



## **Gesetzentwurf**

der Landesregierung - Ministerin für Justiz und Gesundheit

**Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz - SHRDG)**

## **Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein - Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG)**

### **A. Problem**

Der Rettungsdienst steht vor erheblichen Herausforderungen, die durch Fachkräftemangel, demographischen Wandel, sinkende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die fehlerhafte Inanspruchnahme aufgrund sektorenfremder Hilfeersuchen geprägt sind. Um die Notfallrettung zu verbessern, ist es unabdingbar, die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter zu nutzen und alle beteiligten Berufsgruppen und Versorgungssektoren stärker zu integrieren. Der Rettungsdienst in seiner aktuellen Struktur gerät an seine Belastungsgrenzen, wodurch die Qualität der Notfallversorgung regional stark divergiert.

Der Rettungsdienst wird durch Hilfeersuchen, die keine Notfälle im herkömmlichen rettungsdienstlichen Sinne sind, belastet. Die intersektorale Vernetzung, um eine fallabschließende Weitergabe solcher Hilfeersuchen in den jeweils passenden Versorgungssektor zu ermöglichen, divergiert regional, ist im Ergebnis aber flächendeckend stark ausbauwürdig.

Trotz landeseinheitlicher Behandlungsempfehlungen führt der Einsatz regionaler Behandlungsstandards zu inkonsistenter Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten, so beispielsweise bei der Analgesie.

Das Fehlen landeseinheitlicher Berufsausübungsregelungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führt zu Rechtsunsicherheiten und trägt dazu bei, dass im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung nicht flächendeckend die umfassende Kompetenz der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ausgenutzt wird.

Im Rahmen telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung fehlt bislang der rechtliche Rahmen, der einen gleichwertigen Einsatz von Telemedizin in der Notfallversorgung normiert. Das betrifft die Qualifikation von Telenotärztinnen und Telenotärzten gleichermaßen wie die bereitzustellende Infrastruktur insgesamt.

Die bisher starre Hilfsfrist als reines Planungsmaß versetzt die Rettungsdienststräger nicht in die Lage, Hilfeersuchen rechtssicher nach medizinischer Dringlichkeit zu priorisieren. Darüber hinaus führt fehlende rettungsdienstbereichsübergreifende Planung zu ineffizienten Parallelstrukturen, die dem effizienten und wirtschaftlichen Einsatz rettungsdienstlicher Ressourcen entgegenstehen können.

Der auch den Rettungsdienst betreffende Fachkräftemangel, verstärkt die Probleme zusätzlich.

### **B. Lösung**

Die im Rahmen der Neufassung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes verfolgten Ansätze führen kurz- und langfristig zu einer besseren Patientensteuerung und einer angemessenen Lastenverteilung aller beteiligten Akteure.

Die Integrierte Leitstelle wird zukünftig aufgrund (digitaler) Vernetzung in der Lage sein, sektorenfremde Hilfeersuchen fallabschließend weiterzugeben.

Die Möglichkeit, auf Hilfeersuchen entsprechend der medizinischen Dringlichkeit reagieren zu können, entlastet die Notfallrettung und schafft Kapazitäten für dringliche Notfälle. Während die Vorhaltung von Rettungswachen weiterhin darauf ausgerichtet sein muss, den dringlichsten Notfall in 12 Minuten erreichen zu können – ausgenommen wie bereits in der aktuellen Fassung der Durchführungsverordnung zum Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetz die geographisch erschwert zugänglichen Orte – kann zukünftig durch eine evaluierungspflichtige, medizinische Einsatzklassifizierung im Sinne einer schnellen Rettung dringlicher Notfälle die medizinische Dringlichkeit abgestuft und damit eine dem individuellen Hilfeersuchen angepasste Eintreffzeit eines geeigneten Rettungsmittels sichergestellt werden.

Versorgungsfreie Intervalle können darüber hinaus dadurch verkürzt werden, dass zukünftig Ersthelferinnen und Ersthelfer verbindlicher und nach einheitlichen Standards in die Notfallrettung eingebunden werden sollen.

Ein gesetzlicher Rahmen für die Anwendung telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung soll sicherstellen, dass Patientenversorgung und Versorgungsqualität, dort wo telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung zur Anwendung kommt, gleichwertig sichergestellt werden. Dem wird durch die Normierung der personellen, technischen und infrastrukturellen Anforderung Rechnung getragen.

Die volle Ausschöpfung der Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter kann ganzheitlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und gleichzeitig zu einer Entlastung rettungsdienstlicher und klinischer Ressourcen führen. Werden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entsprechend der erlernten Ausbildungsinhalte in geeigneten Fällen zu einer abschließenden Versorgung vor Ort befähigt, reduziert dies Transportzeiten und -häufigkeit und ermöglicht die frühzeitige Patientenlenkung.

Neue Einsatzspektren und Fahrzeugkategorien im Sinne neuer Versorgungsformen sowie der kompetenzgerechte Einsatz rettungsdienstlichen Personals sollen die Attraktivität der rettungsdienstlichen Berufe insgesamt steigern.

Auch der vorbeugende Rettungsdienst ist ein Kernelement der gesetzlichen Neuerungen. Er stellt die Abkehr von einem rein reaktiven System, hin zu einem proaktiven Ansatz dar. Dem Problem der Überlastung rettungsdienstlicher Ressourcen durch soziale oder pflegerische Notfälle sowie High-Frequent-User (häufig chronisch kranke Personen mit fehlender ambulanter Anbindung oder in komplexen Lebenssituationen) kann dadurch begegnet werden, im Rahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes diese Patienten frühzeitig zu identifizieren und Maßnahmen einzuleiten, um eine Versorgungsverbesserung herbeizuführen. So kann nicht nur der Bindung von Rettungsmitteln für „Nicht-Notfälle“ vorgebeugt, sondern auch die individuelle Patientenversorgung verbessert werden. Langfristig wird erwartet, dass gezielte präventive Maßnahmen zu einer Entlastung rettungsdienstlicher und auch klinischer Ressourcen führen können, weil gezielte Präventivmaßnahmen Patientenströme gezielt und

bedarfsgerecht lenken können, sodass die rettungsdienstliche Akuttherapie und unnötige Klinikaufenthalte vermieden werden können.

Der Gesetzentwurf sieht insgesamt eine stärkere rettungsdienstbereichsübergreifende und landeseinheitliche Vorgehensweise vor. Dabei verbleiben Entscheidungsspielräume bezüglich der Ausgestaltung in relevantem Umfang bei den Trägern des Rettungsdienstes, um Notfallmedizinisches Know-how, regionale Strukturen und fachaufsichtliche Erwägungen umfassend einzubeziehen. Die Möglichkeiten überregionaler Vernetzung bieten die Grundlage für die optimale Nutzung knapper rettungsdienstlicher Ressourcen. Diese wird mit Blick auf die anstehende Krankenhausstrukturreform und erwartungsgemäß längere Transportzeiten und einer anstehenden Notfallreform auf Bundesebene noch weiter an Relevanz gewinnen. Landeseinheitliche Standards stellen zudem sicher, dass jede Patientin und jeder Patient im Land mit der gleichen Versorgungsqualität rechnen darf. Die avisierte Notfallreform des Bundes, mit der in erster Linie der Rettungsdienst als Leistungssegment in das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch aufgenommen werden soll, wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf weitestgehend antizipiert.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Kosten und Verwaltungsaufwand**

#### **1. Kosten**

Leistungen des Rettungsdienstes werden dem Grunde nach über die Krankenkassen der Patientinnen und Patienten abgerechnet, sodass der Landeshaushalt nicht betroffen ist. Etwaige Subsidiaritätsansprüche werden aus dem EP 09 gedeckt und keine Landesmittel aus dem Gesamthaushalt zur Verfügung gestellt. Die durch dieses Gesetz entstehenden Mehrkosten im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten stehen dem gewichtigen Nutzen einer gleichwertigen und gleichartigen Patientinnen- und Patientenversorgung im gesamten Bundesland gegenüber und ermöglichen eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Notfallrettung.

