsdienst“ (§ 13 Abs. 2 Satz 3 neu).

Zu Nummer 10 (§ 12):

Die Änderung ist eine Folge der Einführung des Intensivtransportwagens als neues Rettungsmittel (vgl. zu Nummer 6). Gleiches gilt für den Intensivtransporthubschrauber.

Zu Nummer 11 (§ 13):

Der Landesausschuss besteht aus Mitgliedern, die als Vertreter der Aufgaben- und Kostenträger sowie der Beauftragten in besonderer Weise geeignet sind, den Erfordernissen der Praxis Rechnung zu tragen. Er hat darüber hinaus die Möglichkeit, sich mit weiterem Sachverstand zu verstärken. Neben dem Landesausschuss selbst erhält nun auch das zuständige Ministerium die Möglichkeit, weitere sachkundige Personen als Mitglieder des Landesausschusses zu berufen.

Daneben soll der Landesausschuss mit dem Aufbau und der Einführung eines Qualitätsmanagements im Rettungsdienst betraut werden. Qualitätsmanagement im Rettungsdienst ist die Grundlage dafür, dass die für den Patienten erbrachten Leistungen medizinisch fachgerecht sind und auch effektiv und effizient erbracht werden. Dieses bewährte Managementinstrument, das sich nicht nur auf die Sammlung von Daten und deren Auswertung beschränkt, soll stärker in den rechtlichen Grundlagen des Rettungsdienstes verankert werden. Qualitätsmanagement soll insbesondere das Wissen und die Erfahrung aller im Rettungsdienst Tätigen mit dem Ziel nutzen, Strukturen und Arbeitsabläufe zu vereinheitlichen und zu verbessern. Daher ist der Landesausschuss, in dem zukünftig alle am Rettungsdienst maßgeblich Beteiligten vertreten sein sollen, das richtige Gremium für die Erarbeitung und Einführung eines Qualitätsmanagements sowie für die Erarbeitung und Festlegung von Qualitätsstandards in der Notfallrettung. Die vom Landesausschuss entwickelten Vorgaben im Qualitätsmanagement und bei den Qualitätsstandards sind in den einzelnen Rettungsdienstbereichen umzusetzen.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Malteser sehen keine Notwendigkeit für eine Regelung, die dem zuständigen Ministerium ein Benennungsrecht neben dem Landesausschuss einräumt. Die DRF sieht die Gefahr einer Verzerrung der bisher ausgewogenen Interessenlage im Landesausschuss. Des Weiteren wird gefordert, den Landesausschuss Rettungsdienst um medizinischen Sachverstand zu erweitern (Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V., Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, UKG, FLNN, MHH, AGNN, ÄKN, Johanniter). Das FLNN fordert darüber hinaus die ständige Präsenz von fünf Vertretern der Patienten-Selbsthilfegruppen mit beratender Stimme im Landesausschuss.

Der Gesetzentwurf trägt diesen Anliegen Rechnung, da das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium jederzeit den Kreis der Mitglieder im Landesausschuss flexibel erweitern kann.

Die Kostenträger fordern eine generelle Umbesetzung des Landesausschusses. Nur Rettungsdienstträger und Kostenträger sollten paritätisch vertreten sein und weit reichende Vollmachten zur Umsetzung der Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes (Planung, Standards, Ausstattung und Kosten im Rettungsdienst) erhalten.

Diesem Vorschlag wird nicht gefolgt, da an der bisherigen Funktion des Landesausschusses als Beratungs- und Fachgremium für den Rettungsdienst festgehalten werden soll. Im Landesausschuss sollten grundsätzlich alle Akteure des öffentlichen Rettungsdienstes vertreten sein, um konsensfähige Grundsatzentscheidungen treffen zu können. Mit dem Qualitätsmanagement wird der Landesausschuss eine zusätzliche Aufgabe erhalten, die eine Meinungsbildung aller am öffentlichen Rettungsdienst Beteiligten erfordert.

Die gesetzliche Einführung eines Qualitätsmanagements wird insbesondere von den Vertretern der Ärzteschaft (FLNN), vom BVFR, DRF, ADAC, BVRD sowie von den Maltesern begrüßt, wobei vereinzelt die Gefahr des zusätzlichen bürokratischen Aufwands gesehen wird (DGB). Malteser und der BVRD fordern Regelungen, die das Qualitätsmanagement zwingend vorschreiben.

