

VERFASSUNGSRECHTLICHE VORGABEN FÜR DIE NEUORDNUNG DER DEUTSCHEN NOTFALLRETTUNG.

RECHTSGUTACHTEN ERSTELLT IM AUFTRAG DER
BJÖRN STEIGER STIFTUNG.

von Univ.-Prof. Dr. iur. Dr. sc. pol. Udo Di Fabio, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Bonn, im Juni 2024.



VERFASSUNGSRECHTLICHE VORGABEN FÜR DIE
NEUORDNUNG DER DEUTSCHEN NOTFALLRETTUNG.

Rechtsgutachten erstellt im Auftrag der Björn Steiger Stiftung.

von Univ.-Prof. Dr. iur. Dr. sc. pol. Udo Di Fabio,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Bonn, im Juni 2024.

INHALTSVERZEICHNIS

ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	3
A. ANLASS UND GEGENSTAND DER BEGUTACHTUNG	5
1. RETTUNGSDIENST UND NOTFALLRETTUNG	6
a) Regel-Ausnahme-Verhältnis (Art. 30, 70 GG).....	6
b) Ingerenzen des Bundes	7
c) Institutionelle Kooperation von Bund und Ländern.....	10
d) Rettungsdienstgesetze der Länder.....	11
e) Ärztlicher Bereitschaftsdienst	12
2. PROBLEME	13
a) Qualitätsparameter „Hilfsfrist“	13
b) Kosten - Rettungsmittel - Ausbildung	15
c) Gesamtschau: Systemkrise bei steigender Inanspruchnahme	18
3. NEUERE ENTWICKLUNGEN	19
a) Gesetzesinitiativen	19
b) Verwaltungsrechtsprechung.....	22
4. FRAGESTELLUNG	23

B. VERFASSUNGSRECHTLICHE LEITLINIEN.....	24
1. GEFAHRENABWEHR UND DASEINSVORSORGE – VERGEWISSERUNG ÜBER EINE UNHINTERFRAGTE KOMPETENZZUORDNUNG	24
a) Gefahrenabwehr	24
b) Daseinsvorsorge	27
2. FUNKTIONALE SCHUTZPFLICHTKONKRETISIERUNG DURCH DIE SOZIALVERSICHERUNG	29
a) Konkurrierende Kompetenzen des Bundes	29
b) Grundrechtliche Schutzpflicht des Staates (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)	31
c) Konkretisierung der Kompetenzzuordnung	32
3. GARANTENSTELLUNG DES BUNDES FÜR DIE NOTFALLRETTUNG	34
a) Zusammenhang von Finanzierung und Notfallrettung.....	34
b) Anspruch auf gleiche Leistung (Art. 3 Abs. 1 GG)	36
c) Gleichbemessene funktionsfähige Sozialversicherung und die Hilfsfrist	37
d) Bundeskompetenz für gleichheitsgerechten und effektiven Schutz.....	39
4. KONKRETISIERUNGSPARAMETER	41
a) Normative Ambivalenz grundrechtlicher Schutzpflichten	41
b) Qualitätssicherung durch den Bund.....	42
c) Gestaltungsgrenzen für den Bund.....	43
d) Folgen bundeseinheitlicher Sozialversicherung.....	44
C. ERGEBNIS.....	45
D. LITERATURVERZEICHNIS	46
ANLAGE.....	50

ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Die Zuordnung des Rettungsdienstes in den Kompetenzbereich der Länder versteht sich nicht von selbst. Das Grundgesetz weist dem Bund konkurrierende Gesetzgebungskompetenzen für das Gesundheitswesen, das Wirtschaftsrecht, den Straßenverkehr und insbesondere für die Sozialversicherung zu, die es ihm ermöglichen, jeweils Teilaspekte des Rettungsdienstes zu regeln. In Summe sind diese bundeseinheitlichen Regelungen inhaltlich weit ausgreifend sowie quantitativ wie qualitativ erheblich.

Der Bürger hat ein Grundbedürfnis, bei einem medizinischen Notfall oder einem Unfall rasch qualifizierte Hilfe zu erhalten – diese Erwartung umfasst heute auch präklinisch notfallmedizinische und -ärztliche Versorgung vor Ort sowie auf dem Transportweg. Hauptanknüpfungspunkt für die Kompetenzfrage ist deshalb die Daseinsvorsorge, als eine besondere Form der Gefahrenabwehr.

Der Daseinsvorsorgeauftrag „Gesundheit“ ist mit einer grundrechtlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG unterlegt. Der Staat ist deshalb unter anderem verpflichtet, das hat die Verfassungsrechtsprechung bereits festgestellt, ein funktionierendes System des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen.

Die grundsätzlich den Kommunen zugeordnete Daseinsvorsorge steht „bundesweit einfachgesetzlichen Regelungen“ offen. Die Gesetzgebungszuständigkeit jedenfalls für die Notfallrettung hängt davon ab, in welchem Umfang das Grundgesetz entsprechende Daseinsvorsorgeaufgaben dem Bund zugewiesen und er davon Gebrauch gemacht hat.

Aus der Entscheidung des Bundes, seine grundrechtliche Schutzpflicht für Leben und Gesundheit auch durch eine maßgeblich aus Krankenkassenbeiträgen finanzierte Notfallrettung zu erfüllen, erwächst dem Bund eine Garantenstellung für die Notfallrettung aus der Ingerenz seiner von ihm ausgeübten Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Der Bund regelt, das zeigt der empirische Befund eindeutig, über den Kompetenztitel der „Sozialversicherung“ mittels der Finanzierung des Gesundheitsschutzes indirekt die medizinische Infrastruktur in Deutschland – die Notfallrettung eingeschlossen.

Die Garantenstellung des Bundes erstreckt sich auf die Qualität der Notfallrettung. Das Qualitätsmerkmal ist der verfassungsrechtlich über den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG vermittelte, im Sozialrecht konkretisierte Grundsatz „gleiche Beiträge, gleiche Leistung“ (vgl. § 2 Abs. 1 SGB V).

Die Ausgestaltung der Notfallrettung durch die Länder mit der indirekten Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen erreicht das gebotene Schutzziel nicht allorts und flächendeckend sowie in der gebotenen gleichmäßigen Qualität. Die Qualitätsunterschiede verletzen den Anspruch insbesondere der GKV-Versicherten auf gleiche Leistung, wofür der Bund über seine Sozialversicherung eine Garantstellung übernommen hat.

Der Bundesgesetzgeber kann in verfassungsmäßiger Weise über seine Kompetenz zur Qualitätssicherung der aus der Sozialversicherung finanzierten medizinischen Leistungen auf die Organisation und die Abläufe der Notfallrettung flächendeckend einwirken, weil die Vergütung dieser Leistungen durch die Krankenkassen für die Finanzierung der Rettungsdienste zwingende Voraussetzung ist. Dazu sollte der Bundesgesetzgeber den Graubereich der bislang unspezifizierten – aber in der Praxis erbrachten – medizinischen Leistung „Notfallrettung“ im Leistungskatalog des Sozialgesetzbuchs, Fünfter Teil durch eine Positivierung entsprechender Leistungen auflösen.

Der Bund ist zudem verpflichtet, einheitliche Regelungen für medizinische Leistungen im Rahmen der Notfallrettung zu definieren. Das grundrechtlich gebotene Ziel muss es sein, eine Notfallrettung zu organisieren, die bei lebensbedrohlichen Erkrankungen die Überlebenschancen des Patienten wahrt und nicht durch unzureichende Personal- und Sachressourcen sowie durch zu lange Hilfsfristen verschlechtert.

Die konkrete Hilfsfrist muss sich an der Korrelation von statistischer Überlebenswahrscheinlichkeit und Einsetzen der Notfallrettung, bezogen auf die in der Bevölkerung verbreiteten, lebensbedrohlichen Erkrankungen, ausrichten, wobei der jeweilige Stand notfallmedizinischen Wissens maßgeblich zu berücksichtigen ist.

A. ANLASS UND GEGENSTAND DER BEGUTACHTUNG

Der Rettungsdienst in Deutschland umfasst heute im Wesentlichen zwei Einsatzszenarien: Zum einen erfolgt die Notfallrettung, das heißt lebensrettende Maßnahmen bei einem Patienten am Notfallort, die Herstellung seiner Transportfähigkeit und seine Verbringung in ein Krankenhaus (*Primäreinsatz*). Zum anderen geht es um die sachgerecht betreute Beförderung bereits erstversorgter Patienten zwischen Gesundheitseinrichtungen (*Sekundäreinsatz*), wobei noch einmal zwischen Intensiv- und Krankentransport unterschieden wird.¹

Bei Primäreinsätzen steht im Vordergrund, Rettungsdienstpersonal und Notarzt so schnell wie möglich zu einem Patienten zu bringen, der sich infolge Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befindet, oder bei dem schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhält.²

Dieses Gutachten befasst sich in der Sache mit dem bodengebundenen Notfall-Rettungsdienst, das heißt mit der Rettung von Menschen durch speziell dafür ausgerüstete und gewidmete Fahrzeuge.³ Verfassungsrechtlich steht die Frage im Mittelpunkt, ob der Bund eine Regelungskompetenz für diese Primäreinsätze als Teilbereich des Rettungsdienstes hat und ob Schutzpflichten im Hinblick auf die Ausgestaltung der Notfallrettung bestehen.

¹ Die Definition in den Rettungsgesetzen der Länder umfasst überwiegend auch Großschadensereignisse und ermöglicht zudem die Beförderung von Arzneimitteln, Blutkonserven, Organen und ähnlichen Gütern, was für die folgenden Überlegungen jedoch nicht von Bedeutung ist.

² Zur Definition des Notfallpatienten vgl. etwa § 2 Abs. 2 Satz 3 RettG NRW und Art. 2 Abs. 2 Satz 2 BayRDG.

³ Der Rettungsdienst im weiteren Sinn umfasst darüber hinaus auch die Luftrettung und Formen der Sonderrettung (Berg-, Wasser- und Höhlenrettung).

1. RETTUNGSDIENST UND NOTFALLRETTUNG

Die Kompetenzverteilung in diesem Sachbereich folgt entstehungsgeschichtlich einer Einordnung des Rettungsdienstwesens als Gefahrenabwehr, mit der Folge, dass dafür grundsätzlich die Länder zuständig sind. Der Bund hat im Laufe der über die Themen Personenbeförderung, Krankenversicherung, Krankenhausplanung und Berufsausbildung kompetenziell Mitsprache erlangt.

A) REGEL-AUSNAHME-VERHÄLTNIS (ART. 30, 70 GG)

Das Grundgesetz formuliert ein einfaches und robustes Regel-Ausnahme-Verhältnis für die Kompetenzverteilung zwischen dem Bund und den Ländern: Nach der verfassungsrechtlichen Grundregel der Art. 30 und 70 GG sind die Länder zuständig, soweit nicht das Grundgesetz dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht.⁴

⁴ Dieselbe Regel gilt für die Verwaltungskompetenz, selbst wenn die Länder Bundesgesetze ausführen, Art. 83 GG.

Mit der Sachkompetenz der Länder geht nach der Regelungssystematik des Grundgesetzes auch die Finanzierungsverantwortung einher. Sie liegt nach Art. 104a Abs. 1 GG ebenfalls grundsätzlich bei den Ländern.

Das Rettungsdienstwesen ist aus der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr der Länder entstanden. Die Zuordnung war eine Folge westalliiertes Bemühens in der Nachkriegszeit, den Krankentransport zu dezentralisieren. Die drei Besatzungsmächte verfolgten dabei unterschiedliche Konzepte. In der französischen und der amerikanischen Zone sollte die Aufgabe durch das Deutsche Rote Kreuz und weitere Träger der Wohlfahrtspflege, in der britischen Zone durch die Gemeinden übernommen werden.⁵ Im Mittelpunkt der Aufgabe stand lange Zeit die Beförderung einer hilfsbedürftigen Person etwa in ein Krankenhaus.

⁵ Kessel, Geschichte des Rettungsdienstes 1945–1990, 2008, S. 24 ff.

Eine gesetzliche Grundlage für den Rettungsdienst gab es zunächst nicht; die normative Steuerung erfolgte auf untergesetzlicher Basis durch Richtlinien und Vereinbarungen sowie durch sich verfestigende Praxis.

B) INGERENZEN DES BUNDES

Trotz dieser klaren Zuordnung als Länderkompetenz übt der Bund über Spezialmaterien einen nicht unerheblichen regulatorischen Einfluss auf den Rettungsdienst aus.

Zunächst war das Personenbeförderungsgesetz, das auf der konkurrierenden Kompetenz für Wirtschafts- und Straßenverkehrsrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 und Nr. 22 GG) beruht, auf den Krankentransport anwendbar. Ein privater Unternehmer hatte – bei Vorliegen der Voraussetzungen – Anspruch auf eine Genehmigung zum Krankentransport. Dadurch entstand eine Wettbewerbssituation zu den Dienstleistern der Wohlfahrtspflege, die den öffentlichen Rettungsdienst wirtschaftlich unter Druck setzte.⁶ Eine Verordnungsermächtigung ermöglichte dem Bund, den Krankentransport zu regeln, wovon er jedoch keinen Gebrauch machte.⁷ Auf Initiative einzelner Länder hat der Bund den Krankentransport 1992 aus dem Anwendungsbereich des Personenbeförderungsgesetzes herausgenommen. Ausdrücklich unterliegen dem Personenbeförderungsgesetz nicht (mehr) Beförderungen

„mit Krankenkraftwagen, wenn damit kranke, verletzte oder sonstige hilfsbedürftige Personen befördert werden, die während der Fahrt einer medizinisch fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung des Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen solches auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist“
(§ 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 PBefG).⁸

Eine zweite Ingerenzmöglichkeit des Bundes bietet die konkurrierende Kompetenz für Ausschnitte des Gesundheitswesens (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Der Titel gibt dem Bund zwar anders als noch unter Geltung der Weimarer Reichsverfassung keine Gesamtzuständigkeit für „Gesundheit“. Allerdings ermöglicht er eine Regelung der Berufsbilder und der Berufsausbildung in Heilberufen. Ein damit korrespondierende bundesgesetzlicher Versuch, den Beruf des Rettungssanitäters einzuführen, scheiterte 1973 an Finanzierungsbedenken der Länder und Gemeinden, die stattdessen auf eine „intensive Schulung des vorhandenen Krankentransport- und Rettungspersonals“ ausweichen wollten.⁹ Um dennoch eine Mindestqualifikation des Rettungspersonals zu erreichen, einigten sich Bund und Länder auf „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“, das heißt auf ein jeweils von den Ländern verantwortetes 520-Stunden-Ausbildungsprogramm.¹⁰ Ende der 1980er Jahre gelang es dem Bund, zur Hebung der medizinischen Qualität im Notfalleinsatz den Beruf des Rettungsassistenten einzuführen,¹¹ der im Jahr 2014 durch das neue Berufsbild des „Notfallsanitäters“ abgelöst worden ist.¹²

Die größte Bedeutung für eine Ingerenz des Bundes in der Länderzuständigkeit für das Rettungswesen hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Der Bund kann von ihr seit der Föderalismusreform 2006 Gebrauch machen, ohne die Erforderlichkeit einer bundeseinheitlichen Regelung belegen zu müssen und ohne dass die Länder von einer Bundesregelung abweichen dürfen (Art. 72 Abs. 2 und 3 GG).

⁶ Schulte, Rettungsdienst durch Private, 1999, S. 32 ff.

⁷ § 58 Abs. 1 Nr. 2 PBefG idF von 1961, BGBl. 1961 I, S. 241, 256.

⁸ Sechstes Gesetz zur Änderung des Personenbeförderungsgesetzes v. 25.7.1992, BGBl. I, S. 1547, in der zehnten Wahlperiode hatte es bereits einen erfolglosen Versuch zur Herausnahme der Krankentransporte aus dem PBefG gegeben, BT-Drucks. 10/3425.

⁹ Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Rettungssanitäters, BT-Drucks. 7/822, Zitat aus der Gegenäußerung des Bundesrats, ebd., S. 11.

¹⁰ BT-Drucks. 11/4542, S. 4; das Programm wurde vom Bund-Länder-Ausschuss ausgearbeitet, vgl. Seite 10.

¹¹ Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG) v. 10.7.1989 (BGBl. I S. 1384). Das Gesetz sah einen zwölfmonatigen Lehrgang im Umfang von 1.200 Stunden vor.

¹² Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) v. 22.5.2013 (BGBl. I, 1348), das Rettungsassistentengesetz trat mit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes außer Kraft; der weithin verbreitete „Rettungssanitäter“ hingegen ist weiterhin kein anerkannter Ausbildungsberuf und wird teilweise von den Ländern geregelt, Einzelheiten dazu Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Sachstand, Ausbildung und Berufsausübung von Rettungssanitätern, WD 9 – 3000 – 049/22. Zu dem in den 1970er Jahren aus Finanzgründen gescheiterten Gesetzentwurf zum Berufsbild „Rettungssanitäter“ vgl. Kessel, Geschichte des Rettungsdienstes 1945–1990, 2008, S. 102 f.