Für den flexiblen Einsatz unterschiedlicher Rettungsmittel auf Basis einer einheitlichen und standardisierten Ausstattung sind für eine einsatztaktische und einsatztechnische Unterscheidung in den Integrierten Leitstellen mehrere Digitalfunksicherheitskarten für das selbe Rettungsmittel zu beschaffen. Dies erzeugt einerseits einen erhöhten finanziellen Aufwand für die Beschaffung sowie erhöhte Lizenzkosten bei der Bundesanstalt für Digitalfunk (BDBOS), welche den Kosten des Rettungsdienstes zuzurechnen sind. Auch durch eine gegebenenfalls zu erhöhende Obergrenze der im Netz zugelassenen Digitalfunksicherheitskarten und den verwendeten Endgeräten werden in den Vermittlungsstellen unter Umständen höhere Kosten entstehen.

#### **2. Verwaltungsaufwand**

Aus den gesetzlichen Vorschriften wird eine Zunahme des Verwaltungsaufwandes bei den Kreisen und kreisfreien Städten in ihrer Funktion als Träger des Rettungs-

dienstes resultieren. So werden mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der gleichwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten die Herstellung landeseinheitlicher Standards gefordert, die im Rahmen der Befassung in den jeweiligen Gremien entsprechend erarbeitet und schließlich durch die Rettungsdienstträger umgesetzt werden müssten. Auch die Entwicklung der Einsatzkategorien wird im Rahmen ihrer Erarbeitung und Weiterentwicklung einen stetigen Verwaltungs- und Abstimmungsaufwand verursachen. Der Landeshaushalt ist davon nicht betroffen. Etwaige Subsidiaritätsansprüche werden aus dem EP 09 gedeckt und keine Landesmittel aus dem Gesamthaushalt zur Verfügung gestellt.

### 3. Auswirkungen auf die private Wirtschaft

Keine.

## **E. Nachhaltigkeit**

Das Vorhaben hat positive Auswirkungen auf die Erreichung der Ziele „Gesundheit und Wohlergehen“ und „Weniger Ungleichheiten“. Das Vorhaben hat keine direkten oder indirekten Auswirkungen auf die Treibhausgasemissionen.

## **F. Länderübergreifende Zusammenarbeit**

Mit dem Gesetzentwurf werden Grundlagen für die länderübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung geschaffen.

## **G. Information des Landtages nach Artikel 28 der Landesverfassung**

Der Landtag wurde mit Schreiben der Ministerin für Justiz und Gesundheit vom 13. Januar 2026 unter Hinweis auf § 1 Absatz 1 Nummer 1 des Parlamentsinformationsgesetzes unterrichtet (Unterrichtung 20/132).

## **H. Federführung**

Federführend ist die Ministerin für Justiz und Gesundheit.

## **Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz – SHRDG)**

### **Vom**

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### **Inhaltsübersicht**

#### **Abschnitt 1 Ziel, Aufgabenbeschreibung, Trägerschaft des Rettungsdienstes**

§ 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich

§ 2 Begriffsbestimmungen

§ 3 Aufgabenträgerschaft

§ 4 Aufgabenwahrnehmung

§ 5 Luftrettung

§ 6 Zusammenarbeit

§ 7 Beauftragung von Dritten

§ 8 Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur

§ 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien

#### **Abschnitt 2 Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung**

§ 10 Kosten

§ 11 Vereinbarung über Benutzungsentgelte des Rettungsdienstes und der Luftrettung

§ 12 Schiedsstelle und Schiedsverfahren

#### **Abschnitt 3 Rettungsmittel, Telenotfallmedizin**

§ 13 Rettungsmittel

§ 14 Besetzung der Rettungsmittel

§ 15 Notärztliche Versorgung

§ 16 Notarztindikationskatalog

§ 17 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung

§ 18 Experimentierklausel

§ 19 Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes

#### **Abschnitt 4 Personal, Fortbildung**

§ 20 Leitung Medizinische Versorgung

§ 21 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

§ 22 Fortbildung

#### **Abschnitt 5 Leitstelle, Behandlungskapazitätenachweis**

§ 23 Integrierte Leitstelle

§ 24 Behandlungskapazitätenachweis

#### **Abschnitt 6 Qualität im Rettungsdienst**

§ 25 Qualitätsmanagement

§ 26 Zentrale Stelle Rettungsdienst

#### **Abschnitt 7 Ehrenamtliche Erste Hilfe**

§ 27 Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem

§ 28 Organisierte Erste Hilfe

#### **Abschnitt 8 Großschadensereignisse, Werksrettungsdienst**

§ 29 Rettungsdienstliche Großschadensereignisse

§ 30 Werksrettungsdienst

#### **Abschnitt 9 Aufsicht, Ordnungswidrigkeiten, Verordnungsermächtigung**

§ 31 Zuständigkeit und Aufsicht

§ 32 Ordnungswidrigkeiten

§ 33 Verordnungsermächtigung

§ 34 Schutz von Bezeichnungen

§ 35 Missbrauch und Fehlgebrauch von Notrufeinrichtungen

### **Abschnitt 10 Schlussbestimmungen**

§ 36 Übergangsbestimmungen

§ 37 Einschränkung von Grundrechten

§ 38 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

## **Abschnitt 1**

### **Ziel, Aufgabenbeschreibung, Trägerschaft des Rettungsdienstes**

#### **§ 1**

#### **Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich**

- (1) Ziel dieses Gesetzes ist es, der Bevölkerung bedarfs- und fachgerecht Leistungen des Rettungsdienstes zu tragbaren Kosten zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Leistungen des Rettungsdienstes umfassen die Notfallrettung, den Intensivtransport, den Krankentransport und die Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und unbeschadet anderer Rechtsvorschriften. Leistungen des Rettungsdienstes nach Satz 1 sind insbesondere
  1. die Umsetzung und Überprüfung eines landeseinheitlich geeinten Mindeststandards von evidenzbasierten Standardarbeitsanweisungen für das Rettungsdienstfachpersonal, inklusive deren Qualitätssicherung,
  2. die Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel (§ 13), wobei Abweichungen aufgrund regionaler Gegebenheiten im Einvernehmen mit den Kostenträgern zulässig sind,
  3. die Überprüfung der Einhaltung der Fortbildungsverpflichtungen für das Rettungsdienstfachpersonal und das ärztliche Personal.
- (3) Hilfeersuchen, die nicht den Leistungen des Rettungsdienstes zuzuordnen sind, sollen in die den Bedarfen der Patientin oder des Patienten entsprechenden Versorgungssektoren weitergegeben werden. Die Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sind auszuschöpfen. Das umfasst insbesondere auch den Ausbau und die Unterhaltung von Schnittstellen in

andere Versorgungssektoren und die Zusammenarbeit in Bezug auf die Vermeidung und Vorbeugung der Entstehung von gesundheitlichen Notfällen und der Fehlbeanspruchung des Rettungsdienstes.

- (4) Rettungsdienst ist staatliche Aufgabe und durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sicherzustellen. Leistungen des Rettungsdienstes dürfen nur entgeltlich angeboten und durchgeführt werden, soweit es durch dieses Gesetz zugelassen ist.
- (5) Außerhalb des Rettungsdienstes dürfen Krankentransporte nur auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 19 durchgeführt werden.
- (6) Dieses Gesetz gilt nicht für
  1. die Betreuung und Beförderung behinderter Menschen, sofern die Betreuungs- und Beförderungsbedürftigkeit ausschließlich auf die Behinderung zurückzuführen ist,
  2. Krankenfahrten,
  3. Patientinnen- und Patiententransporte im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung,
  4. betriebliche Maßnahmen nach dem Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 369), oder dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch; soweit Beförderungen in eine geeignete Behandlungseinrichtung im Einvernehmen mit der Integrierten Leitstelle durchgeführt werden sollen, gelten die §§ 14 und 15 entsprechend,
  5. die von Versicherungen beauftragte Patientenrückholung in das Land, in dem die Hauptwohnung im Sinne des Melderechts liegt, einschließlich Anschlusstransport bei einem vorhergehenden Lufttransport,
  6. Leistungen nach den Rettungsdienstgesetzen der anderen Länder, soweit ausschließlich der Zielort innerhalb von Schleswig-Holstein und der Schwerpunkt der Leistungserbringung außerhalb von Schleswig-Holstein liegen,
  7. die medizinische Versorgung und die Beförderung von Personen auf der Grundlage des Landeskatastrophenschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Dezember 2000 (GVObI. Schl.-H. S. 664), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2025 (GVObI. Schl.-H. 2025/188), sowie der für die Polizei, die Bundespolizei und die Bundeswehr geltenden Gesetze.