Zu Nummer 12 (§ 15):

Im Rahmen des gesetzlich verankerten Vereinbarungsmodells soll den Verhandlungspartnern die Möglichkeit eröffnet werden, Entgelte für die Leistungen des Rettungsdienstes teilweise oder insgesamt pauschal zu vereinbaren. Die Vereinbarung von ein- oder mehrjährigen Budgets soll einerseits die Verhandlungen zwischen den Rettungsdienstträgern und den Kostenträgern vereinfachen und den Verwaltungsaufwand verringern. Kosten für einzelne Leistungen des Rettungsdienstes brauchen zukünftig nicht mehr bis ins letzte Detail ermittelt werden. Es kann z. B. mit Durchschnittswerten und -mengen gerechnet werden. Andererseits soll mit der Möglichkeit der Vereinbarung von Pauschalentgelten ein Anreiz zu wirtschaftlicherem Verhalten geschaffen werden.

Die Änderungen in Absatz 2 sollen den Trägern des Rettungsdienstes die Option eröffnen, die Verhandlungsführung über die Entgeltvereinbarung mit den Kostenträgern den Beauftragten zu überlassen. Hat der Rettungsdienstträger Dritte mit der Durchführung der Leistungen des Rettungsdienstes beauftragt, so verfügt der Beauftragte in der Regel aufgrund der Aufgaben- und Sachnähe über umfangreichere und fundiertere Detailinformationen, die als Grundlage für die Entgeltverhandlungen notwendig sind. Der Rettungsdienstträger kann auf das bei den Beauftragten vorhandene Fachwissen zurückgreifen und braucht dieses nicht in der eigenen Verwaltung im selben Umfang vorhalten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Beauftragten in der Regel um Hilfsorganisationen und Unternehmen handelt, die landes- oder bundesweit im Rettungsdienst tätig sind und somit den Kostenträgern mit entsprechender Professionalität entgegenreten können. Die Verhandlungsführung kann so insgesamt, auch mit Blick auf die in Zukunft mögliche Vereinbarung von Pauschalentgelten, wesentlich beschleunigt werden.

Der Rettungsdienstträger muss jedoch in jedem Fall einer so ausgehandelten und zwischen Beauftragten und Kostenträgern abgeschlossenen Entgeltvereinbarung zustimmen, da dieser auch im Fall der Beauftragung allein verantwortlich für die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist. Macht der Rettungsdienstträger nicht von der Option Gebrauch, so verbleibt es bei der bisherigen Regelung, dass den Beauftragten Gelegenheit zu geben ist, an den Entgeltverhandlungen teilzunehmen. Dies wird in der Regel dann der Fall sein, wenn Dritte i. S. des § 5 Abs. 1 Satz 1 NRettDG nur teilweise beauftragt wurden.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass neben den „pauschalen Leistungsentgelten“ nunmehr auch „ein- oder mehrjährige pauschalierte Jahresentgelte“ vereinbart werden können. Diese klarstellende Änderung entspricht einer Anregung der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Spitzenverbände, des GVN, der Johanniter, Malteser und DRF, die eine „Budgetregelung“ für eine flexiblere Handhabung des Selbstkostendeckungsprinzips gefordert haben.

Die Kostenträger fordern die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips. Stattdessen sollten Kostenträger und Leistungserbringer direkt miteinander einmal pro Jahr eine abschließende Budgetvereinbarung treffen, die nicht unter dem Genehmigungsvorbehalt des Rettungsdienstträgers stehen dürfe und an die Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpfen

müsse. Das in § 16 NRettdG verankerte subsidiär geltende Gebührenerhebungsrecht der kommunalen Träger für den Fall, dass keine Entgeltvereinbarung zustande kommt, müsse ersatzlos gestrichen werden.

Demgegenüber lehnen der Landesfeuerwehrverband Niedersachsen e. V. und die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände das im Gesetzentwurf vorgesehene Optionsmodell bei den Entgeltvereinbarungen ab. Dies schwäche die Position der Rettungsdienstträger, die letztlich die alleinige Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des öffentlichen Rettungsdienstes trügen.

Johanniter, DRF und UKG begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, dass Beauftragte und Kostenträger direkt miteinander über die Entgelte verhandeln können. Teilweise wird befürchtet, dass Direktverhandlungen zwischen Beauftragten und Kostenträgern Qualitätseinbußen nach sich ziehen können (NKG und DRF).