Der Begriff „Sozialversicherung“ erfasst beitragspflichtige Versicherungen bestimmter sozialer Risiken wie Krankheit, Alter, Invalidität, Unfall, Arbeitslosigkeit und Pflegebedürftigkeit. Was auf den ersten Blick ein nur in geringem Maße einschlägiger Kompetenztitel zu sein scheint, wird mit dem zweiten Blick auf die soziale Wirklichkeit der Krankenversicherung in Deutschland zu einer weitreichenden Befugnis des Bundes. Denn für 74,3 Mio. Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und beitragsfrei dort Versicherten,¹³ was knapp 90% der deutschen Bevölkerung entspricht, regelt der Bund über die Definition der Leistungserbringungs- und Versichertenansprüche im Rahmen der Finanzierung indirekt weite Teile der medizinischen Infrastruktur.

Die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung zahlten von Beginn an die Leistungen für Notfallrettung und Krankentransport, eine Praxis, die 1974 durch die Ergänzung der damals einschlägigen Reichsversicherungsordnung gesetzlich abgesichert wurde.¹⁴ Ende der 1980er Jahre ist die Regelung mit Erlass des Fünften Buchs in das Sozialgesetzbuch überführt worden. Sie sieht einen Versichertenanspruch auf Übernahme der Kosten für die Fahrt vom Aufenthaltsort zur nächsten Behandlungseinrichtung vor, wenn der Transport aus „zwingenden medizinischen Gründen notwendig“ ist (§§ 60, 133 SGB V).¹⁵ Die sozialversicherungsrechtliche Regelung, die durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, den der Bundesgesetzgeber mit der Ausgestaltung des Leistungsanspruchs aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse beauftragt hat, konkretisiert wird,¹⁶ wurde zur Hauptfinanzierungsquelle des Rettungsdienstes. Sie ist allerdings einstweilen nur als „akzessorische Nebenleistung ausgestaltet“, das heißt im Vordergrund steht die Behandlung in einem Krankenhaus, in das der Patient transportiert werden muss.¹⁷

¹³ Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte>.

¹⁴ § 194 RVO, eingefügt durch das Rehabilitationsleistungs-Angleichungsgesetz v. 7.8.1974, BGBl. I, 1881.

¹⁵ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen v. 20.12.1988, BGBl. I, S. 2477, 2497.

¹⁶ Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V – KT-RL v. 22.1.2004, BAnz. Nr. 18, S. 1342, zuletzt geändert 18.1.2024, BAnz AT 28.3.2024 B4.

¹⁷ Hobusch, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 1), Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2023, S. 801 (802).

Das Sozialgesetzbuch regelt zudem die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Trägern der Rettungsdienste (§ 133 SGB V), indem es die Kostentragungspflicht mit den Rettungsdienstgesetzen der Länder verzahnt. So können die Rettungsdienstgesetze und deren Ausführungsbestimmungen Preise für den Einsatz von Rettungsfahrzeugen festlegen und Vorgaben für die Besetzung derselben mit ärztlichem Personal machen. Mit privaten Krankentransportunternehmen können vertragliche Preisabsprachen getroffen werden, soweit keine landes- oder kommunalrechtlichen Vergütungen festgelegt sind.¹⁸ Allerdings sind die Gesetzlichen Krankenkassen dadurch nicht in die Leistungserbringung eingebunden – sie zahlen, ohne auf die Leistung Einfluss nehmen zu können.

¹⁸ 133 Abs. 1 Satz 1 SGB V, vgl. Hess, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler (Hg.), Kasseler Kommentar, BECKonline, SGB V, § 133 Rn. 3.

Die Rechtsprechung hat mit einiger Verzögerung entschieden, dass die Länder durch die Möglichkeit der vorrangigen Festlegung von Vergütungen für den Rettungsdienst (§ 133 Abs. 1 Satz 1 SGB V) ausnahmsweise eine Zahlungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen begründen können. Das Bundessozialgericht hat diese Auslegung mit dem Argument begründet, dass der Bundesgesetzgeber bei der Normeinführung von seiner Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG „bewusst nicht umfassend Gebrauch gemacht“ und dadurch den Ländern partikuläre Regelungsmöglichkeiten belassen hat.¹⁹

¹⁹ BSG, Urt. v. 10.4.2008, B 3 KR 7/07 R, SozR 4-1200 § 45 Nr. 4, juris, Rn. 14.

C) INSTITUTIONELLE KOOPERATION VON BUND UND LÄNDERN

Diese vielschichtige und verzweigte Kompetenzverteilung hat die Länder und den Bund zu Beginn der 1970er Jahre zu einer institutionalisierten Zusammenarbeit veranlasst. Es entstand ein typisches Gremium des kooperativen Föderalismus, der Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen“, der zu einem wichtigen Akteur bei der Gesetzgebung und weiteren Maßnahmen im Bereich des Rettungsdienstwesens wurde.²⁰

Auslöser dieser Institutionalisierung war die seit 1970 begonnene Reorganisation des Rettungsdienstes in Deutschland, die maßgeblich durch die Aktivität der neugegründeten Björn Steiger Stiftung, heute Auftraggeberin dieses Gutachtens, namentlich auch durch den durch Siegfried Steiger verfassten Musterentwurf für ein Landesrettungsdienstgesetz aus dem Jahr 1972.²¹ Strukturelle Gründe für diese Reorganisation waren der starke Anstieg der Verkehrsunfallopfer in der Bundesrepublik²² und der bis in die Gegenwart anhaltende Entwicklungstrend, einen Patienten nicht nur zu transportieren, sondern diesen bereits am Einsatzort medizinisch qualifiziert – auch durch einen Notarzt – präklinisch zu versorgen.²³

Ein wesentliches Ergebnis der Arbeit des Bund-Länder-Ausschusses, das für dieses Gutachten wichtig ist, war der Muster-Entwurf für ein Landesrettungsdienstgesetz aus dem Jahr 1972. Der Muster-Entwurf war die Grundlage dafür, dass die meisten Länder ab 1973 entsprechende Gesetze erließen und damit das Rettungsdienstwesen mit parlamentarischen Gesetzen fundierten.²⁴ Bei den Rettungsdienstgesetzen der Länder handelte es sich im Wesentlichen um Organisationsgesetze, die die Aufgabe und die Strukturen definierten.

Der Muster-Gesetzesentwurf wurde 1989 vom Bund-Länder-Ausschuss als Muster für ein Notfall- und Rettungsdienstgesetz erneuert und diente als Blaupause für die seit 1990 novellierten oder erstmals erlassenen Rettungsdienstgesetze der Länder.²⁵ Das Koordinationsgremium hat sich 1996 in Ausschuss „Rettungswesen“ umbenannt und ist formell ein Arbeitskreis der Innenministerkonferenz der Länder und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden „Gesundheit“ der Länder.

²⁰ Nadler, Ausschuss „Rettungswesen“ – zahlreiche Impulse für das Rettungswesen, in: Mendel Verlag (Hg.), 40 Jahre Koordination im Rettungsdienst, 2006, S. 9 ff.

²¹ Näher zu den einzelnen Entwicklungsschritten Kessel, Geschichte des Rettungsdienstes 1945–1990, 2008, S. 84 ff.

²² Vgl. Statistisches Bundesamt, Verkehrsunfälle und Verunglückte im Zeitvergleich (ab 1950), Stand: 26.3.2024, zugänglich unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Tabellen/liste-strassenverkehrsunfaelle.html#251634>: Getötete: 1950: 6.428, 1960: 14.406, 1970: 19.193; zum Vergleich 2023: 2.817.

²³ Ausführlich Kessel, Geschichte des Rettungsdienstes 1945–1990, 2008, S. 61 ff.

²⁴ „Muster für ein Ländergesetz über den Rettungsdienst“ vom 15.6.1972, abgedruckt in BT-Drucks. 7/489, Anlage 1. Hessen und Niedersachsen erließen zunächst keine Gesetze, sondern regelten das Rettungswesen durch eine Vereinbarung mit Rettungsorganisationen (Hessen) und eine Richtlinie (Niedersachsen, später Vereinbarung); beide Länder erließen zu Beginn der 1990er Jahre ebenfalls Rettungsdienstgesetze.

²⁵ Muster für ein Landesgesetz über die Notfallrettung, den Krankentransport und den Rettungsdienst (Notfall- und Rettungsdienstgesetz), abgedruckt in: Mendel Verlag (Hg.), 40 Jahre Koordination im Rettungsdienst, 2006, Anhang 4, S. 36 ff.

D) RETTUNGSDIENSTGESETZE DER LÄNDER

Der erste Muster-Gesetzentwurf hatte eine lediglich geringe Koordinationswirkung auf die Landesgesetzgeber. Zwar ordneten alle Länder den Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe ein, optierten jedoch für unterschiedliche Trägermodelle. Baden-Württemberg entschied sich, die Trägerschaft auf die privatrechtlich organisierten Hilfsorganisationen zu übertragen, die anderen Flächenstaaten wählten dafür die Landkreise und kreisfreien Städte aus mit der teilweise eröffneten Möglichkeit, Zweckverbände zu bilden, in den Stadtstaaten blieb die Trägerschaft beim Land. Die Rettungsdienstgesetze ermöglichten, die Aufgaben der Notfallrettung sowie des Krankentransports auch durch private Unternehmen durchführen zu lassen. Diese Praxis war das Motiv für die erwähnte Kompetenzarrondierung durch den Bund, der 1992 das Personenbeförderungsgesetz zugunsten der Länder änderte.

Die Einzelheiten hängen davon ab, welches Beauftragungsmodell die Länder anwenden. Neben dem – in der Praxis eher seltenen, im Wesentlichen auf die Stadtstaaten begrenzten – Kommunalen Modell, bei dem Gemeinden den Rettungsdienst mit eigenen Mitteln durchführen, werden das Submissions- und das Konzessionsmodell unterschieden. Beim *Submissionsmodell* wird der Rettungsdienst an Hilfsorganisationen oder private Unternehmen nach einer Ausschreibung vergeben. Der kommunale Träger vergütet den Dienstleistungserbringer in einem öffentlich-rechtlichen Leistungsverhältnis und refinanziert sich über die Gesetzlichen Krankenkassen. Beim *Konzessionsmodell* hingegen handelt der Dienstleistungserbringer auf eigenes Risiko und rechnet privatrechtlich mit den Versicherungen ab. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs fällt dieses Modell nicht unter das europäische Vergaberecht.²⁶

Eine beachtenswerte Rolle bei der einheitlichen Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes in einem Land spielt ein Ausschuss (etwa „Rettungsausschuss“; „Landesausschuss Rettungsdienst“ – LARD), der aus Vertretern der Aufgabenträger, der Kostenträger und der mit der Leistungserbringung beauftragten Dritten sowie aus Vertretern der Landesärztekammer und sachkundigen Dritten zusammengesetzt ist. Die Länder weisen diesen Ausschüssen in unterschiedlichem Maß Aufgaben zu, die von der Selbstverwaltung (Baden-Württemberg) bis – in den meisten Fällen – zur bloßen Beratung reichen.

Ein Land ist in der Regel in mehrere Rettungsdienstbereiche unterteilt, an deren Spitze eine Rettungsleitstelle steht. In ihr laufen die Notrufe ein, wird über die Alarmierung entschieden, werden Einsätze an die Rettungsdienstleister erteilt. Für den Zuschnitt der Rettungsdienstbereiche machen die Landesgesetze grundsätzlich keine genauen Vorgaben.

Der Rettungsdienst unterliegt einer Bedarfsplanung. Jeder Rettungsdienststräger hat demnach im Benehmen mit den Kostenträgern für seinen Rettungsdienstbereich einen Plan aufzustellen und fortzuschreiben. Aus dem Plan muss sich ergeben, wie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Rettungsdiensten sichergestellt werden soll.

²⁶ Kurzübersicht der Modelle in: Deutscher Bundestag, Wissenschaftlicher Dienst, Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, Ausarbeitung, WD 9 – 3000 – 105/14, S. 8 f.

E) ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Schließlich ist die Bundeskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu erwähnen. Auf den Kompetenztitel der Sozialversicherung kann der Bund die Verpflichtung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen stützen, auch für die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten einen Notdienst einzurichten (§ 75 Abs. 1b SGB V).²⁷ Was als parallele, vom Rettungsdienst organisatorisch getrennte Notdienstleistung begann, entwickelte sich zu einer mehr und mehr integrierten Institution, die die – teilweise bereits praktizierte – (räumliche) Kooperation unter anderem mit Krankenhäusern und Rettungsleitstellen vorsieht.

Interessant für den hier behandelten Zusammenhang ist die Öffnungsklausel zugunsten der Länder: Der Bund gestattet den Landesgesetzgebern, den Rettungsdienst dem vertragsärztlichen Notdienst zuzuordnen, das heißt ärztliche Leistungen im Rettungsdienst können Bestandteil des vertragsärztlichen Vergütungssystems werden. Der Bund hat demnach auch eine Kompetenz für medizinische Notfälle. Mit der Gesamtregelung des § 75 Abs. 1b SGB V verfolgt der Bundesgesetzgeber unter anderem das Ziel, „vorhandene Doppelstrukturen“ abzubauen und „unnötig[e] Kosten für den Rettungsdienst“ zu vermeiden.²⁸ Über die Finanzierungsverantwortung für die Gesetzliche Krankenversicherung, die auch Leistungen des Rettungsdienstes vergütet, nimmt der Bund also gestalterischen Einfluss auf die Organisationsstrukturen des weitverstandenen medizinischen Notdienstes.

²⁷ Die konkurrierende Kompetenz des Bundes für den Notfalldienst der „Kassenärzte“ ist älter als der im Jahr 2015 in Kraft getretene § 75 Abs. 1b SGB V, vgl. BVerwGE 65, 362 ff.

²⁸ Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), BT-Drucks. 18/4059, S. 89 f.

2. PROBLEME

Das deutsche Rettungsdienstwesen ist mit Herausforderungen konfrontiert, die sich seit Mitte der 1990er Jahre aufgebaut und die sich in einzelnen Bereichen mittlerweile zu einer regelrechten Krise des Rettungswesens verdichtet haben.

A) QUALITÄTSPARAMETER „HILFSFRIST“

Zunächst und vor allem anderen ist ein Qualitätsabfall zu verzeichnen, der sich konkret an der *Hilfsfrist* festmachen lässt. Die Hilfsfrist ist eine von den Ländern weit überwiegend in deren Rettungsdienstgesetzen definierte Kennziffer, die angibt, in welchem Maß alle an einer Straße gelegenen Einsatzorte innerhalb der gesetzten Frist mit einem geeigneten Rettungsmittel tatsächlich erreicht werden sollen. Es handelt sich um eine Planungskennziffer.

Der Zielerreichungsgrad wird zumeist als ein auf Minuten bezogener Prozentsatz angegeben – beispielsweise 95% der Einsätze müssen innerhalb von 10 Minuten nach einem Auslösemoment erreicht werden.²⁹ Wie stets bei Fristfragen sind die Ereignisse entscheidend, die den Fristlauf auslösen und beenden. Während im Hinblick auf das Fristende weitgehend Einigkeit besteht – das Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels am Einsatzort –, ist das fristauslösende Ereignis umstritten. Die Länder haben unterschiedliche Bezugspunkte, etwa den Eingang der Notfallmeldung oder die Beendigung des Meldegesprächs, das allerdings wiederum einige Minuten in Anspruch nehmen kann und die tatsächliche Reaktionszeit dadurch verlängert. Varianten, die die Hilfsfrist weiter verlängern, sind die Dispositionsentscheidung in der Leitstelle, die Alarmierung oder sogar das tatsächliche Ausrücken.³⁰

Der Parameter „Hilfsfrist“ ist das maßgebliche Steuerungsmittel für die Rettungsdienstplanung in einem Land, weil die Hilfsfrist durch die rettungsdienstliche Infrastruktur, etwa die Standorte und die Zahl der Rettungswachen sowie die verfügbaren und konkret einsatzbereiten Rettungsmittel kausal bestimmt wird. Dabei ist die Hilfsfrist im Kontext ihres Bezugsrahmens, das heißt mit dem Zuschnitt des Rettungsdienstbereichs zu sehen. Sobald ein Rettungsdienstbereich neben städtischen Gebieten auch ländliche Räume umfasst, kann die numerische Zielerreichung der Hilfsfrist an Aussagekraft verlieren. Denn einer hohen Einsatzzahl im städtischen Gebiet, die die Hilfsfrist einhält, kann eine geringe Einsatzzahl im ländlichen Gebiet gegenüberstehen, die außerhalb der Frist liegt. Auch wenn die Hilfsfrist oder ihr definierter Zielerreichungsgrad eingehalten ist, kann solch eine Konstellation bedeuten, dass die tatsächliche Versorgungssituation im ländlichen Bereich unzureichend ist.