## § 2

### Begriffsbestimmungen

- (1) Notfallrettung ist die präklinische notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Sie umfasst das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung und, soweit der Gesundheitszustand oder der Versorgungszustand der Patientin oder des Patienten es erfordert, den Notfalltransport. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn eine Patientin oder ein Patient eine Veränderung des Gesundheitszustands aufweist, die der unverzüglichen medizinischen Versorgung bedarf. Davon ist insbesondere dann auszugehen, wenn sich die Patientin oder der Patient in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.
- (2) Das Notfallmanagement für rettungsdienstliche Notfälle nach Absatz 1 umfasst
  1. die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens,
  2. die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen einschließlich Telefonreanimation,
  3. die Vermittlung der erforderlichen Hilfe, insbesondere die Disposition eines geeigneten Rettungsmittels einschließlich weiterer einsatzunterstützender Maßnahmen, und
  4. die Entsendung von verfügbaren Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den §§ 27 und 28 bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen.
- (3) Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung vor Ort nach dem Stand der Wissenschaft und Technik durch Rettungsdienstfachpersonal, auch unter Zuhilfenahme notärztlicher und telenotärztlicher Unterstützung. Sie kann auch durch die Weitergabe in geeignete ambulante Versorgungsangebote erfolgen.
- (4) Der Notfalltransport umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in eine der nächstgelegenen, verfügbaren und medizinisch geeigneten Behandlungseinrichtungen. Die Möglichkeit einer Notfallzuweisung sowie einer begründeten Sonderzuweisung bleibt hiervon unberührt. Der Notfalltransport umfasst auch die aus zwingenden medizinischen Gründen zur Abwendung von unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderliche Verlegung in eine andere Behandlungseinrichtung sowie die notfallmedizinische Versorgung während des Transports.
- (5) Krankentransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung und Beförderung von verletzten, erkrankten oder sonst in einer Körperfunktion

beeinträchtigten Personen, die keine Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind und während der Fahrt einer medizinischen Versorgung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

- (6) Sekundärtransport ist die Beförderung von in einer Behandlungseinrichtung bereits medizinisch versorgten Personen in einem geeigneten Rettungsmittel zur medizinisch erforderlichen Behandlung in eine andere Behandlungseinrichtung. Der Sekundärtransport umfasst, soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung. Sekundärtransporte können sowohl dem Krankentransport als auch dem Notfall- oder dem Intensivtransport zuzurechnen sein. Maßgeblich sind die den Einzelfall bestimmenden Umstände. Es gelten dann die jeweils im Einzelfall einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (7) Intensivtransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung einer Person, die während des Transportes einer intensivmedizinischen Versorgung mit einem für Intensivtransporte geeigneten Rettungsmittel bedarf.
- (8) Ein rettungsdienstliches Großschadensereignis liegt bei einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten vor, bei dem anzunehmen ist, dass mit den besetzten Rettungsmitteln aus dem Rettungsdienstbereich eine Versorgung der Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort oder ihre Beförderung nicht gewährleistet ist oder dass eine Koordinierung der notfallmedizinischen oder rettungstechnischen Maßnahmen notwendig ist.
- (9) Rettungsdienstfachpersonal im Sinne dieses Gesetzes ist das nichtärztliche Personal, das auf Rettungsmitteln nach § 13 und in den Integrierten Leitstellen nach § 23 eingesetzt werden kann.
- (10) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist, wer nach Abschluss der Ausbildung mindestens 100 Einsätze, davon maximal 50 im Rahmen einer praktischen Einsatzsimulation, in der Notfallrettung absolviert hat.
- (11) Eine Integrierte Leitstelle ist eine Rettungsleitstelle, die die gesetzlichen Aufgaben einer Rettungsleitstelle und einer Feuerwehreinsatzleitstelle wahrnimmt.
- (12) Das standardisierte Notrufabfrageprotokoll unterstützt die Notruf- und Einsatzbearbeitung durch die Integrierten Leitstellen nach dem Stand von Wissenschaft und Technik durch standardisierte, digitale und algorithmusbasierte Informationsabfragen sowie Entscheidungsregeln zur Reaktion auf ein Hilfeersuchen mit den bedarfsgerechten rettungsdienstlichen Maßnahmen und telefonischen Anleitungen zur Ersten Hilfe.
- (13) Kostenträger im Sinne dieses Gesetzes sind die Krankenkassen oder Krankenkassenverbände, der Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Verband der privaten Krankenversicherungen.

- (14) Fehleinsätze sind solche Einsätze, bei denen eine Patientin oder ein Patient nicht am Einsatzort angetroffen wird oder die Einsatzfahrt abgebrochen wird, weil bereits in ausreichendem Maße Rettungsmittel vor Ort sind.
- (15) Fehlfahrten sind solche Einsätze, bei denen eine Patientin oder ein Patient in ausreichendem Maße durch das Rettungsdienstfachpersonal, ärztliches Personal oder telenotärztliches Personal vor Ort versorgt werden konnte.

### § 3

#### **Aufgabenträgerschaft**

- (1) Aufgabenträger sind die Kreise und kreisfreien Städte (Träger des Rettungsdienstes) für den jeweiligen Bezirk (Rettungsdienstbereich). Sie nehmen die Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahr.
- (2) Abweichend von Absatz 1 ist das Land Aufgabenträger für die Luftrettung, mit Ausnahme des in Sibirien stationierten Zivilschutzhubschraubers (§ 36).
- (3) Der Träger des Rettungsdienstes kann trägerschaftliche Aufgaben auf einen anderen Träger des Rettungsdienstes übertragen, zur Erfüllung der trägerschaftlichen Aufgaben nach diesem Gesetz einen neuen Träger errichten oder ein Unternehmen nach § 101 der Gemeindeordnung (GO) in der Fassung vom 28. Februar 2003 (GVOBl. Schl.-H. S. 57), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Juli 2025 (GVOBl. Schl.-H. 2025/121), in Verbindung mit § 57 der Kreisordnung (KrO) in der Fassung vom 28. Februar 2003 (GVOBl. Schl.-H. S. 94), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 25. Juli 2025 (GVOBl. Schl.-H. 2025/121), bei dem der Träger des Rettungsdienstes alleiniger oder mehrere Träger des Rettungsdienstes gemeinsam alleinige Gesellschafter sind, mit trägerschaftlichen Aufgaben nach diesem Gesetz beleihen, sofern die Voraussetzungen des § 102 GO vorliegen. Die Übertragung von Aufgaben nach § 23 im Wege der Beleihung ist ausgeschlossen.
- (4) Bei Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes entsteht ein öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis zwischen dem Träger des Rettungsdienstes oder dem Träger der Luftrettung und der Benutzerin oder dem Benutzer. Werden Rettungsmittel oder Rettungsdienstfachpersonal sowie ärztliches Personal durch Dritte für eine Bereitstellung beansprucht, können dadurch entstandene Kosten oder Gebühren dem Dritten auferlegt werden.
- (5) Die Träger des Rettungsdienstes sind berechtigt, mit den zuständigen an ihren Rettungsdienstbereich angrenzenden Trägern des Rettungsdienstes außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes öffentlich-rechtliche Vereinbarungen über die Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz zu schließen.

## § 4

### Aufgabenwahrnehmung

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung haben den Rettungsdienst bedarfsgerecht, flächendeckend und gleichmäßig nach dem Stand der Wissenschaft und Technik sowie wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen. In diesem Rahmen haben die Träger des Rettungsdienstes sicherzustellen, dass
  1. Rettungswachen und Notarztwachen errichtet und betrieben werden sowie dass diese mit Rettungsmitteln, Rettungsdienstfachpersonal, ärztlichem Personal und rettungsdienstlicher Ausrüstung ausgestattet werden,
  2. Rettungsleitstellen errichtet und betrieben werden,
  3. für eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung von Rettungsmitteln bei sanitätsdienstlicher Veranstaltungsabsicherung gesorgt ist sowie
  4. eine Struktur zur Bewältigung von Großschadensereignissen vorgehalten wird.
- (2) Sofern Träger des Rettungsdienstes von einer telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung Gebrauch machen, ist diese nach landeseinheitlichen Standards einzusetzen (§ 17).
- (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung sollen Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und Trägern der Luftrettung ausgeschöpft werden. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sollen sich im Bedarfsfall unterstützen; dies gilt auch für Ersuchen aus anderen Ländern. Das gilt auch für die Organisations- und Kommunikationsstrukturen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit.
- (4) Die nach Landesrecht zuständigen Behörden im Sinne des § 21 Absatz 1 Satz 1 des Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetzes vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726), zuletzt geändert durch Artikel 144 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328), sind im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung dieses Gesetzes die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung.
- (5) Für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben sind geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser und früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten fest. Dieses Konzept hat sich an den Bedarfen auszurichten. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen

Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer Besetzung rettungsdienstträgerübergreifend von den jeweils vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.