Der Gesetzentwurf zielt sowohl mit der Möglichkeit der Vereinbarung von Pauschalen (Budgets), die ohnehin in der Praxis weit verbreitet sind, als auch mit dem Optionsmodell auf einen angemessenen Ausgleich der unterschiedlichen Interessen.

Zu Nummer 13 (§ 21):

Die Änderung ist redaktioneller Art. Die Gesetzesverweisung wird aktualisiert.

Zu Nummer 14 (§ 22):

Mit der Neufassung des § 22 Abs. 1 sollen die Genehmigungsvoraussetzungen für den qualifizierten Krankentransport außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes präziser gefasst werden. Ziel ist es, den Gedanken der Wirtschaftlichkeit stärker als bisher in den Vordergrund zu stellen, um Kostensteigerungen im Rettungsdienst zu vermeiden. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde die Vorschrift insgesamt redaktionell überarbeitet.

Zwischen der Sicherstellungsverpflichtung der kommunalen Träger und dem Bestreben privater Unternehmen, insbesondere zu Spitzenzeiten und zum Teil in Ballungsräumen mit vergleichsweise geringem Kostenaufwand sich wirtschaftlich zu betätigen, besteht ein Spannungsfeld. Die gemeinwohlbezogene Ausgleichsfunktion zwischen diesen Interessen erfolgt im Rahmen einer Beeinträchtigungsprüfung im Genehmigungsverfahren für qualifizierte Krankentransporte. Eine solche Beeinträchtigungsprüfung findet sich in den unterschiedlichsten Formen in nahezu allen Rettungsdienstgesetzen der Länder, auch in Niedersachsen, und ist höchstrichterlich anerkannt. Der Europäische Gerichtshof hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass ein Kostenausgleich zwischen den hohen Kosten in der Notfallversorgung und den vergleichsweise niedrigen im Krankentransport zulässig ist. Die Verpflichtung des mit der Aufgabe Rettungsdienst Betrauten, seine Dienstleistungen unter wirtschaftlich ausgewogenen Bedingungen zu erbringen, setzt die Möglichkeit des Ausgleichs zwischen den rentablen und weniger rentablen Tätigkeitsbereichen voraus. Dieser notwendige Kostenausgleich rechtfertigt eine gewisse Einschränkung des Wettbewerbs.

Mit der Einführung einer mindestens dreimonatigen Untersuchung und Beobachtung des Einsatzaufkommens soll die Beeinträchtigungsprüfung präzisiert werden. Der zusätzliche Bedarf für qualifizierten Krankentransport nach den §§ 19 ff. NRettdG neben den vorhandenen Kapazitäten im öffentlichen Rettungsdienst muss positiv festgestellt werden. Schon nach derzeitiger Gesetzeslage muss die Behörde eine prognostische Entscheidung mit wertendem Charakter treffen. Diese Prognoseentscheidung ist nunmehr anhand der im Beobachtungszeitraum festgestellten Grunddaten vorzunehmen. Satz 3 schreibt fest, dass die Untersuchung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen darf.

Mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit wird neben der Funktionsfähigkeit des öffentlichen Rettungsdienstes ein weiteres Kriterium der Beeinträchtigungsprüfung gesetzlich festgeschrieben. Der öffentliche Rettungsdienst hat seine Kosten unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgedankens bislang durch ein hohes Einsatzaufkommen auch im qualifizierten Krankentransport stabilisieren können. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass privatwirtschaftlich tätige Krankentransportunternehmen für den Rettungsdienst insgesamt kostensteigernd wirken können.

Bei den aufgeführten Kriterien, anhand derer die Genehmigungsbehörde die Prognoseentscheidung treffen muss, wird als zusätzliches Merkmal der abgestimmte Einsatz der Rettungsmittel aufgenommen. Dieses Merkmal muss ebenfalls in die Untersuchung einfließen, um ggf. vorliegende Organisations- und Abstimmungsdefizite aufzudecken und damit zu einer insgesamt wirtschaftlicheren Entscheidung zu kommen.

Kommt die Genehmigungsbehörde im Rahmen ihrer Prognoseentscheidung zum Ergebnis, dass im Fall der Erteilung einer Genehmigung eine entsprechende Beeinträchtigung des öffentlichen Interesses an einem funktionsfähigen, bedarfsgerechten, flächendeckenden und wirtschaftlichen Rettungsdienstes nicht zu erwarten ist und liegen die übrigen Genehmigungsvoraussetzungen vor, so muss eine Genehmigung erteilt werden. Anderenfalls ist eine Genehmigung nach der Neufassung des Absatzes 1 zwingend zu versagen.