²⁹ Diese Hilfsfristvorgaben müssen allerdings ins Verhältnis zu absoluten Zahlen gesetzt werden, um die Qualität des Rettungsdienstes bewerten und juristische Aussagen treffen zu können: Eine 95%-Quote bei 100.000 Einsätzen bedeutet, dass 5.000 Einsätze nicht in der Hilfsfrist durchgeführt worden sind.

³⁰ Einen Überblick zur Lage in den Ländern gibt die Tabelle im Anhang.

Die Hilfsfrist ist demnach die Stellschraube, an der über die Zuteilung von Ressourcen letztendlich einerseits über die Vorhaltekosten des Rettungsdienstes – und andererseits aber auch über die Überlebenschancen der Patienten entschieden wird. Die Hilfsfristvorgaben der Länder, die teilweise vom Landesgesetzgeber, teilweise von den Exekutiven definiert werden, *reichen von 8 bis 15 Minuten*, wobei der Fristbeginn, die Perzentile für die Zielerreichungsgrade und die Anwendungsfälle (Stadt, Land) eine erhebliche Varianz aufweisen. Einzelne Länder schreiben keine verbindliche Hilfsfrist vor (Hamburg) oder gestalten diese unverbindlich aus (Nordrhein-Westfalen). Eine Hilfsfrist für den Notarzteinsatz wird lediglich in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt ausdrücklich geregelt.³¹

In ihrem letzten Unfallverhütungsbericht hat die Bundesregierung mitgeteilt, dass die Hilfsfrist für den Zeitraum 2020/2021 bei Verkehrsunfällen im Mittel 8,6 Minuten betragen und sich somit im Vergleich zur letzten Leistungsanalyse um 0,6 Minuten verkürzt habe.³² Bei einem Blick in die detaillierteren Angaben im hinteren Berichtsteil wird deutlich, dass diese Kennziffer kaum geeignet ist als positiver Realbefund gedeutet zu werden. Das für den Zielerreichungsgrad wichtige 95-Perzentil liegt danach für Verkehrsunfälle im Durchschnitt bei 17,6 Minuten, für alle Notfälle bei 16,5 Minuten. Die notärztliche Eintreffzeit bei Verkehrsunfällen 2020/21 betrug im Mittel 12,2 Minuten, das 95-Perzentil lag bei 28,2 Minuten – nicht alle Länder haben auch für den Notarzteinsatz eine Hilfsfrist definiert oder sie haben diese zwischenzeitlich abgeschafft.

Die Hilfsfristen sind in der Praxis zudem stark davon abhängig, ob der Einsatzort in einem Stadtgebiet oder auf dem Land liegt und wie die Rettungsdienstbereiche zugeschnitten sind.³³ Auch wenn sich die von der Bundesregierung genannten Zahlen im Vergleich zum vorherigen Analysezeitraum kurzfristig gesehen verbessert haben, ist es wichtig zu sehen, dass die Hilfsfristen seit Mitte der 1990er Jahre in der langfristigen Perspektive stark angestiegen sind. Mitte der 1990er Jahre (1994/95) lag die mittlere Hilfsfrist für das Eintreffen des ersten Rettungsmittels bei 7,3 Minuten, das 95-Perzentil bei 15,4 Minuten, für den Notarzteinsatz lagen die Vergleichszahlen bei 9 und 18,6 Minuten.³⁴

Bayern hat in seinem Rettungsdienstbericht aus dem Jahr detailliertes Zahlenmaterial unter anderem zur Hilfsfrist veröffentlicht. Die allgemeine 12-minütige Hilfsfrist ist speziell für die Notfallrettung durch ministeriellen Erlass auf einen Zielerreichungsgrad von 80% festgelegt worden. In dem Zehnjahreszeitraum 2013 bis 2022 hat die Einhaltung dieses Schwellenwerts kontinuierlich abgenommen. Während von 2013 bis 2015 noch 90% der Versorgungsbereiche die 12-Minuten-Frist in 80% der Notfallereignisse erreichten, lag dieser Wert 2016 bis 2020 zwischen 78% und 83% sowie für 2021 und 2022 bei nur noch 66% und 57,45%.³⁵

³¹ Siehe die Tabelle über die Hilfsfristen der Länder im Anhang. Die Hilfsfrist für Notärzte in Baden-Württemberg soll nach dem Entwurf eines neuen Rettungsdienstgesetzes, siehe Anm. 62, in Zukunft auf das Eintreffen des ersten Rettungsmittels begrenzt werden.

³² Bundesregierung Unfallverhütungsbericht 2020/21, BT-Drucks. 20/4580, S. 56.

³³ Bundesregierung, Anm. 32, S. 118-121.

³⁴ Behrendt/Schmiedel/Auerbach, Das rettungsdienstliche Leistungsgeschehen in Deutschland zwischen 1994/95 und 2016/17, in: Handbuch des Rettungswesens, A.5.2., Ergänzung 2/2020, S. 5, 8.

³⁵ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) LMU Kliniken, Rettungsdienstbericht Bayern 2023, S. 89 f.

B) KOSTEN – RETTUNGSMITTEL – AUSBILDUNG

Bei der Zusammenstellung des Fahrzeugsparks für den bodengestützten Rettungsdienst vernachlässigen nicht wenige Träger des Rettungsdienstes die Sonderbedarfe von Patienten. So können etwa Kleinstkinder oder adipöse Patienten oftmals nicht mit den herkömmlichen Rettungswagen versorgt und transportiert werden. Das Nichtvorhalten entsprechender Rettungsmittel verlängert die Hilfsfrist und erhöht das Risiko jener Patienten, in einer Notfallsituation nicht die erforderliche Hilfe zu erhalten.

Weiterhin offen ist die Definition eines medizinischen Leistungskatalogs der Krankenkassen für die präklinische Versorgung von Notfallpatienten. Der Rettungsdienst wird den Trägern, wie bereits erwähnt, über die Transportleistung vergütet. Bereits seit Jahrzehnten entwickelt sich das Rettungsdienstwesen jedoch hin zur notfallmedizinischen und notärztlichen Versorgung von Notfallpatienten am Einsatzort und auf dem Transportweg („Der Arzt kommt zum Patienten“). Der Rettungsdienst hat insoweit im konkret wahrgenommenen Aufgabenspektrum das Element der Leistungsverwaltung bei der Gesundheitsversorgung zunehmend deutlich ausgebildet. Das Fehlen eines angemessenen Vergütungsmechanismus führt allerdings zu Unsicherheiten, ob Notfallpatienten die notwendige medizinische Behandlung bereits während des Rettungseinsatzes erhalten (können), besonders wenn die eingesetzten Therapien und Medikamente hohe Kosten verursachen.³⁶ Umgekehrt haben Rettungsdienstleister und Patienten einen Anreiz, in jedem Fall in ein Krankenhaus zu transportieren, weil nur in diesem Fall zweifelsfrei die Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt.³⁷ Mit Blick auf die ortsabhängigen Hilfsfristen und die sehr unterschiedliche, teils unzureichende Ausstattung mit Rettungsmitteln stellt sich für gesetzlich krankenversicherte Patienten nach der sozialversicherungsrechtlichen Formel „gleicher Beitrag, gleiche Leistung“ die Frage des Gleichbehandlungsanspruchs.

³⁶ Vgl. Pitz, Die Reform der Notfallversorgung 2.0, SGB 12.23, S. 717 (722).

³⁷ BSG, Urt. v. 6.11.2008, B 1 KR 38/07 R, Rn. 23: Es ist verfassungsrechtlich „nicht zu beanstanden, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten. Dazu gehört die Übernahme von RTW-Einsatz-Gebühren für einen nicht erfolgten Transport gerade nicht.“ Landessozialgerichte hatten diese Rechtsfrage gegenteilig entschieden, vgl. dazu Uechtritz/Weiß, Kostentragung im Rettungsdienst, Die Verwaltung 2009, S. 535 (559 ff.). Dieser Befund wird aus kommunaler Perspektive – für Niedersachsen – bestritten von Schwind, Reform der Notfallversorgung aus Sicht des kommunalen Rettungsdienstes, Gesundheit und Pflege 2024, S. 70 (72).

Ein anderer Zugang zu diesem Teilproblem sind die stark gestiegenen Kosten für den Rettungsdienst.³⁸ In dem Zeitraum von 1993 bis 2018 ist der von den Krankenkassen gezahlte Gesamtbetrag von rund 700 Mio. Euro auf 3,5 Mrd. Euro überproportional gestiegen.³⁹ Die („Transport“-) Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst innerhalb der Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 2022 mit ca. 8,4 Mrd. Euro *bei fast 10% der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung* (insg. 88 Mrd. Euro).⁴⁰ Die Gesamtkosten für Krankentransporte beliefen sich im Jahr 2022 auf rund 10,8 Mrd. Euro.⁴¹ Bei einem näheren Blick auf die Kostenstrukturen fällt auf, dass die Entgelt- und Gebührensätze für den Rettungsdienst zwischen den Landkreisen oder Rettungsdienstbezirken teilweise erheblich voneinander abweichen. Der Bundesfinanzhof hat in einem Bericht 2018 festgestellt, dass die Länder im Rahmen der Mischfinanzierung aus Steuermitteln und Krankenkassenfinanzierung ihre Finanzierungsverantwortung für den Rettungsdienst zunehmend auf die Krankenkassen übertragen.⁴²

Trotz jahrzehntelanger Bemühungen ist es schließlich nicht gelungen, *einheitliche Qualitätsstandards* für die Ausbildung des nicht-ärztlichen Rettungsfachpersonals festzulegen. Zwar hat der Bundesgesetzgeber mit dem Notfallsanitätäergesetz im Jahr 2013 ein neues Berufsbild geschaffen, durch das die Qualifikation des nicht-ärztlichen Fachpersonals im Rettungsdienst flächendeckend steigen soll. Der Notfallsanitäter löste den seit 1989 bundeseinheitlich geregelten Rettungsassistenten ab. Gleichwohl hat der Gesetzgeber damit nicht das Problem der fehlenden Heilkundebefugnis derjenigen gelöst, die mit dem „ersten Rettungsmittel“, das heißt in der Praxis zumeist dem Rettungs(transport)wagen (RTW) am Einsatzort eintreffen.

³⁸ Für die absoluten Kosten für den Rettungsdienst im Jahr 2020 nach amtlicher Gesundheitsausgabenstatistik siehe Anm. 92.

³⁹ Bundesrechnungshof, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, v. 20.8.2018, S. 5. Ausführlich dazu der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2018, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drucks. 19/3180, Ziff. 970-979, S. 579-582.

⁴⁰ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Neunte Stellungnahme und Empfehlungen, 2023, Ziff. 9, Abb. 1, S. 6 mit Nachweisen.

⁴¹ Statisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Stand: 25.4.2024, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html>.

⁴² Bundesrechnungshof, Anm. 37, S. 9 f.

Die Ausbildungsfrage verschärft sich vor dem Hintergrund der präklinischen notärztlichen Versorgung von Patienten, die bei vielen Maßnahmen grundsätzlich nur durch approbiertes und damit ärztliches Personal erfolgen kann.⁴³ Der Bundesgesetzgeber hat es nämlich bislang unterlassen, die Ausnahmetatbestände für heilkundliche Praxis von nicht-ärztlichem Personal umfassend zu regeln – auch der 2021 in das NotSanG eingefügte § 2a hat die Rechtsunsicherheit nicht entscheidend verringert.⁴⁴ Die Praxis behilft sich – neben dem mit Strafbarkeitsrisiken behafteten Ausweichen auf den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) –, mit einer Vorgabe für das eigenständige Durchführen heilkundlicher Maßnahmen aufgrund standardisierter Vorgaben durch den jeweiligen ärztlichen Leiter Rettungsdienst gegenüber den Notfallsanitätern (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c NotSanG).⁴⁵ Es bleibt eine Rechtsunsicherheit besonders für das nicht-ärztliche Personal, die entweder effektives Rettungshandeln hemmen oder zu strafrechtlichen Sanktionen führen kann.

Ein weiteres Problem ist, dass es trotz entsprechender Bemühungen weiterhin keine Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern oder entsprechende Regelungen in den Rettungsdienstgesetzen für bundesweit einheitliche Qualifikationsanforderungen an Notärzte gibt.⁴⁶

⁴³ Gries/Bernhard/Helm/Brokmann/Gräsner, Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland, *Anaesthesist* 66 (2017), S. 307 ff.

⁴⁴ Vgl. Tries, Die Not mit der Kompetenz – juristische Bestandsaufnahme einer unendlichen Geschichte, in: *Handbuch des Rettungswesens*, C 33, Ergänzung 1/2024, S. 1 ff.; grundsätzlich ist das Heilpraktikergesetz der gesetzssystematische Ort für diese Frage.

⁴⁵ Ausf. dazu Kanth, Der Beruf des Notfallsanitäters im Kompetenzsystem der Verfassung, 2022, S. 109 ff.

⁴⁶ Siehe den Hinweis der Bundesärztekammer, <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung/notarzt>.

C) GESAMTSCHAU: SYSTEMKRISE BEI STEIGENDER INANSPRUCHNAHME

In der Gesamtschau wird von einer Krise des Systems der Notversorgung in Deutschland gesprochen. Zentral dafür sind die stark gestiegenen Fallzahlen, die in der Notfallversorgung bewältigt werden müssen, und deren Inanspruchnahme für „einfache Erkrankungen“ oder „Bagatelldfälle“.⁴⁷ Der Rettungsdienstbericht Bayern aus dem Jahr 2023 verweist darauf, dass in dem Zeitraum 2013 bis 2021 die Zahl der Notfallereignisse in den Landkreisen und kreisfreien Städten *um 41% gestiegen* sei. Diese Entwicklung wird durch die Zahl der Notfallereignisse pro 1.000 Einwohner bestätigt, wobei die Steigerung der Zahlen in den kreisfreien Städten gegenüber den Landkreisen deutlich höher ausfällt.⁴⁸ Das Innenministerium Baden-Württemberg nennt den „Anstieg der Hilfeleistungszahlen insbesondere für niedrigschwellige Einsätze“ als eine der Gründe für die „großen Herausforderungen“ für die Notfallrettung.⁴⁹

Dabei ist die hier im Mittelpunkt stehende Notfallrettung lediglich ein Element der Rettungskette, zu der auch die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die ambulanten Dienste der niedergelassenen Ärzte gehören. Die Bundesärztekammer fasst diesen Befund – bezogen auf das Gesamtsystem – komprimiert wie folgt zusammen:

„Die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung haben seit vielen Jahren mit einer zunehmenden Inanspruchnahme und unzureichender Finanzierung zu kämpfen. Zudem ist der Personalmangel über alle Berufsgruppen und Qualifikationslevel hinweg teilweise dramatisch“.⁵⁰

Da die Lage bestimmende Faktoren wie die demografische Altersstruktur der Gesellschaft, die Erosion familiärer und lokaler Verantwortungsgemeinschaften, der zunehmende Arbeitskräftemangel und öffentliche Finanzierungsengepässe allesamt in eine sich verschärfende Richtung weisen, kann von einer Entspannung keine Rede sein. Unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten bedarf es dringend einer konzeptionellen Steuerungsanstrengung.

⁴⁷ Zur reformbedürftigen Lage insgesamt vgl. die Stellungnahmen im Rahmen der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestages zu Oppositionsanträgen, die Notfallversorgung zu stärken, vgl. insb. BT-Drucks. 20/7194, zugänglich unter https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14_gesundheit/oeffentliche_anhoerungen/983708-983708.

⁴⁸ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) LMU Kliniken, Rettungsdienstbericht Bayern 2023, S. 58.

⁴⁹ Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg Rettungsdienst Baden-Württemberg, Qualitätsbericht 2022, S. 5.

⁵⁰ BÄK, <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung>. Eine weitere Übersicht über die Strukturschwächen gibt die Studie von Krafft/Neuerer/Böbel/Reuter-Oppermann, Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland, 2022, S. 46 ff.

3. NEUERE ENTWICKLUNGEN

Der Bund hat denn auch in der zurückliegenden Dekade immer wieder rechtspolitische Initiativen unternommen, um die skizzierten Probleme zu lösen; die Einführung des neuen Berufsbilds des Notfallsanitäters im Jahr 2013 ist bereits angesprochen worden.⁵¹ Auch die neuere Rechtsprechung hat das Gesamtbild weiter aufgefächert.

⁵¹ Siehe oben S. Seite 7.

A) GESETZESINITIATIVEN

Der Bundesrat brachte im Jahr 2014 einen Gesetzentwurf ein, mit dem er das Ziel verfolgte, den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich zu regeln und damit aus dem Anwendungsbereich des derzeit einschlägigen § 60 Abs. 5 SGB V herauszunehmen und in einer neuen SGB V-Norm zu regeln. Damit werde, so die Begründung, Abrechnungsmisbrauch verhindert, mehr Transparenz und Trennschärfe geschaffen sowie fachliche und wirtschaftliche Synergien ermöglicht.⁵² Der Gesetzentwurf hielt fest, dass der Rettungsdienst sich in Deutschland „als eigenständiger medizinischer – vorklinischer – Leistungsbereich entwickelt“ habe. Die Bundesregierung lehnte den Gesetzentwurf mit der Begründung ab, dass der Rettungsdienst und seine Finanzierung *als Teil der Daseinsvorsorge von den Ländern* in den Rettungsdienstgesetzen geregelt werde.⁵³ Sie argumentierte, wenn auch nicht ausdrücklich, mit der Gesetzgebungskompetenz der Länder.