- (6) Zu den Aufgaben der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung zählen auch
1. die Unterrichtung der Angehörigen oder Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten auf deren Nachfrage,
  2. die freiwillige Mitwirkung an Wissenschaft und Forschung, sofern ihr Ergebnis unmittelbare Auswirkungen auf die Verbesserung der rettungsdienstlichen Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz haben kann und im Verhältnis zu den dadurch entstehenden Kosten steht, und
  3. Maßnahmen zur Sicherstellung der Hygiene, des Infektionsschutzes und zum Umgang mit Medizinprodukten.
- (7) Die Träger des Rettungsdienstes haben zur Schließung bestehender Versorgungslücken einen vorbeugenden Rettungsdienst sicherzustellen. Zu diesem Zweck implementieren die Träger des Rettungsdienstes ein sektorenübergreifendes Schnittstellen- und Kooperationsmanagement. Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes sind insbesondere
1. Maßnahmen mit dem Ziel, das Risiko eines Notfallereignisses, das zu einem Notruf führen würde, zu verringern und
  2. die frühzeitige Steuerung von Hilfeersuchen in die entsprechend geeignete Versorgungsform.
- (8) Die Einsätze des Rettungsdienstes und der Luftrettung sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation ist schriftlich oder elektronisch zu speichern. Die Sprach-, Bild- und die Textkommunikation der Integrierten Leitstelle ist elektronisch zu speichern.
- (9) Zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz dürfen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679<sup>1</sup> verarbeitet werden. § 12 des Landesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend.

---

1 Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (ABl. L 119 vom 4. Mai 2016, S. 1, zuletzt ber. ABl. L 74 vom 4. März 2021 S. 35).

## **§ 5 Luftrettung**

- (1) Die Luftrettung erfolgt auf der Grundlage des Notarztindikationskataloges nach § 16. Darüber hinaus kann die Luftrettung auch dann eingesetzt werden, wenn sie für die Einsatzbewältigung unerlässlich ist.
- (2) Die Beauftragung nach § 7 Absatz 4 kann als Dienstleistungskonzession erfolgen. In diesem Fall
  1. tragen die Beauftragten abweichend von § 10 Absatz 1 die auftragsgemäßen Kosten und
  2. vereinbaren die Beauftragten gemäß § 11 die Benutzungsentgelte.

## **§ 6 Zusammenarbeit**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sind zur Zusammenarbeit und zum Austausch in allen wesentlichen, insbesondere den nach diesem Gesetz landesweit einheitlich auszugestaltenden Angelegenheiten der rettungsdienstlichen Versorgung verpflichtet.
- (2) Zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit stellen die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung die Mitwirkung im Gesundheitsversorgungsrat sicher. Näheres regelt das Landeskrankenhausgesetz vom 10. Dezember 2020 (GVOBl. Schl.-H. S. 1004), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juni 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 458).

## **§ 7 Beauftragung von Dritten**

- (1) Der Träger des Rettungsdienstes kann Dritte damit beauftragen, die operativen Aufgaben des Rettungsdienstes zu erfüllen. Hierbei kann er den Kreis auf die Leistungserbringer nach § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, ber. S. 3245), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 10. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 40, S. 11), beschränken.
- (2) Die Beauftragung nach Absatz 1 erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Vertrag als Dienstleistungsauftrag.
- (3) Bei der Beauftragung nach Absatz 1 sollen Kriterien einbezogen werden, die sich auf die Bewältigung von Großschadensereignissen beziehen.
- (4) Das Land schließt öffentlich-rechtliche Verträge über die operative Erfüllung der Aufgaben der Luftrettung. Der Kreis Ostholstein kann für den Zeitraum, in dem ihm von der Bundesrepublik Deutschland ein Rettungstransporthub-

schauber für Zwecke des Zivil- und Katastrophenschutzes zur Verfügung gestellt wird, für den Standort Siblin öffentlich-rechtliche Verträge abschließen.

- (5) Die Aufgabenverantwortung der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung wird durch eine Beauftragung gemäß der Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

## **§ 8**

### **Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur**

- (1) Die rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur ist so zu planen und auszugestalten, dass jeder an einer öffentlichen Straße gelegene Notfall im Rettungsdienstbereich regelhaft innerhalb von höchstens zwölf Minuten nach Alarmierung durch die Integrierte Leitstelle von einem Rettungswagen erreicht werden kann. Die Planung ist am Einsatzaufkommen im Rettungsdienstbereich auszurichten.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für geografisch erschwert zugängliche Einsatzorte. Geografisch erschwert zugängliche Einsatzorte sind solche, bei denen mit den bodengebundenen Rettungsmitteln und der in diesen zur Verfügung stehenden rettungsdienstlichen Ausrüstung der Zugang zur Patientin oder zum Patienten nicht sichergestellt werden kann. In diesen Ausnahmefällen ist unter Berücksichtigung aller Umstände eine auf das Hilfeersuchen abgestimmte Rettung unverzüglich sicherzustellen.
- (3) Die Festlegung der Vorhaltungsstruktur der Luftrettung obliegt dem Land im Benehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern.

## **§ 9**

### **Rettungsdienstliche Einsatzkategorien**

- (1) Die individuelle Reaktion auf ein Hilfeersuchen richtet sich nach konkreten rettungsdienstlichen Einsatzkategorien.
- (2) Rettungsdienstliche Einsatzkategorien nach Absatz 1 sind Kategorien, aus denen verbindliche Vorgaben über die Reaktionszeit und das bedarfsgerechte Rettungsmittel resultieren. Mit Hilfe des standardisierten Notrufabfrageprotokolls werden die jeweiligen Hilfeersuchen kategorisiert. Neben der Reaktionszeit berücksichtigen die Einsatzkategorien auch die voraussichtliche Vor-Ort-Zeit und die Transportzeit in die nächstgelegene, verfügbare und medizinisch geeignete Behandlungseinrichtung (Prähospitalzeit).
- (3) Die Einsatzkategorien sind landesweit einheitlich durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung im Benehmen mit den Kostenträgern zu erstellen. Eine Reevaluation der Einsatzkategorien erfolgt alle 24 Monate. Über die Erstellung sowie über Änderungen ist das für das Rettungswesen zuständige Ministerium zu informieren.

## **Abschnitt 2**

### **Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung**

#### **§ 10**

##### **Kosten**

- (1) Die Kosten des Rettungsdienstes tragen die Träger des Rettungsdienstes; für die Luftrettung die Träger der Luftrettung.
- (2) Zu den Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung gehören alle nach den geltenden haushaltsrechtlichen Regelungen der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten einschließlich solcher, die durch Fehlfahrten und Fehleinsätze verursacht werden.
- (3) Soweit rettungsdienstliche Einrichtungen, Personal und Material auch Zwecken des Katastrophenschutzes und des Brandschutzes dienen, bleiben die hierdurch entstandenen Kosten bei der Bemessung der Benutzungsentgelte außer Betracht.
- (4) Das Land kann darüber hinaus im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel Zuwendungen zu den Kosten der erforderlichen mittel- und langfristigen Maßnahmen, vorrangig für solche Maßnahmen, die überregional wirken, gewähren.