Satz 4 in Absatz 1 soll zukünftig bei der Wiedererteilung oder der Verlängerung von Genehmigungen sicherstellen, dass das Besitzstandsinteresse des Unternehmers angemessen berücksichtigt wird.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände sieht erhebliches Einsparpotential im Rettungsdienst, wenn die Einheit von Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport uneingeschränkt hergestellt wird. Insofern greife der Versuch, die Genehmigungsvoraussetzungen zu präzisieren, zu kurz.

Die Kostenträger fordern eine völlige Streichung der §§ 19 ff. NRettDG. Eine Vorhaltung von Krankentransportkapazitäten außerhalb des Rettungsdienstes sei systembedingt unwirtschaftlich. Stattdessen müssten sämtliche Leistungen des Rettungsdienstes in einem für alle Bieter offenen und verbindlichen Verfahren ausgeschrieben werden, wobei Eigeneinrichtungen der Rettungsdienstträger gleichrangig zu behandeln seien.

Der GVN beanstandet die Neufassung des § 22 Abs. 1 grundsätzlich nicht, fordert jedoch eine Regelung, die das Besitzstandsinteresse von Altunternehmen berücksichtigt. Zudem müssten die Kosten für die Untersuchung nach § 22 Abs. 1 Nr. 4 NRettDG von den Genehmigungsbehörden getragen werden.

DRK und Johanniter sind skeptisch, ob die beabsichtigten Änderungen zu mehr Rechtssicherheit bei der Genehmigungspraxis führen werden. Die Malteser begrüßen grundsätzlich die Konkretisierung der Genehmigungsvoraussetzungen, sehen aber weiteren Präzisierungsbedarf im Einzelnen.

ADAC und DRF regen an, den qualifizierten Krankentransport außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes für die Luftrettung gesetzlich auszuschließen.

Der Gesetzentwurf zielt auf einen angemessenen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Interessen bei der Frage, inwieweit sich Privatunternehmen am Rettungsdienst beteiligen dürfen. Die Systematik des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes in der geltenden Fassung hat sich hier grundsätzlich in der Praxis bewährt. Eine prinzipielle Neuorganisation des Rettungswesens erscheint daher nicht erforderlich. Das Problem der Besitzstandswahrung bei Wiedererteilung oder Verlängerung von Genehmigungen wird durch § 32 (neu) beantwortet. Die Frage nach den Kosten für die Gutachten beantwortet sich nach dem allgemeinen Kostenrecht, demzufolge die Genehmigung gebührenfrei erteilt wird, aber die Auslagen für die Erstellung eines Gutachtens zur Beeinträchtigungsprüfung durch Dritte gesondert erhoben werden (vgl. Tarifnummer 74 der Allgemeinen Gebührenordnung).

Zu Nummer 15 (§ 26):

Die Änderungen sind redaktioneller Art. Eine statische Gesetzesverweisung ist nicht mehr erforderlich.

Zu den Nummern 16 (§ 27) und 17 (§ 29):

Die Änderungen sind redaktioneller Art (Anpassung der Gesetzesverweisung).

Zu Nummer 18 (§ 30):

Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium wird ermächtigt, ggf. erforderliche Detailvorschriften zu den in § 30 genannten Regelungsgegenständen zu erlassen. Die alte Formulierung „Landesministerium“ ist gesetzestechnisch überholt. Der Begriff bezeichnete nach Artikel 28 Abs. 2 der Vorläufigen Niedersächsischen Verfassung die Landesregierung in ihrer Gesamtheit.

Zu Nummer 19 (§ 32):

Die in § 32 genannten Übergangsregelungen haben sich durch Zeitablauf überholt und können daher gestrichen werden. Die nunmehr in § 32 (neu) enthaltene Übergangsregelung soll sicherstellen, dass sich jedes Unternehmen auf die veränderten Genehmigungsvoraussetzungen einstellen kann.

Zu Artikel 2 (Neubekanntmachung):

Mit Blick auf die zahlreichen Änderungen ist eine Neubekanntmachung des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes sinnvoll.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten):

Die Gesetzesänderungen sollen an dem im Zuge der Landtagsberatungen noch festzusetzenden Tag in Kraft treten.