⁵² BT-Drucks. 18/1289, S. 1.

⁵³ BT-Drucks. 18/1289, Anlage 2, S. 10; bestätigt mit derselben Argumentation im Zusammenhang mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, BT-Drucks. 18/4095, S. 205.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erstattete 2018 ein ausführliches Gutachten zur *bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung*, das den Reformbedarf für die Notfallversorgung deutlich herausarbeitete und die Fehlentwicklungen benannte.⁵⁴

⁵⁴ BT-Drucks. 19/3180, S. 547 ff.; vgl. dazu Pitz/Hartweg, Die Reform der Notfallversorgung, SGB 7.19, S. 395 ff.

Zwei Jahre darauf wurde ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Reform der Notfallversorgung öffentlich. In diesem Entwurf veränderte das Ministerium den Regierungsstandpunkt insoweit, als es nunmehr den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung versteht. Die bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung bedürfe einer einheitlichen, qualitätsgesicherten Ersteinschätzung der von Hilfesuchenden als Notfälle empfundenen Erkrankungssituationen und einer professionellen Steuerung und Vermittlung in die aus medizinischer Sicht gebotene Versorgungsstruktur.⁵⁵ Die qualifizierte medizinische Versorgung solle nicht mehr, so das Ministerium in der Entwurfsbegründung, als „bloße Beförderungsleistung“ angesehen werden. „Denn die Tätigkeit des Rettungsdienstes im Bereich der medizinischen Notfallrettung dient ganz wesentlich dem primären Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung, eine hochwertige medizinische Behandlung des Versicherten zu gewährleisten.“⁵⁶

⁵⁵ Bundesministerium für Gesundheit, Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, v. 8.1.2020, S. 2, zugänglich auf den Internetseiten des Ministeriums unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf.

⁵⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Anm. 49, S. 23.

In dem Referentenentwurf hat sich das Ministerium auch zur Gesetzgebungskompetenz geäußert, im Zusammenhang mit materiellen Vorgaben für den Zielort eines Notfalltransports. Wörtlich heißt es in der Begründung:

„Von entscheidender Bedeutung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung in einem zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitswesen ist es, dass Patientinnen und Patienten im Notfall unmittelbar in der geeigneten Versorgungsstruktur weiterbehandelt werden. Vorgaben dazu, in welchem Fall bei einer Rettungsfahrt welche Einrichtung angefahren werden soll, stehen somit in einem untrennbaren Sachzusammenhang zu der Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, allen Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur erforderlichen medizinischen Versorgung zu ermöglichen und sind insofern zwingend für die Sicherstellung einer an dem Maßstab des Artikel 3 GG gemessenen Patientenversorgung. Denn diese Versorgung kann nur gewährleistet werden, wenn bestimmt ist, dass die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlung unmittelbar in einer dafür geeigneten, spezialisierten Versorgungsstruktur erfolgt. Dafür muss stets gewährleistet sein, dass die verschiedenen Bereiche der rettungsdienstlichen, stationären und ambulanten Notfallversorgung ineinander greifen.“⁵⁷

⁵⁷ Bundesministerium für Gesundheit, Anm. 49, S. 23 f.

Die Fachebene beansprucht also *die ungeschriebene Gesetzgebungskompetenz des Bundes kraft Sachzusammenhangs* für eine qualitative Vorgabe, wie der Rettungsdienst von den kommunalen Trägern durchzuführen ist, um das verfassungsrechtliche Gleichheitsgebot zu verwirklichen. Das Ministerium bemüht sich im Weiteren darum, diesen beabsichtigten Ausgriff des Bundes als klar begrenzt darzustellen. Dieser sei zur Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zwingend notwendig und stehe deshalb in einem untrennbaren Sachzusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Referentenentwurf wurde nach dem Ende der 19. Wahlperiode zunächst nicht weiterverfolgt. Der Koalitionsvertrag der „Ampel-Parteien“, die die Bundesregierung seit Beginn der 20. Wahlperiode tragen, hat dieses Vorhaben jedoch wieder aufgegriffen. Der Vertrag sieht unter anderem vor, dass das Rettungswesen als Leistungsbereich in das SGB V aufgenommen und der Leistungsumfang geregelt wird. Darüber hinaus soll das Gesamtsystem der Notfallversorgung reformiert werden.⁵⁸

⁵⁸ Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), Mehr Fortschritt wagen, Zeilen 2801-2809.

In der 20. Wahlperiode hat sich zunächst die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit der Thematik befasst. Die Kommission kommt in ihrer Stellungnahme und Empfehlung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung zu dem Ergebnis, dass zur Förderung der Qualität des Rettungsdienstes Maßnahmen zur Herstellung von Transparenz und Qualitätssicherung erforderlich seien. Damit meint sie unter anderem *Vorgaben für Mindestpersonalausstattung, Qualifikation und Fortbildung, bundeseinheitliche medizinische Standards und Vorgaben für Rettungsmittel*. Die umfangreichen Empfehlungen enthalten auch den Hinweis auf einen Prozess, in dem unter Beteiligung der Länder bundesweite Vorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste entwickelt werden sollen; ausdrücklich genannt werden in einer Fußnote bundeseinheitliche Hilfsfristen als Beispiel für „bundesweit einheitliche Planungsvorgaben für die Infrastruktur“.

Darüber hinaus wird die Notfallbehandlung durch den Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment der Sozialversicherung empfohlen. Insgesamt empfiehlt die Kommission einen Strauß an Maßnahmen, der eine umfangreiche Einwirkung des Bundes auf die Organisation, Planung und Finanzierung der Rettungsinfrastruktur in den Ländern bedeutet.⁵⁹

Die Aussagen des Koalitionsvertrags und die Empfehlungen der Regierungskommission sind mittlerweile von der Bundesregierung aufgenommen worden. Die vom Bundesministerium für Gesundheit im Januar 2024 vorgelegten Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung betrachten die Reform des Rettungsdienstes als zwingend notwendigen Schritt, um diesen *in das Gesundheitssystem einzugliedern* und mit den drei Notfallversorgungsbereichen zu vernetzen. Neben der bereits mehrfach erwähnten Verselbständigung des Rettungsdienstes im Leistungskatalog der Sozialversicherung (§ 27 Abs. 1 SGB V)⁶⁰ wird darüber hinaus die „Festlegung eines Prozesses zur Entwicklung von bundesweiten (Rahmen-)Vorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder“ beabsichtigt.⁶¹

Mit der verfassungsrechtlichen Frage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes setzt sich ein Eckpunktepapier naturgemäß nicht explizit auseinander – gleichwohl setzt das politische Positionspapier, wie auch die Empfehlungen der Regierungskommission, deren Existenz voraus. Andernfalls könnte der Bund sein gesundheitspolitisches Vorhaben nicht verwirklichen. Die Regierungskommission rechtfertigt ihre Empfehlungen immerhin mit dem nicht näher begründeten Hinweis auf die konkurrierende Kompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und fügt knapp hinzu: die „alleinige Zuständigkeit der Länder für die Ausgestaltung ihres Rettungswesens bleibt davon unberührt.“⁶²

In einer Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zur Reform der Notfallversorgung im Januar 2024 wurden die Probleme bestätigt und die Reformbedürftigkeit von den beteiligten Organisationen und Personen betont.⁶³

⁵⁹ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Neunte Stellungnahme und Empfehlungen, 2023, zugänglich unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf; dazu Pitz, Die Reform der Notfallversorgung 2.0, SGB 12.23, S. 717 (724 f.).

⁶⁰ Näher dazu Wenner, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich im SGB V – mit einem verfassungsrechtlichen Rettungswagen auf der Suche nach den notwendigen Bundeskompetenzen, GuP 2024, S. 52 ff.; Hobusch, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 1), Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2023, S. 801 ff.

⁶¹ Bundesministerium für Gesundheit, Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung v. 16.1.2024, S. 5 f., zugänglich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/eckpunkte-notfallversorgung-pm-16-01-24>.

⁶² Regierungskommission, Anm. 53, Ziff. III. 1, S. 7.

⁶³ Deutscher Bundestag, Anhörung v. 17.1.2024, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw03-pa-gesundheit-notfallversorgung-983176>.

B) VERWALTUNGSRECHTSPRECHUNG

In der neueren Verwaltungsrechtsprechung gibt es eine Entwicklung, die in der Praxis und Literatur bislang kaum verarbeitet und gewürdigt ist. Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat im Mai 2023 den Teil des baden-württembergischen Rettungsplans für unwirksam erklärt, der die Hilfsfrist aus dem Rettungsdienstgesetz des Landes konkretisiert.⁶⁴

Das Gericht kam in dem Normenkontrollverfahren (§ 47 VwGO) zu dem Ergebnis, dass die Festsetzung der Hilfsfrist auf 12 Minuten in 95 Prozent der Notfalleinsätze im Rettungsdienstplan mit den Vorgaben des normenhierarchisch höherrangigen Rettungsdienstgesetzes unvereinbar gewesen sei. Der Landesausschuss habe seinen Gestaltungsspielraum überschritten, weil er die vom Gesetzgeber unter Hinweis auf notfallmedizinische Gründe vorgegebene 10-Minuten-Frist bei der untergesetzlichen Planung vollständig außer Acht gelassen habe.

Die Entscheidung war aus Sicht der Antragsteller, obgleich weitere Anträge unzulässig waren, ein Erfolg, weil das Gericht jedenfalls die Regelung zur Hilfsfrist als Norm im Sinne des § 47 VwGO eingeordnet hat. Dadurch ermöglicht der Verwaltungsgerichtshof Rechtsschutz des Bürgers gegen zentrale Qualitätsentscheidungen der Exekutive im Rettungsdienstwesen. Eine grundrechtssensible Entscheidung ist, die dem parlamentarischen Wesentlichkeitsvorbehalt unterliegt und die gesetzesausführende Verwaltung bindet.⁶⁵

Der Verwaltungsgerichtshof sah das subjektive Recht der Antragsteller aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verletzt, dem er – entsprechend der höchstgerichtlichen Rechtsprechung – eine Schutzpflicht des Staates zugunsten der Bürger entnahm: „Bezogen auf den Rettungsdienst folgt aus der Schutzpflicht, dass der Staat verpflichtet ist, ein funktionierendes System des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen (...).“⁶⁶

Die vom Verwaltungsgerichtshof in Bezug genommene Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist hier einer gesonderten Erwähnung wert. Sie erging im Jahr 2010 zur Eingliederung des privaten Rettungsdienstes in die Trägerschaft des öffentlichen Rettungsdienstes in Sachsen, die der Landtag beschlossen hatte. Für den Ersten Senat steht *unter Rückgriff auf die Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG* außer Frage,

„dass ein ausreichender Schutz der Bevölkerung nicht gewährleistet ist, wenn Notfallpatienten nicht schnell lebensrettende Hilfe erhalten, oder wenn Kranke, Verletzte und andere Hilfsbedürftige nicht zügig unter fachgerechter Betreuung transportiert werden. Notwendig ist daher ein funktionierendes System des Rettungsdienstes.“⁶⁷

⁶⁴ VGH Mannheim, Urt. v. 5.5.2023, 6 S 2249/22, DVBl 2024, S. 177 ff., zur besonderen Rechtslage in Baden-Württemberg und dem VGH zustimmend Schaffarzik, Beschließende Rettungsdienstauschüsse unter (Prinzipal-) Kontrolle, DÖV 2024, S. 375 ff.

⁶⁵ Löser, Das Parlamentsdefizit im Rettungsdienstrecht am Beispiel der Hilfsfrist, NordÖR 2023, S. 497 ff., mit Hinweis auf weitere „parlamentsdefizitäre Bereiche“ im Rettungsdienstrecht.

⁶⁶ VGH Mannheim, Anm. 58, Rn. 93, zit. nach juris-Fassung, unter Hinweis auf BVerfGE 126, 112 ff.

⁶⁷ BVerfGE 126, 112, 141.

Der Landesgesetzgeber in Baden-Württemberg hat in dem Entwurf für ein novelliertes Rettungsdienstgesetz deutlich gemacht, dass er auf das Urteil unter anderem mit einer Festlegung der Hilfsfrist unmittelbar im Gesetz reagieren will – er hat dabei in erheblichem Umfang auf entsprechende Äußerungen in einer vorgeschalteten Bürgerbeteiligung reagiert. Die im Rettungsdienstplan festgelegte Regelung von 12 Minuten in 95 Prozent der Notfalleinsätze soll demnach unverändert zum Gesetz werden (§ 6 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 RDG-neu), ergänzt um eine Regelung, wonach „für bestimmte Notfalleinsätze eine Prähospitalzeit von nicht mehr als 60 Minuten in 80 Prozent“ gelten soll (§ 6 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 RDG-neu).⁶⁸

Eine umfangreiche Verordnungsermächtigung zugunsten des Innenministeriums ermöglicht unter anderem, durch einen Rettungsdienstplan von den gesetzlichen Vorgaben abzuweichen (§ 6 Abs. 4 RDG-neu). Unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung liegt die Schlussfolgerung nahe, dass „die Planung und Vorhaltung des Notarzteinsetzfahrzeug“ nicht im Gesetz, sondern im Rettungsdienstplan geregelt werden wird.⁶⁹

Bis zu einem Inkrafttreten des neuen Gesetzes hält die Landesregierung einstweilen an den bisherigen, vom Verwaltungsgerichtshof beanstandeten Regelungen fest.⁷⁰ Eine Übergangsregelung (§ 60 Abs. 1 RDG-neu) schiebt die Umsetzung der Neuregelung zur Hilfsfrist auf spätestens den 31. Dezember 2030 (!) hinaus.

4. FRAGESTELLUNG

Vor diesem Hintergrund lautet die Gutachtenfrage, welche verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung bestehen. Die Frage lässt sich dahingehend weiter konkretisieren,

- (i) ob und in welchem Maß der Bund über eine Gesetzgebungskompetenz verfügt, Maßstäbe für die Notfallrettung vorzugeben oder diese ggf. selbst zu regeln, und
- (ii) eine grundrechtliche Schutzpflicht zugunsten potenzieller Patienten der Notfallrettung besteht.

⁶⁸ Neufassung des Gesetzes über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG v. 16.4.2024, LT-Drucks. 17/6611 zugänglich unter https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP17/Drucksachen/6000/17_6611_D.pdf.

⁶⁹ LT-Drucks. 17/6611, S. 100: „Die Planung der Vorhaltungen des Notarzteinsetzfahrzeuges und die Festlegung weiterer versorgungsrelevanter Einsatzkategorien in der Notfallrettung erfolgt künftig im Rettungsdienstplan auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in Absatz 4.“, die in Verbindung mit § 6 Abs. 2 Satz 5 RDG-neu gelesen werden muss: „Zur Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltungsstrukturen notärztlich besetzter bodengebundener Rettungsmittel und für weitere versorgungsrelevante Einsatzkategorien können im Rettungsdienstplan nach Absatz 4 abweichend zu Satz 2 andere Zeitdauern und Zielerreichungsgrade festgelegt werden.“; kritisch zu diesem Regelungsansatz Pitz, Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen v. 23.4.2024, Manuskript, S. 38.

⁷⁰ Insgesamt zu den Maßnahmen der Verwaltung auf die VGH-Entscheidung hin siehe die Stellungnahme des baden-württembergischen Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen, Die Auswirkungen des Urteils des Verwaltungsgerichtshofs (VGH) Mannheim zur Hilfsfrist auf das Rettungswesen, LT-Drucks. 17/5128 vom 18.7.2023, insb. die Antworten auf die Fragen 7 bis 9.

B. VERFASSUNGSRECHTLICHE LEITLINIEN

Die Entwicklung verfassungsrechtlicher Leitlinien für eine Antwort auf die Fragestellung vergewissert sich zunächst der bislang im Grunde unhinterfragten Zuordnung der Gesetzgebungskompetenz an die Länder aufgrund des formelhaft gebrauchten Hinweises, beim Rettungsdienst handele es sich um Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge (1.). In einem zweiten Gedankenschritt wird die grundrechtliche Pflicht auf Schutz von Leben und Gesundheit der Bürger sowie deren funktionale Konkretisierung durch die Sozialversicherung in den Blick genommen (2.). Der dritte Abschnitt ist Zuordnung der Schutzpflicht an den Bund aus seiner Garantenstellung für die Notfallrettung gewidmet (3.). Es folgen Überlegungen zur Konkretisierung der Schutzpflicht und zu möglichen Gestaltungsgrenzen (4.).