#### **§ 11**

##### **Vereinbarung über Benutzungsentgelte des Rettungsdienstes und der Luftrettung**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung vereinbaren für die von ihnen nach diesem Gesetz zu erbringenden Aufgaben öffentlich-rechtliche Benutzungsentgelte mit den Kostenträgern. Die Gesamtkosten sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Vollkostendeckung).
- (2) Grundlage der Verhandlung über die Vereinbarung der Benutzungsentgelte sind die Kosten im Sinne des § 10. Sie sind nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu berechnen.
- (3) Die Kosten für Sonderrettungsmittel nach § 4 Absatz 5 sind im Rahmen der Kostenkalkulation des jeweiligen Trägers des Rettungsdienstes, der diese vorhält, zu berücksichtigen.
- (4) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sind verpflichtet, den Kostenträgern gemäß Absatz 1 jeweils spätestens zum 30. April des Folgejahres die vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen des Vorjahres in Form des Kosten- und Leistungsnachweises in elektronischer, vollständiger und nachprüfbarer Form zuzuleiten, die Zuleitung stellt die Aufforderung zur Verhandlungsaufnahme dar. Sofern Dritte nach § 7 Absatz 1 mit der

Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt sind, ist deren Jahresabschlussergebnis bezogen auf die operative Aufgabenerfüllung des Rettungsdienstes im jeweiligen Rettungsdienstbereich von einer Wirtschaftsprüferin oder einem Wirtschaftsprüfer zu testieren und unverzüglich nachzureichen. Die Verhandlungen für das Folgejahr sind spätestens innerhalb eines Monats nach Zuleitung der Rechnungsabschlussunterlagen gemäß Satz 1 aufzunehmen und möglichst innerhalb von drei Monaten nach Verhandlungsaufnahme, spätestens bis zum 30. September des laufenden Jahres, abzuschließen. Die Träger des Rettungsdienstes oder deren Landesverbände sowie die Träger der Luftrettung sind befugt, jeweils mit den Kostenträgern einvernehmlich weitere verfahrensmäßige und inhaltliche Einzelheiten zu den Vereinbarungen nach Absatz 1 zu regeln. Vereinbarungen über Benutzungsentgelte gelten bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung fort.

- (5) Kommt eine Anschlussvereinbarung für das Folgejahr nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres zustande, gelten ab 1. Oktober des laufenden Jahres die vom jeweiligen Träger des Rettungsdienstes auf der Grundlage der von ihm gemäß Absatz 4 Satz 1 übermittelten Rechnungsabschlussunterlagen ermittelten Benutzungsentgelte als vereinbart, sofern nicht die Schiedsstelle nach § 12 angerufen wird. Wurden entsprechende Rechnungsabschlussunterlagen vom Träger des Rettungsdienstes oder vom Träger der Luftrettung nicht eingereicht und können deshalb Verhandlungen über die Benutzungsentgelte für das Folgejahr nicht aufgenommen werden, gilt eine Anschlussvereinbarung als nicht geschlossen. Es gelten die Benutzungsentgelte, die auf der Grundlage der zuletzt eingereichten vollständigen und nachprüfaren Rechnungsabschlussunterlagen vereinbart wurden, fort. Abweichendes können die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung in begründeten Fällen im Einvernehmen mit den Kostenträgern vereinbaren.
- (6) Die vereinbarten Benutzungsentgelte gelten gegenüber allen Benutzerinnen und Benutzern des Rettungsdienstes, den Gemeinden als Behörden für Brandschutz und technische Hilfeleistungen und den Kostenträgern.

## **§ 12**

### **Schiedsstelle und Schiedsverfahren**

- (1) Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den Trägern des Rettungsdienstes, den Trägern der Luftrettung oder Beauftragten nach § 7 Absatz 4 und den Kostenträgern über Kosten und Entgelte nach § 10 und § 11 bilden die Kreise und kreisfreien Städte oder deren Landesverbände gemeinschaftlich mit den Trägern der Luftrettung sowie die Kostenträger eine ständige Schiedsstelle. Als diese geben sie sich einvernehmlich eine Schiedsordnung, mit der das Schiedsstellenverfahren und die Entschädigung der Vorsitzenden zu regeln ist.

- (2) Die Schiedsstelle ist nach Absatz 3 mit einer oder einem Vorsitzenden und paritätisch mit jeweils drei Schiedsstellenmitgliedern der Kostenträger sowie derjenigen Partei zu besetzen, der das Verfahren zuzuordnen ist.
- (3) Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 2 sind
  1. eine Person mit der Befähigung zum Richteramt als Vorsitzende oder Vorsitzender,
  2. drei Vertreterinnen oder Vertreter der Träger des Rettungsdienstes oder der Träger der Luftrettung oder der Beauftragten nach § 7 Absatz 4,
  3. drei Vertreterinnen oder Vertreter der Kostenträger.Die Stellvertretung ist sicherzustellen.
- (4) Die oder der Vorsitzende wird von den Trägern des Rettungsdienstes, den Trägern der Luftrettung und den Kostenträgern einvernehmlich benannt. Kommt binnen sechs Monaten nach Vakanz keine Einigung über die Vorsitzende oder den Vorsitzenden zustande oder werden binnen der gleichen Frist andere Mitglieder der Schiedsstelle nicht benannt, so bestimmt sie das für das Rettungswesen zuständige Ministerium. Für den Fall, dass der Vorsitz durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium als Träger der Luftrettung wahrgenommen werden soll, können anstelle von Vertreterinnen oder Vertretern des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums ausschließlich Beauftragte im Sinne des § 7 Absatz 4 den Vorsitz wahrnehmen.
- (5) Die Schiedsstelle hat die Aufgabe,
  1. Entscheidungen über Benutzungsentgelte zu treffen,
  2. bei nicht hergestelltem Einvernehmen zwischen den Trägern des Rettungsdienstes oder den Trägern der Luftrettung und den Kostenträgern, soweit es die Vorschriften dieses Gesetzes vorsehen, das Einvernehmen zu ersetzen,
  3. über die Entgeltrelevanz von Sachverhalten zu entscheiden.
- (6) Die Schiedsstelle kann von jeder Partei nach Absatz 1 angerufen werden. Mit Eingang des Antrags einer Partei bei der Geschäftsstelle der Schiedsstelle ist das Schiedsstellenverfahren eröffnet. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten nach der Anrufung abschließend zu entscheiden. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. Gegen Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 5 Nummer 2 und sofern bundesgesetzlich nicht anders geregelt auch für Entscheidungen nach Absatz 5 Nummer 1 und 3 ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

- (7) Die Geschäftsführung der Schiedsstelle obliegt den Parteien nach Absatz 1. Die Geschäftsführung kann auch einer Partei dauerhaft übertragen werden. Die Kosten der Schiedsstelle sind Kosten nach § 10 Absatz 2.

### **Abschnitt 3** **Rettungsmittel, Telenotfallmedizin**

#### **§ 13** **Rettungsmittel**

- (1) Rettungsmittel nach diesem Gesetz sind
1. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF), die die Anforderungen der DIN 75079 (Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung, Ausgabe April 2025, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und für die notärztliche Versorgung nach § 15 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 17 zu verwenden sind,
  2. Rettungswagen (RTW), die die Anforderungen der DIN EN 1789 (Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausstattung – Krankenkraftwagen; Deutsche Fassung EN 1789:2020+A1:2023, Ausgabe Juli 2024, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) Typ C erfüllen und für die Notfallrettung und den Notfalltransport nach § 2 Absatz 1 und 4 zu verwenden sind,
  3. Krankentransportwagen (KTW), die die Anforderungen der DIN EN 1789 (Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausstattung – Krankenkraftwagen; Deutsche Fassung EN 1789:2020+A1:2023, Ausgabe Juli 2024, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) Typ A1 oder Typ A2 erfüllen und für Krankentransporte nach § 2 Absatz 5 zu verwenden sind,
  4. Akutkrankentransportwagen (AKTW), die die Anforderungen der DIN EN 1789 (Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausstattung – Krankenkraftwagen; Deutsche Fassung EN 1789:2020+A1:2023, Ausgabe Juli 2024, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) Typ C erfüllen und für Krankentransporte nach § 2 Absatz 5 zu verwenden sind und in Verbindung mit einem Rettungsmittel nach Nummer 1, 2 oder 5 auch für den Notfalltransport nach § 2 Absatz 4 verwendet werden können,
  5. Rettungseinsatzfahrzeuge (REF), die eine landeseinheitliche und für die Aufgabenerfüllung erforderliche Ausstattung aufweisen und im Sinne der notfallmedizinischen Versorgung nach § 2 Absatz 3 und damit insbesondere zur Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls zu verwenden sind und