1. GEFAHRENABWEHR UND DASEINSVORSORGE – VERGEWISSERUNG ÜBER EINE UNHINTERFRAGTE KOMPETENZZUORDNUNG

A) GEFAHRENABWEHR

Der Ausgangspunkt kompetenzrechtlicher Überlegungen im deutschen Föderalstaat ist das vom Grundgesetz definierte Regel-Ausnahme-Verhältnis: Die Länder sind zuständig, soweit nicht das Grundgesetz dem Bund Gesetzgebungs- und Finanzierungsbefugnisse verleiht (Art. 30, 70, 104a Abs. 1 GG).

Nahezu ohne Ausnahme enthalten Darstellungen und Stellungnahmen zu dem Thema, das im Mittelpunkt dieses Gutachtens steht, den Hinweis, wegen des genannten Regel-Ausnahme-Verhältnisses sei der Rettungsdienst *Ländersache*.⁷¹ Zumeist wird die erläuternde Aussage hinzugefügt, beim Rettungsdienst handele es sich um „Gefahrenabwehr“ und „Daseinsvorsorge“. Eine Spezifizierung und eine Abgrenzung der beiden Aufgaben werden dabei regelmäßig nicht vorgenommen. Der Hinweis wird als selbsterklärend aufgefasst, weil die Aufgaben gemeinhin als *Ländersache* verstanden werden.

Der Sachbericht hat indes bereits deutlich gemacht, dass der Zuordnung des Rettungsdienstes in den Kompetenzbereich der Länder nicht die angenommene Fraglosigkeit zukommt. Der Bund hat seit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeiten für das Gesundheitswesen, das Wirtschaftsrecht, den Straßenverkehr und für die Sozialversicherung, die es ihm ermöglichen, jeweils Teilaspekte des Rettungsdienstes zu regeln. In Summe sind diese bundeseinheitlichen Regelungen inhaltlich weit ausgreifend sowie quantitativ wie qualitativ erheblich.

⁷¹ Neben den bereits zitierten Quellen etwa Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Sachstand, WD 9 – 3000 – 093/23, S. 6; Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, BT-Drucks. 17/11689, S. 14.

Der genaue Umfang und das Gestaltungspotenzial der konkurrierenden Kompetenzen des Bundes stehen im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts. Beides ist noch nicht mit der notwendigen Tiefenschärfe ausgeleuchtet worden. An dieser Stelle ist zunächst der Blick darauf zu richten, ob die unhinterfragte Pauschalzuordnung des Rettungsdienstes in „Gefahrenabwehr“ und „Daseinsvorsorge“ so zutrifft wie bislang angenommen.

Die „Gefahrenabwehr“ ist elementarer Staatszweck im funktionellen Sinne und zugleich konkrete Staatsaufgabe im öffentlich-rechtlichen Zuständigkeits- und Befugnisssystem. Seit seiner rechtsstaatlichen Dogmatisierung gegen Ende des 19. Jahrhunderts ist der Gefahrenbegriff auf die Abwehr von spezifischen Gefahren ausgerichtet, also auf die Abwehr eines wahrscheinlichen Schadenseintritts für geschützte Rechtsgüter. Diese Rechtsgüter sind die öffentliche Sicherheit und Ordnung, das heißt im Wesentlichen die Wahrung des geltenden Rechts einschließlich von Individualrechtsgütern.⁷²

⁷² Di Fabio, Risikoentscheidungen im Rechtsstaat, 1994, S. 27 ff.

Die präventive Aufgabe der Gefahrenabwehr, das zeigt bereits diese immer noch weite Definition, ist inhaltlich umfassend und obliegt keineswegs allein den Polizei- und Ordnungsbehörden. Deshalb bilden die Normen, „die der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung dienen, [auch] keinen selbständigen Sachbereich im Sinne der grundgesetzlichen Verteilung der Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern“. Die Gefahrenabwehr begründet, mit anderen Worten, keine eigene Kompetenz, sondern sie *folgt als Annex grundsätzlich dem ihr zugehörenden Sachbereich* – etwa der Umwelt- oder Gesundheitspolitik. In den Worten des Bundesverfassungsgerichts:

„Normen, die der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in einem bestimmten Sachbereich dienen, sind für die Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenz vielmehr dem Sachbereich zuzurechnen, zu dem sie in einem notwendigen Zusammenhang stehen. Erscheint eine Regelung als Annex zu einem Sachgebiet, auf dem der Bund tätig ist, umfasst die Zuständigkeit zur Gesetzgebung auch präventive Regelungen in diesem Sachbereich. Soweit der Bund ein Recht zur Gesetzgebung in einem bestimmten Sachbereich hat, kann er auch punktuelle Annexregelungen zu einem der Zuständigkeit der Länder unterfallenden Regelungsbereich treffen, sofern diese in einem notwendigen Zusammenhang zu der in der Zuständigkeit des Bundes liegenden Materie stehen und daher für den wirksamen Vollzug der Bestimmungen erforderlich sind“.⁷³

⁷³ BVerfGE 109, 190, 215, Nachweis weggelassen.

In diesem Kontext haben die Länder nach Art. 30, 70 GG die Gesetzgebungskompetenz für das *allgemeine* Polizei- und Ordnungsrecht. Bei besonderem Gefahrenabwehrrecht kann die Zuordnung, abhängig von den Kompetenzkatalogen des Grundgesetzes, auch zugunsten des Bundes ausfallen. Eine Länderkompetenz für die Rettungsdienstgesetze ohne nähere Begründung aus der „Gefahrenabwehr“ herzuleiten, ist demnach – auch wenn das in der Praxis als selbstverständlich betrachtet wird – zu unpräzise. Die Länder sind nicht per se für die Gesetzgebung zur Gefahrenabwehr zuständig.

Darüber hinaus ist die Kontrollfrage zu stellen, was für eine „Gefahr“ im Rechtssinn durch die Notfallrettung abgewehrt werden soll. Sicherlich, es geht in der Regel um Leben und Gesundheit der Notfallpatienten, die das Grundgesetz jeweils als schützenswerte Güter ausdrücklich anerkennt (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Beim Rettungsdienst – und speziell der Notfallrettung – geht es jedoch gerade nicht darum, dass diese Rechtsgüter durch den Staat verletzt wurden. Aufgerufen ist also nicht die Abwehr-, sondern vielmehr die Schutzpflichtendimension des Grundrechts.⁷⁴ Im Mittelpunkt steht die Hilfe nach einem Unfall oder einem medizinischen Notfall.

⁷⁴ BVerfGE 115, 24, 44 f.; 140, 229, 237.

Der Staat ist aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in der Pflicht, einem Unfallopfer oder Notfallpatienten effektiv zu helfen, um Leben und Gesundheit bestmöglich zu schützen. Auch wenn die staatliche Schutzpflicht aus dem Grundrecht grundsätzlich nicht auf konkrete Heilmaßnahmen im Sinn eines „Rechts auf Gesundheit“ gerichtet ist, kennt das Verfassungsrecht – zumindest für grundlegende, lebensbedrohende Existenzrisiken, wie sie mit der Notfallrettung abgewehrt werden sollen – auch Leistungsansprüche.⁷⁵ Es geht also um Rechtsgüterschutz, zugleich geht es aber auch – sogar primär – um die Leistungsdimension staatlichen Handelns, die nicht in den Anwendungsbereich des *allgemeinen* Polizei- und Ordnungsrechts fällt.

⁷⁵ Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 23 ff.; vgl. auch Di Fabio, in: Dürig/Herzog/Scholz, GG-Kommentar, Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, EL 43 (Februar 2004) Rn. 94.

B) DASEINSVORSORGE

Mit dieser Überlegung ist die Brücke zur „Daseinsvorsorge“ geschlagen. Der Begriff, in den 1930er Jahren von Ernst Forsthoff theoretisch entwickelt, ist nicht fest umrissen. Er umfasst, so eine neuere Definition, „Infrastrukturleistungen, die die Bürger zur freien Entfaltung ihrer Persönlichkeit benötigen und die den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft durch die Produktion öffentlicher Güter gewährleisten.“⁷⁶ Inhalt und Umfang eines staatlichen Daseinsvorsorgeauftrages sind im Einzelfall aus den jeweils betroffenen Grundrechten zu bestimmen. Bei dem Vorsorgebereich „Gesundheit“ handelt es sich insoweit um das zitierte Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG. Die Gesundheit und das Leben sind, das hat die Rechtsprechung immer wieder festgestellt, „überragend wichtige Gemeinwohlbelange“, denen in der Wertordnung des Grundgesetzes ein hohes Gewicht zukommt.⁷⁷ Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als objektive Wertentscheidung der Verfassung begründet deshalb die staatliche Pflicht, sich „schützend und fördernd vor das Leben des Einzelnen“ zu stellen.

„Die Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG greift nicht erst dann ein, wenn Verletzungen bereits eingetreten sind, sondern ist auch in die Zukunft gerichtet. Aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG kann daher auch eine Schutzpflicht des Staates folgen, Vorsorge gegen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu treffen (...).“⁷⁸

Der Staat hat deshalb nicht nur die Aufgabe, sondern auch die grundsätzliche Pflicht, die notwendige Infrastruktur zu schaffen und zu unterhalten, um die Allgemeinheit abstrakt und Einzelpersonen konkret mit dieser Leistung zu versorgen.⁷⁹

Weitergehend und konkreter bedeutet das, dass der Staat verpflichtet ist, ein funktionierendes System des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen. Wörtlich formuliert das Bundesverfassungsgericht dazu:

„Vielmehr steht außer Frage, dass ein ausreichender Schutz der Bevölkerung nicht gewährleistet ist, wenn Notfallpatienten nicht schnell lebensrettende Hilfe erhalten, oder wenn Kranke, Verletzte und andere Hilfsbedürftige nicht zügig unter fachgerechter Betreuung transportiert werden. Notwendig ist daher ein funktionierendes System des Rettungsdienstes.“⁸⁰

⁷⁶ Kersten, Daseinsvorsorge, in: Staatslexikon, 8. Aufl., Bd. 1, 2017, Sp. 1167.

⁷⁷ BVerfGE 121, 317, 356; 126, 112, 140; 161, 299, 362 f.

⁷⁸ VGH Mannheim, Anm. 58, Rn. 93.

⁷⁹ Vgl. Di Fabio, Sicherung der Infrastruktur als Verfassungsgebot, Versorgung sichern, Standort stärken, Krisen bewältigen, Jahresheft des Wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Familienunternehmen, 2023, S. 1 f.

⁸⁰ BVerfGE 126, 112, 141.

Die Aussagen der Rechtsprechung machen sehr deutlich, was der Staat dem Bürger im Rahmen des Daseinsvorsorgeauftrags „Gesundheit“ schuldet. Mit dieser Überlegung wird deutlich, dass jedenfalls bei der Notfallrettung nicht die Gefahrenabwehr, sondern die gesundheitliche Daseinsvorsorge im Vordergrund steht. Der Bürger hat ein Grundbedürfnis, bei einem medizinischen Notfall oder einem Unfall rasch qualifizierte Hilfe zu erhalten – diese Erwartung erschöpft sich nicht mehr, wie historisch und bis in die 1980er Jahre hinein üblich, im bloßen Transport in ein Krankenhaus.⁸¹ Zentral ist und erwartet wird mittlerweile die präklinisch notfallmedizinische und -ärztliche Versorgung vor Ort sowie auf dem Transportweg. Hauptanknüpfungspunkt für jedenfalls die Notfallrettung ist demnach heute die Daseinsvorsorge.⁸² Sie ist – wenn man so will – eine *besondere* Form der Gefahrenabwehr.

Die Daseinsvorsorge ressortiert im Kompetenzgefüge des Grundgesetzes prinzipiell bei den Kommunen, als Ausdruck des Grundsatzes kommunaler Selbstverwaltung (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 GG). Die kommunale Daseinsvorsorge steht aber zugleich „bundesweit einfachgesetzlichen Regelungen“ offen.⁸³ Letztendlich hängt die Gesetzgebungszuständigkeit für die Notfallrettung also davon ab, in welchem Umfang das Grundgesetz entsprechende Daseinsvorsorgeaufgaben dem Bund zugewiesen und er davon Gebrauch gemacht hat.

⁸¹ Zur älteren Diskussion über die Einordnung des Krankentransports als Gefahrenabwehr Esch, Rechtsfragen der Erbringung und Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen, 2005, S. 96 ff. Für das EU-Recht hat der Gerichtshof den Krankentransport in den Gefahrenbegriff einbezogen, Rs. C-465/17, Urt. v. 21.3.2019, ECLI:EU:C:2019:234, Rn. 36 – Falck: „Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass sowohl die Betreuung und Versorgung von Notfallpatienten in einem Rettungswagen durch einen Rettungsassistenten/ Rettungssanitäter als auch der qualifizierte Krankentransport unter den Begriff der ‚Gefahrenabwehr‘ im Sinne von Art. 10 Buchst. h der Richtlinie 2014/24 fallen.“

⁸² Vgl. die Aussage der Bundesregierung 2012 im Entwurf des Notfallsanitätergesetzes, BT-Drucks. 17/11689, S. 14: „Der Rettungsdienst ist im Rahmen der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge ein essentieller Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge. Er fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder und ist, traditionell bedingt, im föderalen System sehr unterschiedlich geregelt.“

⁸³ Knauff, Die Kommunen als Träger der Daseinsvorsorge, Gewerbearchiv 2011, S. 80 (82).

2. FUNKTIONALE SCHUTZPFLICHTKONKRETISIERUNG DURCH DIE SOZIALVERSICHERUNG

A) KONKURRIERENDE KOMPETENZEN DES BUNDES

Aus den Grundrechten des Grundgesetzes sind Kompetenzen für den Bund nicht begründbar. Grundrechte sind keine Kompetenztitel. Grundrechte können jedoch – insbesondere aus ihrer Schutzpflichtendimension heraus – Bund wie Länder dazu *verpflichten, eine bestehende Gesetzgebungskompetenz auszuüben*. Das Grundgesetz enthält keinen umfassenden Kompetenztitel für das Gesundheitswesen. Es teilt die Sachmaterie auf mehrere Einzeltitel auf: etwa die Ausbildung und Ausübung der Heilberufe, den Infektionsschutz, das Apothekenwesen, die Medizinprodukte, die Krankenhausfinanzierung und die Sozialversicherung.

Hinter dem Begriff „Sozialversicherung“ steht unter anderem die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Das GKV-System zwangsversichert, wie bereits erwähnt, nahezu 90% der deutschen Bevölkerung. Es ist auf der Kompetenzgrundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG vom Bund im Wesentlichen durch den Fünften Teil des Sozialgesetzbuchs normativ strukturiert. Die übrigen Bevölkerungsteile sind als freiwillig Versicherte oder beihilfeberechtigte Beamte über die Private Krankenversicherung (PKV) Mitglieder einer Krankenversicherung, für die der Bund aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG ebenfalls die Gesetzgebungskompetenz hat.⁸⁴

⁸⁴ Die Kompetenz für die Beihilfe der Beamten folgt der Zuständigkeit für den öffentlichen Dienst und liegt somit bei Bund und Ländern jeweils für deren Beschäftigte, der Bund hat nach Art. 73 Abs. 1 Nr. 8 GG die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz für die Rechtsverhältnisse der im Dienste des Bundes und der bundesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechtes stehenden Personen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass Unionsbürger, die nicht Arbeitnehmer oder Studenten sind, einen Behandlungsanspruch über die Europäische Krankenversicherungskarte haben, der allerdings auf Notfälle beschränkt ist.

Der Bund bestimmt also mit seiner Gesetzgebung die Strukturen der Krankenversicherung und definiert die Leistungserbringungs- und Versichertenansprüche. Sie werden in dem vom Bund gesetzten Selbstverwaltungsrahmen konkretisiert. Entscheidend ist dabei, dass der Bund über die Vergütung der „Leistungserbringer“, das heißt über die Honorare für Ärzte, Krankenhäuser und für andere Gesundheitsberufe, die medizinische Infrastruktur maßgeblich finanziert. Die Finanzierung wiederum setzt eine notwendige Bedingung für die Existenz des größten Teils dieser Infrastruktur, denn neun Zehntel der potenziellen Patienten in Deutschland sind in der GKV versichert. „Leistungserbringer“, die sich der GKV-Finanzierung entziehen wollen, sind von vornherein auf einen quantitativ begrenzten Bevölkerungsteil beschränkt, der noch einmal kleiner ist als die Zahl der in der PKV versicherten Menschen. Denn Bund und Länder begrenzen über die von der staatlichen Beihilfe erstattungsfähigen Kosten, die an die GKV-Regelungen angelehnt sind, die Möglichkeit der Inanspruchnahme ausschließlich privat finanzierter medizinischer Leistungen. Mit anderen Worten, die medizinische Infrastruktur in Deutschland ist das Spiegelbild der Struktur und Finanzkraft der Krankenversicherung.⁸⁵

Bei solch einer – gebotenen – funktionalen Betrachtung des deutschen Gesundheitswesens, drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass der Bund über den Kompetenztitel der „Sozialversicherung“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) mittels der Finanzierung des Gesundheitsschutzes indirekt zugleich die medizinische Infrastruktur in Deutschland regelt.⁸⁶

⁸⁵ Diesen Befund belegt eindrucksvoll die Gesundheitsausgabenrechnung für die Bundesrepublik: Im Jahr 2020 sind für Gesundheitsausgaben insgesamt 440.575 Mrd. Euro aufgewendet worden, die GVK hat davon 241.491 Mrd. Euro (54,8%) getragen, die weiteren Sozialversicherungen und die PKV trugen zusammen 93.600 Mrd. Euro (21,3%), dagegen betrug der Finanzierungsbeitrag öffentlicher Haushalte 30.747 Mrd. Euro (6,8%), siehe Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2022, Tabelle 9.2., S. 130, auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.