6. Akuteinsatzfahrzeuge (AEF), die eine landeseinheitliche und für die Aufgabenerfüllung erforderliche Ausstattung aufweisen und für eine zeitnahe rettungsdienstliche Erstversorgung von weniger dringlichen rettungsdienstlichen Hilfeersuchen zu verwenden sind.
- (2) Für die Rettungsmittel nach Absatz 1 Nummer 1 und 4 sowie Sonderrettungsmittel nach Absatz 3 Nummer 1 und 2 gilt bei Veränderung der Vorgaben der jeweils einschlägigen DIN-Norm ein Bestandsschutz für den rettungsdienstlichen Einsatz.
- (3) Sonderrettungsmittel nach diesem Gesetz sind
1. Verlegungsarzteeinsatzfahrzeuge (VEF), die die Anforderungen der DIN 75079 (Notarzteeinsatzfahrzeuge (NEF) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung, Ausgabe April 2025, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und der Zubringung der Verlegungsärztin oder des Verlegungsarztes dienen und zudem über eine aufgabenbezogene Zusatzausstattung verfügen,
  2. Intensivtransportwagen (ITW), die die Anforderungen der DIN 75076 (Rettungssysteme – Intensivtransportwagen (ITW) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung; Ausgabe Mai 2012, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und für Intensivtransporte nach § 2 Absatz 7 zu verwenden sind,
  3. Rettungswagen, die für den Transport von adipösen Patientinnen und Patienten ausgestattet sind und
  4. Rettungsmittel, die zum Transport von früh- und reifgeborenen Patientinnen und Patienten ausgestattet sind.
- (4) Luftrettungsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind Rettungstransporthubschrauber (RTH), die den luftfahrttechnischen Anforderungen entsprechen und für den Transport sowie die notfallmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten geeignet und entsprechend ausgestattet sind. Die Anforderungen an Ausstattung, Betrieb und medizinisch-technische Ausrüstung werden durch die Träger der Luftrettung festgelegt.

## **§ 14**

### **Besetzung der Rettungsmittel**

- (1) Notarzteeinsatzfahrzeuge sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters können die Träger des Rettungsdienstes auch Personen einsetzen, die mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, entsprechend fortgebildet und auf dem Fahrzeug eingewiesen sind.

- (2) Rettungswagen sind mit zwei Personen zu besetzen, von denen eine Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter und die andere mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist. Anstelle der Rettungssanitäterin oder des Rettungssanitäters kann auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter eingesetzt werden, die oder der die ersten 18 Monate der Ausbildung in Vollzeitform bereits absolviert und die Zwischenkompetenzprüfung nach § 13 Absatz 2 Satz 2 des Notfallsanitättergesetzes (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 193), erfolgreich bestanden hat; bei Ausbildung in Teilzeit verlängert sich der Zeitraum entsprechend.
- (3) Krankentransportwagen sind mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter sind. Eine oder einer der Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter muss mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein. Die andere Person kann auch Auszubildende oder Auszubildender im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sein.
- (4) Akutkrankentransportwagen sind mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sind. Mindestens eine Person muss für den Einsatz auf dem AKTW spezifisch landeseinheitlich fortgebildet sein. Eine Person kann auch Auszubildende oder Auszubildender im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sein.
- (5) Rettungseinsatzfahrzeuge und Akuteinsatzfahrzeuge sind mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen, die oder der für die jeweilige Tätigkeit eine zusätzliche landesweit einheitliche Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen hat.
- (6) Intensivtransportwagen sind mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besetzen, die oder der über die Qualifikation nach § 16 Absatz 2 und zusätzlich über eine wissenschaftlich anerkannte Qualifikation für Intensivtransporte verfügt. Darüber hinaus sind Intensivtransportwagen entsprechend Absatz 2 zu besetzen, wobei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter zusätzlich für Intensivtransporte qualifiziert sein muss; die Qualifikation wird von den Trägern des Rettungsdienstes landesweit einheitlich unter Beachtung wissenschaftlich anerkannter Standards und unter Beteiligung der Kostenträger festgelegt. Anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters kann auch eine Pflegefachkraft mit der Fachweiterbildung Intensivpflege eingesetzt werden.
- (7) Sofern ein Sekundärtransport früh- oder reifgeborener Patientinnen und Patienten erfolgt, soll das jeweilige Rettungsmittel mit entsprechendem pädiatrischem Fachpersonal besetzt werden. Das pädiatrische Fachpersonal wird von der jeweils kooperierenden Behandlungseinrichtung bestimmt. Anstelle des nichtärztlichen pädiatrischen Fachpersonals kann eine Notfallsanitäterin oder

ein Notfallsanitäter mit einer für den Einsatz im Bereich des früh- und reifgeborenen Transportes landeseinheitlichen Fortbildung eingesetzt werden.

- (8) Verlegungsarzteeinsatzfahrzeuge sind entsprechend Absatz 1 zu besetzen.
- (9) Rettungstransporthubschrauber sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter (medizinische Besatzung) zu besetzen. Die medizinische Besatzung muss für die besonderen Aufgabenstellungen in der Luftrettung eingewiesen sein; dazu kann auch die Aus- und Fortbildung nach luftrechtlichen Vorgaben zur Übernahme fliegerischer Assistenz gehören.
- (10) Auf Rettungsmitteln und Sonderrettungsmitteln darf nur solches Rettungsdienstfachpersonal und ärztliches Personal eingesetzt werden, welches die angebotenen Fortbildungen entsprechend § 23 absolviert hat.
- (11) Abweichungen von den Absätzen 1 bis 8 sind nur in besonders gelagerten und begründeten Fällen, insbesondere bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses zulässig und sind zu dokumentieren.

## **§ 15**

### **Notärztliche Versorgung**

- (1) Die notärztliche Versorgung ist Teil der Notfallrettung. Der Notarzteinsatz erfolgt auf der Grundlage eines landesweit einheitlichen Notarztindikationskatalogs (§ 16).
- (2) Notärztinnen und Notärzte müssen über die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder eine von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen.
- (3) Im Rahmen der notärztlichen Versorgung und unter Beachtung der Grundsätze von Patientensicherheit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit sind die Möglichkeiten telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung auszuschöpfen.

## **§ 16**

### **Notarztindikationskatalog**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung erstellen einen landesweit einheitlichen und rettungsdienstbereichsübergreifenden Notarztindikationskatalog, der auch die Luftrettung umfasst. Der Notarztindikationskatalog in seiner jeweils gültigen Fassung wird verbindlicher Bestandteil des standardisierten Notrufabfrageprotokolls.
- (2) Der Notarztindikationskatalog ist evidenz- und leitlinienorientiert sowie risikoadjustiert. Er berücksichtigt die Kompetenzen des Rettungsdienstfachpersonals und ist spätestens alle 24 Monate zu evaluieren und fortzuschreiben.

Anpassungen und Änderungen sind innerhalb einer Frist von sechs Monaten als Bestandteile in die standardisierten Notrufabfrageprotokolle einzupflegen und umzusetzen.

## § 17

### Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung

- (1) Ein telenotfallmedizinisches System umfasst alle technischen Komponenten für die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung des Rettungsdienstfachpersonals und des ärztlichen Personals bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten auf Grundlage der Echtzeitübertragung medizinischer Daten, insbesondere Vitalparameter, umfassend in Form von Text-, Sprach-, Video- und Bilddaten.
- (2) Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung dient insbesondere der
  1. Ferndiagnostik und Fernbehandlung durch die Telenotärztinnen und Telenotärzte einschließlich der Delegation heilkundlicher Maßnahmen an die vor Ort befindlichen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter,
  2. medizinischen Beratung und Unterstützung des im Einsatz befindlichen Rettungsdienstfachpersonals und des ärztlichen Personals,
  3. Verringerung von Einsatzzahlen und Einsatzdauer notärztlich besetzter Rettungsmittel oder
  4. Begleitung von Notfall- und Sekundärtransporten, sofern eine Arztbegleitung nicht notwendig und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist.
- (3) Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung setzt voraus, dass
  1. das telenotärztliche System nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik betrieben wird,
  2. das telenotärztliche System organisatorisch und technisch in die rettungsdienstlichen Strukturen der Träger des Rettungsdienstes eingebunden ist und
  3. die dafür vorgesehenen Rettungsmittel gemäß § 13 technisch für die Nutzung des telenotärztlichen Systems ausgestattet sind.
- (4) Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen zusätzlich zu der in § 15 Absatz 2 geforderten Qualifikation über die Qualifikation „Telenotärztin“ oder „Telenotarzt“ von der Ärztekammer Schleswig-Holstein oder eine anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen.

## § 18

### Experimentierklausel

- (1) Zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung oder der Wirtschaftlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung dienen, kann das für das Rettungswesen zuständige Ministerium Abweichungen von den Vorgaben dieses Gesetzes zulassen, soweit anzunehmen ist, dass die Patientenversorgung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Besatzung nicht beeinträchtigt werden.
- (2) Im Rahmen eines Antrages ist darzulegen, für welches Erprobungsvorhaben die Ausnahme beantragt wird, von welchen Vorschriften abgewichen werden soll und zu welchem Zweck die Abweichung beantragt und wie diese finanziert werden soll. Zur Antragstellung berechtigt sind die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung sowie die Träger der Integrierten Leitstellen.
- (3) Die Ausnahmen sind grundsätzlich zeitlich zu befristen. Die Frist soll zwei Jahre nicht überschreiten. Die Frist kann auf Antrag um bis zu weitere zwei Jahre verlängert werden, sofern dies für die Erprobung des Versorgungskonzepts erforderlich ist.
- (4) Das Experiment ist hinsichtlich seines Ziels, der Mittel der Umsetzung und der erzielten Ergebnisse zu dokumentieren.
- (5) Hat sich das im Rahmen der Experimentierklausel erprobte Versorgungskonzept im Rettungsdienst bewährt, kann das Konzept dauerhaft in die reguläre Versorgung integriert werden. Die Entscheidung erfolgt unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 und im Einvernehmen mit den Kostenträgern und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium.
- (6) Für die geplante Abweichung von gesetzlichen Vorschriften sind die Absätze 1 bis 4 entsprechend anzuwenden.

## § 19

### Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes

- (1) Wer Krankentransporte mit Krankentransportwagen außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes durchführen will, bedarf der Genehmigung und ist Unternehmerin oder Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes. Genehmigungsverfahren sind durchzuführen für die Ersterteilung von Genehmigungen, die Neuerteilung abgelaufener Genehmigungen, den Austausch von Krankentransportwagen und wesentliche Änderungen des Betriebs. Der Antrag auf Genehmigung ist schriftlich bei dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu stellen, in deren Bezirk Krankentransporte durchgeführt werden sollen. Soweit sich die Genehmigung auf angrenzende Rettungsdienstbereiche auswirken würde, sind die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte anzuhören. Beauftragte

nach § 7 Absatz 1 sind im jeweiligen Rettungsdienstbereich nicht antragsberechtigt. Vor einer Entscheidung ist der Träger des Rettungsdienstes anzuhören.

- (2) Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn
  1. die Sicherheit und die Leistungsfähigkeit des Betriebs gewährleistet sind,
  2. keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit der Unternehmerin oder des Unternehmers und, soweit vorhanden, der für die Führung der Geschäfte bestellten Personen offenbaren, und
  3. die Unternehmerin oder der Unternehmer oder die für die Führung der Geschäfte bestellten Personen fachlich geeignet sind, wofür entweder der Nachweis durch Ablegung einer Prüfung vor einem Prüfungsausschuss der Industrie- und Handelskammer zu führen ist oder durch eine angemessene Tätigkeit in leitender Funktion in einem Unternehmen, das Krankentransporte durchführt, als geführt gilt.
- (3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn zu erwarten ist, dass durch ihren Gebrauch das öffentliche Interesse an einem funktionsfähigen Rettungsdienst nach diesem Gesetz beeinträchtigt wird.
- (4) Eine Genehmigung kann für längstens sechs Jahre erteilt werden.
- (5) Mit der Genehmigung geht die Verpflichtung einher, den Betrieb im genehmigten Umfang aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.
- (6) Die Absätze 2 bis 5 gelten für einen Antrag auf Neuerteilung einer abgelaufenen Genehmigung entsprechend. Sind die Leistungen während der Geltungsdauer der abgelaufenen Genehmigung ordnungsgemäß erbracht worden, ist dies bei der Entscheidung über einen Antrag nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen. Absatz 3 gilt nicht für den Austausch von Krankentransportwagen, soweit der Genehmigungsumfang unverändert bleibt. Zur Feststellung der Auswirkungen früher erteilter Genehmigungen kann die zuständige Behörde vor der Entscheidung über neue Anträge einen Beobachtungszeitraum festlegen, der höchstens ein Jahr seit der letzten Erteilung einer Genehmigung andauern soll.
- (7) Für den Fall der Veräußerung an oder der Weiterführung des Unternehmens durch Dritte sind die Voraussetzungen für die Genehmigung erneut zu prüfen.

## **Abschnitt 4 Personal, Fortbildung**

### **§ 20 Leitung Medizinische Versorgung**

- (1) Für die Aufgabenerfüllung nach § 1 Absatz 2 richten die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung eine Leitung Medizinische Versorgung ein. Sie ist interprofessionell und mindestens aus einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Die Möglichkeiten der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sind auszuschöpfen. Die Aufgaben- und Ausführungsverantwortung verbleibt beim Träger des Rettungsdienstes oder Träger der Luftrettung.
- (2) Die Aufgaben der Leitung Medizinische Versorgung umfassen insbesondere
  1. die kontinuierliche qualitätssichernde Einsatzbegleitung und Evaluation,
  2. die Erstellung und regelmäßige Anpassung von medizinischen Standardarbeitsanweisungen unter Berücksichtigung der nach dem NotSanG im Rahmen der Berufsausbildung vermittelten Kompetenzen sowie
  3. das Schnittstellenmanagement zwischen den am Rettungsdienst beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen.
- (3) Zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst kann nur bestellt werden, wer die Fortbildung „Ärztlicher Leiter/ Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ absolviert hat und die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer absolviert. Eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter kann nur dann in der Leitung Medizinische Versorgung eingesetzt werden, wenn sie oder er über mehrjährige Einsatzerfahrung verfügt und fachspezifische Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagements erworben hat.

### **§ 21 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter**

- (1) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter üben ihren Beruf eigenverantwortlich und teamorientiert unter Beachtung der Patientensicherheit aus. Sie sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, eigenverantwortlich durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.

- (2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern sie in den landesweit einheitlich freigegebenen Standardarbeitsanweisungen beschrieben und vorgesehen sind, der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.
- (3) Ärztlich angeordnete Maßnahmen dürfen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenständig durchgeführt werden, sofern eine entsprechende Delegation durch eine Notärztin oder Telenotärztin oder einen Notarzt oder Telenotarzt vorliegt und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Verantwortung für die Durchführung liegt in diesem Fall bei der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter, die Gesamtverantwortung verbleibt bei der delegierenden Notärztin oder Telenotärztin oder dem delegierenden Notarzt oder Telenotarzt.
- (4) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden anhand der Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten über die Hinzuziehung einer nicht primär alarmierten Notärztin oder Telenotärztin oder eines Notarztes oder Telenotarztes. Für den Fall, dass nach Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter die Hinzuziehung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung nicht mehr erforderlich ist, muss die bereits erfolgte Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden auf Grundlage des Gesundheitszustandes außerdem darüber, ob ein Notfalltransport nach § 2 Absatz 4 oder die Weitergabe der Patientin oder des Patienten in einen anderen erreichbaren und geeigneten Versorgungssektor erforderlich ist.
- (5) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind unter Beachtung der Behandlungsleitlinien zur Verabreichung von Medikamenten und unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 13 Absatz 1b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365), zur Verabreichung von Betäubungsmitteln nach dem BtMG befugt.

## **§ 22**

### **Fortbildung**

- (1) Der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung ist verpflichtet, das Rettungsdienstfachpersonal und das ärztliche Personal jährlich fortzubilden. Im Falle einer Beauftragung nach § 7 ist diese Verpflichtung dem

oder der Beauftragten aufzuerlegen. Hierfür sollen Fortbildungskonzepte entwickelt werden, die die Möglichkeiten zur Durchführung der theoretischen Fortbildung im Rahmen von Online-Angeboten angemessen berücksichtigen.