⁸⁶ Zu den Kostenträgern der tatsächlichen Finanzierungsanteile der deutschen Gesundheitsausgaben siehe Anm. 83.

B) GRUNDRECHTLICHE SCHUTZPFLICHT DES STAATES (ART. 2 ABS. 2 SATZ 1 GG)

Aus den Grundrechten des Grundgesetzes werden nicht nur subjektive Ansprüche auf Abwehr hoheitlicher Eingriffe abgeleitet. Die Grundrechte werden – wie im vorherigen Abschnitt bereits angesprochen – zugleich als objektive Wertentscheidung betrachtet. In dieser Eigenschaft sind sie, bezogen auf den hier interessierenden Sachverhalt, der Rechtsgrund für eine staatliche Pflicht, „sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit zu stellen und sie vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren“. Der vielbeachtete Klimaschutz-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2021 hat an diese ältere, in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG rückgebundene Verfassungsrechtsfigur nicht nur erinnert, sondern hat deren Bedeutung im Gesamtgefüge des Grundgesetzes noch einmal deutlich erhöht.⁸⁷

Obgleich die Schutzpflicht aus der objektiven Funktion eines Grundrechts abgeleitet wird, wird sie dennoch als Teil der subjektiven Grundrechtsberechtigung gesehen. Wird also eine Schutzpflicht verletzt, so liegt darin zugleich eine Verletzung des Grundrechts aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, gegen die sich der Bürger vor Gericht zu Wehr setzen kann – die zitierte Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Mannheim über die Rechtmäßigkeit des baden-württembergischen Rettungsplans ist dafür ein aktuelles und für die Notfallrettung höchst relevantes Beispiel.⁸⁸

Der Staat hat die Aufgabe, die notwendigen Institutionen zu schaffen und zu unterhalten, um die Allgemeinheit abstrakt und Einzelpersonen konkret mit Leistungen des Gesundheitsschutzes zu versorgen. Das bedeutet auch, das Bundesverfassungsgericht hat sich bereits mit dieser Frage befasst, und dies sei hier noch einmal zitiert, dass der Staat verpflichtet ist, ein System des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen: Notwendig ist [...] ein funktionierendes System des Rettungsdienstes.“⁸⁹

⁸⁷ BVerfGE 157, 30, 111, Zitat, unter Hinweis auf BVerfGE 142, 313, 337, stRspr. Zur Bedeutung der Schutzpflichtdogmatik in der Entscheidung Di Fabio, Verfassung und Klimahaftung, 2023, S. 59 f, 63.

⁸⁸ Siehe oben Seite Seite 22 f.

⁸⁹ BVerfGE 126, 112, 141.

C) KONKRETISIERUNG DER KOMPETENZZUORDNUNG

Das Grundgesetz schweigt allerdings über die wichtige Frage, welche Ebene deutscher Staatlichkeit, der Bund oder die Länder, für die Erfüllung der Schutzpflicht zuständig ist. Bislang war lediglich vom grundrechtsverpflichteten „Staat“ die Rede – ein in diesem Zusammenhang nicht ausreichend spezifizierter Begriff. Die Antwort, *welche staatliche Ebene* konkret zuständig ist, ergibt sich aus der Aufgabenzuständigkeit, aus der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern, wobei – dies sei ebenfalls noch einmal betont – aus dem Grundrecht auch in der Schutzpflichtkonstellation Kompetenzen nicht begründet werden können.

Die Länder, so wird es vielfach gesehen, konkretisieren die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG durch die Planung, die Einrichtung und den Betrieb der jeweiligen Rettungsdienste, für die sie aufgrund ihrer Residualkompetenz zur Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge im föderalen Verbund zuständig seien. Residualkompetenz meint, dass die Reichweite der Gesetzgebungskompetenz der Länder sich nach der Subtraktionsmethode bemisst – sie sind zur Gesetzgebung ermächtigt, wenn das Grundgesetz keine entsprechende Zuweisung an den Bund enthält (Art. 70 Abs. 1 GG).⁹⁰ Im ersten Abschnitt der verfassungsrechtlichen Leitlinien ist bereits Kritik an der unreflektierten Kompetenzzuordnung aufgrund der Begriffe „Gefahrenabwehr“ und „Daseinsvorsorge“ geübt worden. Weder „Gefahrenabwehr“ noch „Daseinsvorsorge“ sind per se den Ländern kompetenziell zugeordnet.⁹¹

⁹⁰ BVerfGE 160, 1, 20 unter Hinweis auf BVerfGE 157, 223, 255 ff.

⁹¹ Siehe oben Seite Seite 24 ff.

Entscheidend ist stattdessen, dass der Bund seinerseits Kompetenzen im Gesundheitsbereich hat, nämlich unter anderem die erwähnte Zuständigkeit für die „Sozialversicherung“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Durch die Ausübung dieser konkurrierenden Kompetenz, durch die Einrichtung unter anderem der Gesetzlichen Krankenversicherung, hat der Bund nicht nur den Ländern die entsprechende Zuständigkeit in verfassungsmäßiger Weise entzogen. Der Bund hat dadurch zugleich seine grundrechtliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG erfüllt.

Zur Einrichtung einer Gesetzlichen Krankenversicherung gehört nicht zwingend die Einrichtung eines Rettungsdienstes. Ein Rettungsdienst ließe sich auch vollständig aus Steuermitteln finanzieren. In der Praxis wird der Rettungsdienst, daran führt kein Weg vorbei, jedoch aus der Gesetzlichen Krankenversicherung gleichwohl finanziert. Der Sachbericht hat deutlich gemacht, dass der Rettungsdienst und seine finanzielle Verzahnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht am Reißbrett entstanden sind. Die Verschleifung ist ein historisch gewachsenes Ergebnis. Die Krankenversicherung hat die Finanzierung des Rettungsdienstes übernommen, indem sie zunächst dessen Leistungen vergütet und später sogar Leistungsansprüche eingeführt hat. Jedenfalls die Notfallrettung kann insoweit als eine funktionale Konkretisierung der grundrechtlichen Schutzpflicht des Bundes gesehen werden.

Es liegt auf der Hand, dass es für die Notfallrettung nicht mehrere, parallele Systeme gibt, sondern dass ein einheitlicher Rettungsdienst in Deutschland entstanden ist und aufrechterhalten wird. Die Inanspruchnahme von Rettungsdienst im Allgemeinen und Notfallrettung im Speziellen ist unabhängig vom Versichertenstatus oder Aufenthaltsrecht – jede Person kann diese Infrastruktur in Anspruch nehmen. Bereits die Notwendigkeit flächendeckender Infrastruktur sowie der erforderlichen Personalkapazitäten und Sachmittel drängen auf eine Ressourcenpoolung. Die hohen Kosten für diese konkrete Form der Daseinsvorsorge, besonders die im Vergleich zu einmaligen Investitionskosten fortlaufenden Personalkosten, verlangen nach einer von einer großen Gruppe, möglichst der Allgemeinheit getragenen Finanzierungsquelle.

Mit Blick auf die sozialgeschichtliche Grundentscheidung, die Krankenversicherung als selbstverwaltete Sozialversicherung auszugestalten, deren Folge die gegenwärtige Versichertenstruktur in Deutschland ist, handelt es sich bei der hinreichend starken Finanzierungsquelle um die vom Bund geregelte Krankenversicherung.

3. GARANTENSTELLUNG DES BUNDES FÜR DIE NOTFALLRETTUNG

A) ZUSAMMENHANG VON FINANZIERUNG UND NOTFALLRETTUNG

Der Zusammenhang von Finanzierung und medizinischer Infrastruktur, Rettungsdienst und Notfallrettung eingeschlossen, ist für die Kompetenzordnung zentral. Aus seiner Entstehungsgeschichte heraus betrachtet, war der Rettungsdienst zunächst bloßer Transport in ein Krankenhaus oder zu einem anderen Ort, an dem einem Patienten medizinisch geholfen werden konnte. Doch bereits in jener frühen Entwicklungsphase wurde die Finanzierung der Transportleistung in der Praxis *nicht für sich berechnet*, sondern als *Annex zur späteren klinischen Leistung* betrachtet. Die Kosten für diese Leistung wiederum wurden von der Krankenkasse übernommen. Die Folge dieser Finanzierungsbeziehung waren die einem Schildbürgerstreich gleichenden, anekdotischen Fälle, in denen Patienten gegen ihren Willen oder ohne medizinische Indikation in ein Krankenhaus transportiert wurden, weil andernfalls hätte kein Transportentgelt abgerechnet werden können.⁹²

Die Annexlösung ist, wie beschrieben, seit Mitte der 1970er Jahre in das Sozialversicherungsrecht aufgenommen worden, um gesetzlich versicherten Patienten einen Anspruch auf Übernahme der Krankentransportkosten zu geben. War der Krankentransport für sich genommen ursprünglich noch eine Leistung, deren Kosten vom Patienten gegebenenfalls unmittelbar getragen werden konnten, hat die moderne Notfallrettung dies deutlich verändert. Die grundrechtlich aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG fundierte, berechnete Erwartung des Bürgers, dass eine notfallmedizinische oder sogar notärztliche Versorgung vor Ort erfolgt, hat neben den Anforderungen an die personellen und sächlichen Ressourcen vor allem auch die Kosten der Notfallrettung deutlich erhöht. Auch wenn das Kommunal- oder das Landesrecht eine Gebührenerhebung für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes vorsehen können, so würden dadurch in zahlreichen Fällen die Notfallpatienten finanziell überfordert sein. Die Praxis zeigt denn auch, dass die Erhebung und Beitreibung solcher Gebühren bei GKV-Patienten die Ausnahme sind. Die Notfallrettung ist in ihrer Existenz und Funktionsfähigkeit auf die Vergütung durch die Krankenversicherung finanziell angewiesen. *Die Kosten für den Rettungsdienst wurden im Jahr 2020 zu 86% von der gesetzlichen Krankenkasse getragen.*⁹³ Sie ist damit Adressat der bundesrechtlichen Vorgaben im Fünften Teil des Sozialgesetzbuchs – wenn auch nur indirekt.

⁹² Zur verwaltungspraktischen Lösung dieser Konstellationen heute Hobusch, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2), NZS 2023, S. 846.

⁹³ Die Gesundheitsausgabenrechnung der Bundesrepublik weist für das Jahr 2020 Gesamtkosten von 6.539 Mrd. Euro für den Rettungsdienst aus, davon wurden 5.623 Mrd. Euro (86%) von der GKV, 67 Mio. Euro (1%) aus öffentlichen Haushalten, 246 Mio. Euro (3,8%) aus der gesetzlichen Unfallversicherung und 254 Mio. Euro (3,9%) aus der Privaten Krankenversicherung sowie 151 Mio. Euro (2,3%) durch Arbeitgeber und 197 Mio. Euro (3%) durch Private getragen, siehe Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2022, Tabelle 9.2., S. 130, auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts; die Prozentangaben sind gerundet.

Je stärker die präklinische Komponente in der Notfallrettung wird, desto mehr hat die Transportleistung eine nur dienende Funktion und desto plausibler wird der Befund, dass die „Sozialversicherung“ die tragende Finanzierungsquelle der Notfallrettung ist – und zugleich erschließt sich der Grund für die Entstehung einer größer werdenden Gestaltungslücke zwischen der Finanzierungs- und Leistungsdefinitionsverantwortung des Bundes auf der einen Seite und der auf ihre Kompetenz zur Gefahrenabwehr pochenden Länderseite. Das Problem verschärft sich, wenn der Bund in seinem Bereich Maßnahmen zur Kostendämpfung ergreift und die Länder in ihrem Bereich nicht in der Lage sind kompensatorisch Finanzierungsverantwortung für die Unterhaltung einer effektiven und modernen Rettungsinfrastruktur zu übernehmen.

Dieser missliche Zusammenhang ist dem Bund bei seinem Bemühen, die Leistungsfähigkeit des GKV-Systems fortdauernd zu gewährleisten, auch bewusst. Wenn der Bundesgesetzgeber im Jahr 2015 eine bessere Kooperation zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsdienstleitstellen der Länder anordnet (§ 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V), dann hat er, so die Gesetzesbegründung ausdrücklich, eine Kostendämpfung im Blick. Das unausgesprochene Motiv dabei ist, die Kosten *für die Gesetzliche Krankenversicherung* zu dämpfen. Denn eine Kostendämpfung zugunsten der Länderhaushalte läge nicht in seiner Zuständigkeit und außerhalb seines politischen Interesses.⁹⁴ Gleiches gilt für die in neuerer Zeit festgestellte, erhebliche Zunahme der GKV-Kosten für Transportdienstleistungen, die hauptsächlich durch die individuelle Inanspruchnahme des Rettungsdienstes zustande kommen.⁹⁵

⁹⁴ Zu § 75 Abs. 1b SGB V siehe oben Seite 12.

⁹⁵ Siehe oben Seite 16.

B) ANSPRUCH AUF GLEICHE LEISTUNG (ART. 3 ABS. 1 GG)

Aus der Entscheidung des Bundes, seine grundrechtliche Schutzpflicht für Leben und Gesundheit auch durch eine maßgeblich aus Krankenkassenbeiträgen finanzierte Notfallrettung zu erfüllen,⁹⁶ erwächst dem Bund eine Garantenstellung für die Notfallrettung aus der Ingerenz seines von ihm wie beschrieben ausgeübten Gesetzgebungsrechts für die Sozialversicherung.

Denn zum einen gibt es nur dieses System, ein alternatives ließe sich aktuell nicht oder nur unter erheblichem Mühen einführen. Zum anderen haben die Bürger über ihre Zwangsmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung die von ihnen in Form von Beiträgen aufgebrauchten Mittel mit der Erwartung in das bestehende System investiert, das dieses gerade auch in einer lebensgefährdenden Notsituation zu ihren Gunsten effektiv funktioniert. Die Beiträge der Versicherten sind gebunden und in der gegenwärtigen Organisation der Notfallrettung in gewisser Weise „verbraucht“.⁹⁷

Die Garantenstellung des Bundes erschöpft sich nicht in der bloßen Existenz eines Systems der Notfallrettung in Deutschland. Sie erstreckt sich darüber hinaus auf die Qualität dieser Notfallrettung. Das Qualitätsmerkmal ist zunächst ein relatives, wenn es um den Anspruch der Versicherten auf gleiche Leistung geht. Ein zentraler rechtlicher Maßstab für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nämlich der – verfassungsrechtlich über den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG vermittelte – Grundsatz „gleiche Beiträge, gleiche Leistung“. Alle Versicherten haben einen gleichen Anspruch auf die im Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuchs, Fünfter Teil genannten Leistungen (vgl. § 2 Abs. 1 SGB V).

Dagegen lässt sich nicht einwenden, dass die Notfallrettung an jener Stelle des Sozialgesetzbuchs (bislang) nicht genannt ist. Seit Jahrzehnten gibt es politische Bestrebungen, den Katalog der medizinischen Leistungssegmente in § 27 Abs. 1 SGB V entsprechend zu ergänzen, wobei solch eine Ergänzung als Nachführen der Sozialrechtslage zur tatsächlichen Praxis zu betrachten wäre. Sie soll entsprechende Unsicherheit beseitigen.⁹⁸

Der Anspruch der Versicherten ergibt sich unmittelbar aus der Schutzwirkung der Grundrechte und ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf eine „grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung“ gerichtet.⁹⁹ Eine solche Auslegung ist besonders dann geboten, wenn die „Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung“ in Rede steht. „Denn das Leben stellt einen Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung dar“.¹⁰⁰ Die Notfallrettung, bei der es um die Hilfe bei schweren Unfällen und lebensbedrohlichen Erkrankungen geht, erfüllt eindeutig diese Voraussetzungen.

⁹⁶ Siehe oben Anm. 91.

⁹⁷ BVerfG, Beschl. v. 6.12.2005, 1 BvR 347/98, NJW 2006, S. 891 (892): „Damit geht der Gesetzgeber davon aus, dass den Versicherten regelmäßig erhebliche finanzielle Mittel für eine zusätzliche selbstständige Vorsorge im Krankheitsfall und insbesondere für die Beschaffung von notwendigen Leistungen der Krankenbehandlung außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Verfügung stehen.“

⁹⁸ Bislang erfolgt die Kostentragung durch die GKV aufgrund von § 60 und § 133 SGB V iVm der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, siehe Anm. 16. § 5 der Richtlinie, der die Rettungsfahrten unter anderem mit Rettungswagen und Notarztwagen regelt, sieht darin ausdrücklich notfallmedizinische und notärztliche (Sofort)Maßnahmen vor und während des Transports vor, das heißt diese Leistungen werden auch vergütet.

⁹⁹ BVerfGE 140, 229, 237.

¹⁰⁰ BVerfG, Beschl. v. 6.12.2005, 1 BvR 347/98, NJW 2006, S. 891 (893).

C) GLEICHBEMESSENE FUNKTIONSFÄHIGE SOZIALVERSICHERUNG UND DIE HILFSFRIST

Der in der Garantenstellung rückgebundene Zusammenhang zwischen der Gesetzgebungskompetenz und dem Gleichbehandlungsanspruch lässt sich noch schärfer herausarbeiten, durch einen näheren Blick auf die in ihren normativen Vorgaben und in geübter Praxis unterschiedlichen Hilfsfristen der Länder.

Die Länder konkretisieren ihre jeweilige partikuläre Organisation des Rettungsdienstes, dessen Teil die Notfallrettung ist, indem sie zahlreiche Parameter festlegen. Dazu gehören besonders der räumliche Zuschnitt der Rettungsdienstbereiche sowie die Anzahl und die Lage der Rettungswachen, deren Ausstattung mit Rettungsmitteln und die Definition der Hilfsfrist, das heißt des Zeitraums, in dem alle an einer Straße gelegenen Einsatzorte mit einem geeigneten Rettungsmittel tatsächlich erreicht werden sollen.

Diese Hilfsfristen weichen in der Praxis und im Vergleich der Länder untereinander ganz erheblich voneinander ab. Die Spanne reicht von einer offenen Frist über acht Minuten bis zu 15 Minuten, wobei der Fristbeginn unterschiedlich bestimmt wird, und darüber hinaus die Bezugsgröße zwischen 100 und 90 Prozent der Einsatzfälle schwankt.¹⁰¹

¹⁰¹ Vgl. noch einmal die Übersicht im Anhang.

Im Sachbericht ist erwähnt, dass die Einhaltung der Hilfsfrist sich zuletzt besorgniserregend negativ entwickelt hat und es Bestrebungen in einzelnen Ländern gibt, dieses relativ harte Qualitätskriterium aufzuweichen.¹⁰² Zu dieser keineswegs nur numerischen Varianz treten in der Praxis weitere erhebliche Qualitätsunterschiede hinzu. Es bestehen Abweichungen in urbanen und ländlichen Räumen, die durch den vorgabefreien Zuschnitt der Rettungsdienstbereiche und das weitgehende Fehlen einer Hilfsfrist für den Notarzteeinsatz gekennzeichnet sind. Die Probleme setzen sich fort in der Qualifikation des Rettungspersonals, insbesondere in der Disposition einer ausreichenden Zahl an Notärzten, aber auch in der vorgehaltenen technischen und medizinischen Ausrüstung sowie der Gewährleistung von Kompatibilität auch nur über Ortsgrenzen hinaus.

¹⁰² Siehe oben Seite Seite 13 ff.

Für Notfallpatienten, die statistisch in den meisten Fällen Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, bedeuten gerade diese Unterschiede – jedenfalls in der Notfallrettung – eine Verletzung des verfassungsrechtlichen Anspruchs auf gleiche Leistung. Eine Varianz der Hilfsfrist zwischen acht und 15 Minuten, mit zahlreichen Fällen deutlich längerer Zeit bis zum Beginn medizinischer Versorgung, macht bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen, den maßgeblichen Unterschied aus und kann unmittelbar kausal für den weiteren Krankheitsverlauf und die Überlebenschancen der Notfallpatienten sein.¹⁰³

¹⁰³ Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, Notfall Rettungsmed, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01254-6>, angenommen 11.10.2023, mit einer Überlebensfunktion, die den Zusammenhang zwischen Eintreffzeit und Überlebenschancen bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand abschätzt, ebd., S. 3.

Im Ergebnis konterkariert dieser Problembefund den Sinn und Zweck der bundeseinheitlichen Rechtsetzung in der Sozialversicherung, die das Bundesverfassungsgericht 2005 in seiner Entscheidung über den Risikostrukturausgleich mit folgenden Überlegungen für geboten erklärt hat:

„Die bundesweite Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung hat elementare Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland. Eine in allen Landesteilen gleich funktionsfähige Sozialversicherung ist auf der Basis unterschiedlicher Ländergesetze praktisch kaum denkbar, so dass die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse entscheidend von einer bundesgesetzlichen Regelung abhängt. Nicht zuletzt die gleichheitsrechtlich gebotene bundesweite Angleichung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BVerfGE 89, 365 [375 ff.]) lässt sich mit unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen nicht erreichen. Divergierendes Landesrecht könnte auch die Mobilität der Versicherten innerhalb des Bundesgebiets einschränken und für die abführungspflichtigen Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen, so dass der Bund auch zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland bundeseinheitliches Recht setzen durfte.“¹⁰⁴

¹⁰⁴ BVerfGE 113, 167, 198.

Die auffällige Diskrepanz besonders zwischen Stadt und Land führt gewiss nicht monokausal zu einer Abwanderung der Bürger in Rettungsdienstgebiete mit geringer Hilfsfrist. Doch sind die nicht insoweit gleichwertigen Lebensverhältnisse im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung ein Motivationselement in der Entscheidung der Bürger für ein Leben auf dem Land oder in der Stadt. In jedem Fall wirken sich die Partikularitäten in der Notfallrettung für den bundeseinheitlich zu regelnden Daseinsvorsorgebereich „Krankenversicherung“ an entscheidender Stelle aus.

D) BUNDESKOMPETENZ FÜR GLEICHHEITSGERECHTEN UND EFFEKTIVEN SCHUTZ

Der Bund hat – das ist Konsens – eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Er hat von dieser Kompetenz durch die Einrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht. Die Gesetzlichen Krankenkassen finanzieren über Vergütungen maßgeblich den Rettungsdienst und damit auch die Notfallrettung – ergänzend kommen die gleichfalls vom Bund geregelte Private Krankenversicherung und die Beihilfe für Bundesbeamte hinzu. Der Bund konkretisiert dadurch seine grundrechtliche Schutzpflicht für Leben und Gesundheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG. Er übernimmt damit zugleich eine Garantenpflicht für die Leistungsfähigkeit auch der Notfallrettung, weil es für die Versicherten nur diese eine Möglichkeit gibt, bei Unfällen und lebensbedrohlichen Erkrankungen im Notfall effektive Hilfe zu erhalten. Die Garantenpflicht beinhaltet ein gleiches Schutzniveau für die Versicherten. Das ordnet die Gesetzgebungskompetenz dem Bund zu.

Die konkurrierende Bundeskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG umfasst die Befugnis, dass der Bund einheitliche Vorgaben für Qualitätsparameter der Notfallrettung machen kann. Der Kompetenztitel erfasst auch die Art und Weise der Leistungserbringung einschließlich Maßnahmen zur Qualitätssicherung,¹⁰⁵ was nicht nur Qualifikation des Personals, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, sondern auch die Notfallrettung einbezieht.¹⁰⁶

Eines Rückgriffs auf die die geschriebenen Bundeskompetenzen erweiternden Kategorien der *Kompetenzkraft Sachzusammenhangs* oder der *Annexkompetenz* braucht es in diesem Zusammenhang dann nicht.¹⁰⁷ Thematisch reicht die im Grundgesetz positivierte konkurrierende Kompetenz aus, so dass es einen Rückgriffs auf die im Hinblick auf ihren Umfang ohnehin restriktiv auszulegende Kompetenz kraft Sachzusammenhang nicht bedarf. Einer Vollzugskompetenz, die als Annex zur Sachkompetenz möglich ist, bedarf es nicht, weil der Bund keinen „eigenen“ Rettungsdienst aufbauen will und dafür auch kein Anlass besteht.

¹⁰⁵ Axer, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 209. EL (Dezember 2020), Rn. 71 f.; Uhle, in: Dürig/Herzig/Scholz, GG-Kommentar, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 99. EL (September 2022) Rn. 309: „Inhalt, Voraussetzungen, Modalitäten und Umfang der versicherungsrechtlich geschuldeten Leistungen“; Breitkreuz, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (Stand: 2/2022) Rn. 19; Oeter/Münkler, in: Huber/Voßkuhle, GG-Kommentar, 8. Aufl., Bd. 2, 2024, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, Rn. 106: „Mindestvorgaben zum Zwecke der Qualitätssicherung“ bei Krankenhäusern; Kuhla, Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, NZS 2014, S. 361 (364); „Der Kompetenztitel Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG umfasst auch den Inhalt der Leistungen, die ein Sozialversicherter beanspruchen kann sowie alle Modalitäten des Erbringens dieser Leistungen.“ (Hervorhebung im Original), ebenfalls bezogen auf Krankenhäuser. BSG, Urt. v. 16.5.2013, B 3 P 5/12 R, Rn. 16, juris, bezogen auf die Pflegeversicherung.

¹⁰⁶ Zur kompetenziellen Abgrenzung im Hinblick auf das in die Länderzuständigkeit fallende ärztliche Berufsrecht Ebsen, Verfassungsrechtliche und einfachrechtliche Probleme der Qualitätssicherung, GuP 2013, S. 121 (123 f.).

¹⁰⁷ In diese Richtung, die ein direktes Einwirken des Bundes auf die Organisation des Rettungsdienstes ermöglichen würde, argumentiert Pitz, Die Reform der Notfallversorgung 2.0, SGB 12.23, S. 717 (726 f.).

Dass indes solch eine konkurrierende Kompetenz für Qualitätsmaßstäbe existiert, zeigt nicht zuletzt die Gesetzgebungspraxis in diesem Bereich. Der Gesetzgeber hat mit §§ 135 ff. SGB V einen kompletten Abschnitt in das Sozialgesetzbuch, Fünfter Teil eingefügt, der umfangreiche Vorschriften zur Qualitätssicherung enthält. Die bereits mehrfach zitierte Regelung in § 133 SGB V, die die Versorgung mit Krankentransportleistungen und deren Vergütung zum Gegenstand hat, schöpft das Gestaltungspotenzial des Bundes bereits nach seinem Wortlaut nicht aus. Denn die Regelung gibt landes- und kommunalrechtlichen Festlegungen der Entgelte für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes den Vorrang gegenüber einheitlichen Festlegungen der Krankenkassen. Der Bund hätte also die Frage von vornherein auch anders, nämlich *bundeseinheitlich* regeln können. Der Bund hat, wie das Bundessozialgericht festgestellt hat, von seiner konkurrierenden Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG „bewusst nicht umfassend Gebrauch gemacht“.¹⁰⁸ Die unvollständige Ausübung der konkurrierenden Kompetenz durch den Bund ermöglicht den Ländern sogar, ausnahmsweise direkt Zahlungsansprüche aus der Gesetzlichen Krankenkasse zu begründen. Zusammengedacht mit der partikularen Ausgestaltung der Parameter für die Rettungsdienste bedeutet das, dass der Bund die Ungleichbehandlung der Versicherten bei der Notfallrettung – derzeit – sogar noch unterstützt.

¹⁰⁸ BSG, Urt. v. 10.4.2008, B 3 KR 7/07 R, SozR 4-1200 § 45 Nr. 4, juris, Rn. 14.

Ein weiteres Beispiel für die bestehende Bundeskompetenz zur Qualitätssicherung ist das auf Grundlage von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG im Jahr 2014 erlassene Notfallsanitätäergesetz, das das Ausbildungsniveau für nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal erhöht und vereinheitlicht. Die Vergütungsregeln der Gesetzlichen Krankenkassen könnten vom Bundesgesetzgeber so gefasst werden, dass die Kosten einer Notfallrettung nur dann erstattet werden, wenn daran entsprechend ausgebildete Notfallsanitäter beteiligt sind.¹⁰⁹ Zugegebenermaßen wirkt dieser Kompetenztitel indirekt über Vorgaben zu Personalressourcen.

¹⁰⁹ Wenner, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich im SGB V – mit einem verfassungsrechtlichen Rettungswagen auf der Suche nach den notwendigen Bundeskompetenzen, GuP 2024, S. 52 (55 f.).

Die Kompetenz schließlich für den einfachen Krankentransport, das hat der Rückblick in die Genese des Rettungsdienstwesens gezeigt, ist vom Bund bereits erfolgreich beansprucht worden. Der Bund hatte bis 1992 den einfachen Krankentransport in den Anwendungsbereich des auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 22 GG gestützten Personenbeförderungsgesetzes einbezogen. Dessen Herausnahme aus dem Anwendungsbereich könnte wieder rückgängig gemacht werden, so dass die Sperrwirkung zulasten der Länder (Art. 72 Abs. 1 GG) erneut greifen würde.

4. KONKRETISIERUNGSPARAMETER

A) NORMATIVE AMBIVALENZ GRUNDRECHTLICHER SCHUTZPFLICHTEN

Grundrechtliche Schutzpflichten haben eine normative Ambivalenz. Damit ist gemeint, dass sie als objektive Wertentscheidungen des Grundgesetzes den Gesetzgeber zum Handeln, zum aktiven Tun verpflichten, um das in Rede stehende Rechtsgut zu schützen. Sie enthalten jedoch grundsätzlich keine verfassungsrechtliche Direktive, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, welches Schutzniveau anzustreben ist. Der Gesetzgeber hat einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum und kann die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung berücksichtigen.¹¹⁰ Die Verfassungsrechtsdogmatik bildet diesen Zusammenhang unter dem Begriff „Vorbehalt des Möglichen“ ab.¹¹¹

Eine Schutzpflichtverletzung, die justiziabel ist, kommt nur in Betracht, wenn Schutzvorkehrungen entweder überhaupt nicht getroffen worden sind, wenn die getroffenen Regelungen und Maßnahmen offensichtlich ungeeignet oder völlig unzulänglich sind, das gebotene Schutzziel zu erreichen, oder wenn sie erheblich hinter dem Schutzziel zurückbleiben, so dass der verfassungsrechtlich gebotene Mindeststandard nicht gewahrt ist.¹¹²

Im vorliegenden Sachverhalt geht es nicht um die grundlegende Frage, ob der Staat verpflichtet ist, einen Rettungsdienst mit Notfallrettung einzurichten und zu unterhalten. Zweifelsohne bestehen solche Dienste in allen 16 Ländern und zweifelsohne vergüten die Krankenkassen deren rettungsmedizinische Leistungen. Die Frage, um die es geht, lautet, ob die Qualität der Notfallrettung den Anforderungen aus der dem Bund zugeordneten Schutzpflicht genügt und welche Maßnahmen dazu gegebenenfalls notwendig sind.

¹¹⁰ Siehe insb. § 12 Abs. 1 SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; 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.“

¹¹¹ Munaretto, Der Vorbehalt des Möglichen, 2022, insb. S. 365 ff.

¹¹² BVerfGE 142, 313, 337 f.; 157, 30, 114, stRspr.

B) QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DEN BUND

Dieses Gutachten kommt nach den voranstehenden Überlegungen zu dem Ergebnis, dass die Ausgestaltung der Notfallrettung durch die Länder mit der indirekten Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen das gebotene Schutzziel nicht allorts und flächendeckend sowie in der gebotenen gleichmäßigen Qualität erreicht. Die erheblichen Kosten der Infrastruktur verleiten einzelne Länder dazu, die Parameter des Rettungsdienstes so zu verändern, dass die von Länderseite haushaltspolitisch zugeordneten Budgets eingehalten werden können. Die Parameterveränderung geht zu Lasten der Qualität, wie insbesondere die negative Entwicklung der Hilfsfristen, die Zögerlichkeit bei der Qualifikationserhöhung des nichtärztlichen Personals und die Indifferenz gegenüber verlässlicher notärztlicher Versorgung anschaulich belegen. Diese Qualitätsunterschiede verletzen den Anspruch insbesondere der GKV-Versicherten auf gleiche Leistung unter maßgeblicher Berücksichtigung des jeweiligen Standes notfallmedizinischen Wissens, wofür der Bund über seine Sozialversicherung eine Garantstellung übernommen hat.

Der Bund ist dazu verpflichtet, einheitliche Regelungen für medizinische Leistungen im Rahmen der Notfallrettung zu definieren. Das betrifft nicht nur die Vergütung entsprechender Leistungen der Leitstelle und des eingesetzten Personals, sondern auch deren Qualität. Das grundrechtlich gebotene Ziel muss es sein, eine Notfallrettung zu organisieren, die bei lebensbedrohlichen Erkrankungen die Überlebenschancen des Patienten wahrt und nicht durch unzureichende Personal- und Sachressourcen sowie durch zu lange Hilfsfristen verschlechtert.

Die konkrete Hilfsfrist muss sich an der Korrelation von statistischer Überlebenswahrscheinlichkeit und Einsetzen der Notfallrettung, bezogen auf die in der Bevölkerung verbreiteten, lebensbedrohlichen Erkrankungen, ausrichten. Der Bund kann also aus verfassungsrechtlichen Gründen etwa nicht Qualitätsparameter setzen, die absehbar eine große Zahl an Notfällen nicht abdecken. Das gilt besonders für die bei abstrakter Betrachtung hohen Prozentsätze (Perzentile) der fristgerecht zu erledigenden Einsätze, die bei konkreter Betrachtung für eine hohe Fallzahl unterdurchschnittlicher Leistung stehen: Eine Zielerreichungsquote von 90% bedeutet bei 100.000 Einsätzen, dass 10.000 Einsätze nicht innerhalb der Hilfsfrist bedient worden sind. Ein damit zusammenhängendes Problem ist der unterschiedliche Beginn der Hilfsfristen – durch das nach hinten schieben des fristauslösenden Ereignisses, etwa auf die Dispositionsentscheidung in der Rettungsleitstelle oder sogar erst das Ausrücken der Retter, verlängert den tatsächlichen Zeitraum bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels noch einmal um Minuten.

C) GESTALTUNGSGRENZEN FÜR DEN BUND

Eine Gestaltungsgrenze des Bundes aus dem konkurrierenden Kompetenztitel „Sozialversicherung“ wird im Allgemeinen dort gesehen, wo es nicht mehr um die Betriebs-, sondern um die Investitions- und Vorhaltekosten der Notfallrettung geht.¹¹³ Diese lägen, es wird eine Parallele zur Krankenhausfinanzierung gezogen, bei den Ländern.

Begründet wird diese Aufteilung mit dem Hinweis auf die grundständige Länderkompetenz für „Gefahrenabwehr“ und „Daseinsvorsorge“.¹¹⁴

Auch wenn diese Aufteilung der ganz herrschenden Meinung in Praxis und Literatur entspricht, sind hier Zweifel an dieser pauschalen Zuordnung formuliert worden.¹¹⁵ Eine fiktiver Kontrollgedanke kann diese Zweifel noch einmal verdeutlichen: Wenn es keinen Rettungsdienst gäbe, wäre der Bund aufgrund seiner konkreten Ausgestaltung der Krankenversicherung als bundeseinheitliche Zwangsversicherung für rund 90% der Bevölkerung mit Sachleistungsansprüchen gegen die Gesetzlichen Krankenkassen zur Einrichtung einer Notfallrettung verfassungsrechtlich verpflichtet.

Ein Rettungsdienst, wie auch immer dieser organisiert werden würde, wäre die gebotene Infrastruktur, um die Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in medizinischen Notfällen und bei Unfällen zu erfüllen. Der Bund weckt und nährt mit der Einrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Bürgern nicht nur die Erwartung, dass ihnen im Krankheits- und im Notfall bedarfsbezogen geholfen wird. Der Bund nimmt den Menschen zudem über die gesetzlichen Beiträge die Finanzmittel, sich in Form der Selbsthilfe alternativ zu organisieren. Dieselbe Überlegung gilt für Krankenhäuser und weitere medizinische Infrastrukturen. Ohne die Infrastruktur, in der und durch die Leistungen von qualifiziertem Personal erbracht werden, verlöre die gesundheitsbezogene „Sozialversicherung“ ihren Sinn. Die Sozialversicherung setzt denknötwendig voraus, dass die von den Versicherten erworbenen Ansprüche im Bedarfsfall tatsächlich in qualitätsvolle Leistungen „eingelöst“ werden können.

Die Daseinsvorsorge hat also ein erhebliches, kompetenzbegründendes Potenzial, wenn wir sie aus ihrem Funktionszusammenhang sowie Sinn und Zweck heraus denken. Aus dieser Perspektive wird zudem deutlich, dass die Daseinsvorsorge in ihrer konkreten Ausgestaltung im Gesundheitsbereich auch eine Form der *besonderen* Gefahrenabwehr – nämlich hier der Gefahren für Leben und Gesundheit durch Notfallrettung und Therapie – ist.

¹¹³ In der gesundheits- und finanzpolitischen Debatte über eine Reform des Rettungsdienstes geht es besonders um die Zuordnung der Vorhaltekosten, vgl. Hobusch, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2), NZS 2023, S. 846 (847 ff.).

¹¹⁴ Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Sachstand, WD 9 – 3000 – 093/23, S. 11, 13, mit Hinweisen auf Modelle der Kostenaufteilung.

¹¹⁵ Siehe noch einmal oben Seite Seite 24 ff.

D) FOLGEN BUNDESEINHEITLICHER SOZIALVERSICHERUNG

Die Staatspraxis sieht diesen Zusammenhang bereits aus Gründen der zwischen Bund und Ländern geteilten Finanzverantwortung für das Gesundheitswesen bislang anders. Auch die Verfassungsänderung von 1969, mit der die konkurrierende Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zur „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ in das Grundgesetz eingefügt wurde,¹¹⁶ hätte andernfalls keinen Sinn gehabt. Der Verfassungsänderung lag das Vorverständnis zugrunde, dass die Länder für die Planung, Errichtung und Organisation öffentlicher Krankenhäuser zuständig sind.¹¹⁷

¹¹⁶ Zum Hintergrund der Grundgesetzänderung zusf. Schmidt am Busch, Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem, 2007, S. 238 f.

Die bestehenden Rettungsdienste werden zwar zu einem überwältigenden Anteil zugunsten sozial-, das heißt krankenversicherter Patienten tätig. Gleichwohl bleibt ein originärer Tätigkeitsbereich der Rettungsdienste gegenüber Personen, die nicht vom Anwendungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung („Sozialversicherung“) oder anderer institutionalisierter Systeme der Gesundheitsversorgung erfasst sind. Für diesen Personenkreis ist der Rettungsdienst – jedenfalls in der Notfallrettung – kompetenziell dann tatsächlich Ausdruck allgemeiner Gefahrenabwehr und unspezifizierter Daseinsvorsorge.

¹¹⁷ § 6 Abs. 1 KHG; vgl. ausf. BVerfGE 83, 363, 379 ff.; knapp BVerfGE 114, 196, 222.

Der Bundesgesetzgeber kann jedoch in verfassungsmäßiger Weise über seine Kompetenz zur Qualitätssicherung der aus der Sozialversicherung finanzierten medizinischen Leistungen auf die Organisation und die Abläufe der Notfallrettung flächendeckend einwirken, weil die Vergütung dieser Leistungen durch die Krankenkassen für die Finanzierung der Rettungsdienste zwingende Voraussetzung ist. Dazu sollte der Bundesgesetzgeber den Graubereich der bislang unspezifizierten – aber in der Praxis erbrachten – medizinischen Leistung „Notfallrettung“ im Leistungskatalog des Sozialgesetzbuchs, Fünfter Teil durch eine Positivierung entsprechender Leistungen auflösen und dabei den jeweiligen Stand des notfallmedizinischen Wissens zum Maßstab machen.

Faktische Auswirkungen der bundeseinheitlichen Sozialversicherung auf die Planungs- und Organisationskompetenz der Länder für die Notfallrettung sind vorhanden.¹¹⁸ Sie mögen aus föderaler Perspektive bedauert werden. Diese, der grundrechtlichen Schutzpflicht und der bundeseinheitlichen Regelung der Gesetzlichen Krankenversicherung geschuldeten Auswirkungen können allerdings auch Anlass für eine Neubewertung tradierter Kompetenzvorstellungen im Bundesstaat sein.

¹¹⁸ Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Anm. 97, S. 17.

C. ERGEBNIS

Der Bund verfügt über die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz, für die Notfallrettung Qualitätsmaßstäbe vorzugeben. Die Kompetenz folgt im Wesentlichen aus dem Titel über die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und wird ergänzt durch die entsprechenden Kompetenztitel für die private Krankenversicherung und die Beihilfe.

Die bisherige Ausgestaltung der Notfallrettung durch die Länder mit der indirekten Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen erreicht allorts und flächendeckend nicht das pflichtgebote Ziel eines effektiven und gleichheitsgerechten Schutzes von Leben und Gesundheit der Bürger (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Die erheblichen Kosten der Infrastruktur verleiten einzelne Länder dazu, die Parameter des Rettungsdienstes so zu verändern, dass die von Länderseite haushaltspolitisch zugeordneten Budgets eingehalten werden können. Die Parameterveränderung geht zu Lasten der Qualität. Diese Qualitätsunterschiede verletzen den Anspruch insbesondere der GKV-Versicherten auf gleiche Leistung, wofür der Bund über seine Sozialversicherung eine Garantstellung übernommen hat.

Bonn, im Juni 2024

Udo Di Fabio

D. LITERATURVERZEICHNIS

Axer, Peter, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, in: Kahl/Waldhoff/Walter (Hg.), Bonner Kommentar, 209. EL (Dezember 2020),

Behrendt, Holger/Schmiedel, Reinhard/Auerbach, Kerstin, Das rettungsdienstliche Leistungsgeschehen in Deutschland zwischen 1994/95 und 2016/17, in: Handbuch des Rettungswesens, A.5.2., 10, Ergänzung 2/2020, Meckenheim.

Breitkreuz, Tilman, Art. 74 Abs. 1 Nr. 1, in: Friauf/Höfling, Berliner Kommentar (Stand: 2/2022).

Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2022.

Bundesrechnungshof, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, v. 20.8.2018.

Bundesregierung Unfallverhütungsbericht 2020/21, BT-Drucks. 20/4580.

Deutscher Bundestag, Wissenschaftlicher Dienst, Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, Ausarbeitung, WD 9 – 3000 – 105/14.

–, Wissenschaftliche Dienste, Sachstand, Ausbildung und Berufsausübung von Rettungssanitätern, WD 9 – 3000 – 049/22.

–, Wissenschaftliche Dienste, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Sachstand, WD 9 – 3000 – 093/23.

Di Fabio, Udo, Risikoentscheidungen im Rechtsstaat, Tübingen 1994.

–, Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, in: Dürig/Herzog/Scholz, GG-Kommentar, EL. 43 (Februar 2004).

–, Sicherung der Infrastruktur als Verfassungsgebot, Versorgung sichern, Standort stärken, Krisen bewältigen, Jahreshaft des Wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Familienunternehmen, 2023, S. 1-12.

–, Verfassung und Klimahaftung, München 2023.

Ebsen, Ingwer, Verfassungsrechtliche und einfachrechtliche Probleme der Qualitätssicherung, GuP 2013, S. 121-126.

Esch, Oliver, Rechtsfragen der Erbringung und Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen, Frankfurt/M u.a. 2005.

Gries, A./Bernhard, M./Helm, M./Brokmann, J./Gräsner, J.-T., Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland, Anaesthesist 66 (2017), S. 307-317.

Hess, Rainer, § 133 SGB V, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler (Hg.), Kasseler Kommentar (online).

Hobusch, Sandra Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 1), NZS 2023, S. 801-810.

–, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2), NZS 2023, S. 846-853.

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) LMU Kliniken, Rettungsdienstbericht Bayern 2023, München 2023.

Kanth, Christian, Der Beruf des Notfallsanitäters im Kompetenzsystem der Verfassung, Baden-Baden 2022.

Kersten, Jens, Daseinsvorsorge, in: Staatslexikon, 8. Aufl., Bd. 1, Freiburg 2017, Sp. 1167-1170.

Kessel, Nils, Geschichte des Rettungsdienstes 1945–1990, Frankfurt/M u.a. 2008.

Knauff, Matthias, Die Kommunen als Träger der Daseinsvorsorge, Gewerbearchiv 2011, S. 80-96.

Krafft, Thomas/Neuerer, Maresa/Böbel, Simone/Reuter-Oppermann, Melanie, Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland, Gütersloh/Winnenden 2022.

Kuhla, Wolfgang, Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, NZS 2014, S. 361-367.

Löser, Clemens, Das Parlamentsdefizit im Rettungsdienstrecht am Beispiel der Hilfsfrist, NordÖR 2023, S. 497-502.

Mendel Verlag (Hg.), Ausschuss Rettungswesen, 40 Jahre Koordination im Rettungsdienst, Meckenheim 2006.

Munaretto, Lino, Der Vorbehalt des Möglichen, Tübingen 2022.

Nadler, Gerhard, Ausschuss „Rettungswesen“ – zahlreiche Impulse für das Rettungswesen, in: Mendel Verlag (Hg.), 40 Jahre Koordination im Rettungsdienst, Meckenheim 2006, S. 9-26.

Oeter, Stefan/Münkler, Laura, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, in: Huber/Voßkuhle (Hg.), GG-Kommentar, 8. Aufl., Bd. 2, 2024.

Pitz, Andreas, Die Reform der Notfallversorgung 2.0, SGB 12.23, S. 717-727.

–, Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen v. 23.4.2024, Manuskript.

Pitz, Andreas/Hartweg, Hans, Die Reform der Notfallversorgung, SGB 7.19, S. 395-404.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2018, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drucks. 19/3180.

Schaffarzik, Bert, Beschließende Rettungsdienstausschüsse unter (Prinzipal-) Kontrolle, DÖV 2024, S. 375-378.

Schmidt am Busch, Birgit, Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem, Tübingen 2007.

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin 2001.

Schulte, Martin, Rettungsdienst durch Private, Berlin 1999.

Schwind, Joachim, Reform der Notfallversorgung aus Sicht des kommunalen Rettungsdienstes, GuP 2024, S. 70-77.

Statisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Stand: 25.4.2024, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html>.

Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg Rettungsdienst Baden-Württemberg, Qualitätsbericht Stuttgart 2022.

Tries, Ralf, Die Not mit der Kompetenz – juristische Bestandsaufnahme einer unendlichen Geschichte, in: Handbuch des Rettungswesens, C 33, Ergänzung 1/2024, Meckenheim.

Uechtritz, Michael/Weiß, Holger Tobias, Kostentragung im Rettungsdienst, Die Verwaltung 2009, S. 535-563.

Uhle, Arnd, in: Dürig/Herzig/Scholz, GG-Kommentar, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 99. EL (September 2022).

Watzinger, Sven/Nießner, Christoph/Schutz, Cornelia/Groß, Daniel/Schmitz, Daniel/Stock, Jan-Philipp/Fabrizio, Manuel/Frey, Patrick/Böhm, Richard/Sebold, Stefan/Ade, Torsten/Nickel, Stefan, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, Notfall Rettungsmed, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01254-6>, angenommen 11.10.2023.

Wenner, Ulrich, Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich im SGB V – mit einem verfassungsrechtlichen Rettungswagen auf der Suche nach den notwendigen Bundeskompetenzen, GuP 2024, S. 52-58.

ANLAGE

	BW	BY	BE	BB	BR	HH	HE	MV	ND	NW	RP	SR	SN	LSA	SH	TH
Hilfsfrist (min)																
- allg.	mögl. 10 max. 15	12	8	15	10	„flächen- deckende, bedarfs- und fachgerechte Versorgung“	10	10	15	8 (Stadt)	15 (Fahrzeit)	12	12	12	12	12
- Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	(-) geogr. erschwert zugängl.Ort	15
- Notarzt	s.o.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-
Perzentil	95	-	75	95	95	-	-	-	95	90	-	95	95	95	90	-
Fristbeginn	Eingang Meldung	Ausrücken	Eingang Meldung	Eingang Meldung	Eröffnung Einsatz	-	Eingang	Alarmierung	Einsatzent- scheidung	Disposition	Eingang Meldung	Einsatzent- scheidung	-	Eingang Meldung	Alarmierung	-
Grundlage	§ 3 II RDG § 6, RDPlan (2022)	§ 2 I AV-BayRDG 80% Notfall- ereignisse gem. Erlass	Verein- barung Senat + Feuerwehr	§ 8 II BdgRettG	§ 28 II Brem- HilfeG	§ 12 I HmBRDG	§ 15 Abs. 2 Satz 2 HRDG	§ 8 II Nr. 7 RDG-MV	§ 2 III BedarfVO RettG	nur Empfeh- lungen	§ 8 II RettDG	§ 6 Abs. 3 SRettG	§ 26 II Säch- BRKG § 4 I Sächl- RettDPVO	§ 2 XVII, § 7 IV RettDG LSA	§ 4 II SHRDG § 2 I, II SHRRDG- DVO	§ 12 I Nr. 1 Thür-RettG

KONTAKT BJÖRN STEIGER STIFTUNG

TEL: +49 7195 3055-0

GESCHÄFTSFÜHRER RETTUNGSDIENST:

Christof Chwojka
c.chwojka@steiger-stiftung.de

PRESSESTELLE:

Béla Anda
b.anda@steiger-stiftung.de

Johannes Klemeyer
j.klemeyer@steiger-stiftung.de



BJÖRN STEIGER
STIFTUNG