- (2) Notärztinnen und Notärzte sind jährlich durchschnittlich 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Davon sollen mindestens acht Stunden als interprofessionelles praktisches Training durchgeführt werden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet.
- (3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind jährlich durchschnittlich 40 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet. Davon sind mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren und mindestens acht Stunden gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten durchzuführen. Die Notfallsanitäterin und der Notfallsanitäter, die für besondere Aufgaben, insbesondere den Einsatz auf dem REF, AEF oder dem ITW, eingesetzt werden, sind für diese Tätigkeiten zusätzlich landeseinheitlich und themenspezifisch fortzubilden.
- (4) Das in den Integrierten Leitstellen gemäß § 23 Absatz 5 eingesetzte Personal ist jährlich durchschnittlich 24 Stunden in leitstellenspezifischen Themen und 16 Stunden in rettungsdienstlichen Belangen fortzubilden. Das in der Schichtführung oder Schichtleitung eingesetzte Personal ist darüber hinaus jährlich durchschnittlich 16 Stunden in fachaufgabenbezogenen Belangen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet.
- (5) Im Bereich der Luftrettung erstreckt sich die Fortbildungspflicht nach diesem Gesetz auf die medizinische Besatzung. Sie ist neben den Vorgaben in Absatz 2 und 3 insbesondere in fliegerischen und flugmedizinischen Besonderheiten nach Vorgaben der Träger der Luftrettung fortzubilden.
- (6) In der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung eingesetzte Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen für diese Tätigkeit zusätzlich in einem Umfang von acht Stunden jährlich fortgebildet werden.
- (7) Zur Erhaltung der Qualifikation ist das durch den Träger des Rettungsdienstes für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) bestellte und eingesetzte Personal zusätzlich in einem Umfang von acht Stunden jährlich in für die Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadenslagen relevanten Themen fortzubilden.

## **Abschnitt 5**

### **Leitstelle, Behandlungskapazitätennachweis**

#### **§ 23**

##### **Integrierte Leitstelle**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes stellen sicher, dass zum Zwecke des Notfallmanagements, nach Möglichkeit trägerübergreifend, Integrierte Leitstellen errichtet und betrieben werden. Die Integrierten Leitstellen können insbesondere gemeinsam mit der nach § 6 Absatz 2 Nummer 8 des Landeskatastrophenschutzgesetzes die Gewährleistung des Meldewesens und der Alarmierung durchführenden Stelle, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Polizei unter getrennter Aufgabenwahrnehmung und getrennter Verarbeitung personenbezogener Daten, betrieben werden.
- (2) Die Integrierte Leitstelle hat alle Einsätze des Rettungsdienstes im Zuständigkeitsbereich zu lenken. Der Betrieb und die Erreichbarkeit unter der Notrufnummer 112 sind dauerhaft, ständig und direkt sicherzustellen. Zusätzliche zweckgebundene Kommunikationswege sind zulässig und hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und Servicequalität an den jeweiligen Nutzungszweck anzupassen.
- (3) Die Integrierten Leitstellen im Land Schleswig-Holstein müssen im Rahmen eines landeseinheitlichen digitalen Kommunikations- und Koordinierungssystems leitstellenbereichsübergreifende Kommunikationswege bereit- und aufrechterhalten. Sie sollen vor allem dem Notfallmanagement nach § 2 Absatz 2 dienen und wechselseitig Ausfallsicherheit schaffen.
- (4) Die Integrierte Leitstelle soll sektorenfremde Hilfeersuchen an die entsprechend zuständigen und geeigneten Versorgungssektoren weitergeben. Die technischen und tatsächlichen Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sind auszuschöpfen. Ein Hilfeersuchen gilt als übergeben, sofern und sobald eine Eingangsbestätigung erfolgt ist. Sofern nach Ersteinschätzung einer jeweils anderen Versorgungsform das Hilfeersuchen der Notfallrettung zuzuordnen ist, muss das Hilfeersuchen erneut rettungsdienstlich eingeschätzt und entsprechend bearbeitet werden. Das Gleiche gilt für den Fall, dass eine Person ihr Hilfeersuchen nach Weitergabe in eine andere Versorgungsform erneut persönlich an die Integrierte Leitstelle richtet.
- (5) Die personelle Besetzung der Integrierten Leitstelle hat in der Weise zu erfolgen, dass die Annahme und Bearbeitung von Notrufen sowie die Anleitung von Anrufern in lebensrettenden Maßnahmen in einer angemessenen, landesweit einheitlichen Reaktions- und Erstbearbeitungszeit gewährleistet sind. Die für die Annahme und Bearbeitung von Anrufen unter der Notrufnummer 112 und die Annahme und Bearbeitung von Anrufen zum Zwecke eines anderweitigen Hilfeersuchens unter der Nummer 19222 eingesetzten Personen (Calltaker)

sowie die für die Disposition von entsprechenden Rettungsmitteln eingesetzten Personen (Dispatcher) müssen entweder Absolventinnen oder Absolventen einer anerkannten Leitstellenausbildung sein oder mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich einer zusätzlichen Qualifikation für die jeweilige Aufgabenwahrnehmung verfügen.

- (6) Die Not- und Anrufannahme sowie deren Bearbeitung erfolgen auf der Grundlage eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Ein Notruf ist dabei so lange als Notfall zu betrachten, bis dieser auf Grundlage des standardisierten Notrufabfrageprotokolls ausgeschlossen werden kann. Hierbei können Verfahren der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung ergänzend herangezogen werden. Die Disposition erfolgt nach landesweit einheitlichen Einsatzkategorien und Einsatzstichworten und ist laufend fortzuentwickeln. Dabei sind auch die Versorgungssektoren außerhalb des Rettungsdienstes zu berücksichtigen.
- (7) Die technische Ausstattung der Integrierten Leitstelle muss dem aktuellen Stand der Technik und den notrufspezifischen Regelungen entsprechen.
- (8) Die Integrierte Leitstelle hat im Bedarfsfall die Unterstützung der Polizei, der Feuerwehr und anderer zur Unterstützung des Rettungsdienstes geeigneter Einrichtungen anzufordern. Dazu gehört auch die Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den §§ 27, 28 bei den dafür vorgesehenen Einsatzkategorien und Einsatzstichworten.
- (9) Die Integrierte Leitstelle soll mit den Leitstellen der vertragsärztlichen Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit bedarf einer vertraglichen Regelung über mindestens Art und Umfang der Kooperation sowie zu Datenübermittlung und Kommunikationswegen.
- (10) Die Integrierten Leitstellen gewährleisten die digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit untereinander. Die digitale Einsatzübergabe umfasst die Daten und Metadaten aus der Einsatzannahme und der Einsatzbearbeitung. Die Integrierten Leitstellen stellen in ihrem Verantwortungsbereich eine gegenseitige Einsatzübergabe zum Zwecke der Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes nach § 1 Absatz 2 auch mit angrenzenden Leitstellenbereichen sicher. Gleiches gilt für Einsatzübergaben in Folge der Zusammenarbeit mit den Leitstellen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß Absatz 9 sowie bei Einsatzübergaben an ambulante Versorgungsangebote.
- (11) Die Disposition von Einsätzen in der Luftrettung sowie von ärztlich begleiteten Sekundärtransporten einschließlich der Einsätze mit Ressourcen für früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten und von Intensivtransporten erfolgt auf der Grundlage eines trägerübergreifenden, landeseinheitlichen Konzeptes durch die Koordinierungsstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte Schleswig-Holstein bei der Integrierten Regionalleitstelle Mitte.

## § 24

### Behandlungskapazitätenachweis

- (1) Die Integrierten Leitstellen betreiben und unterhalten einen landesweit einheitlichen internetbasierten und datenbankgestützten Behandlungskapazitätenachweis, in dem die an den Behandlungskapazitätenachweis angeschlossenen Behandlungseinrichtungen die jeweiligen aktuellen Behandlungskapazitäten dokumentieren. Dies kann auch von einer bestehenden Integrierten Leitstelle aus zentral für Schleswig-Holstein erfolgen.
- (2) Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in geeignete Behandlungseinrichtungen erfolgt in der Notfallrettung auf Grundlage des digitalen Behandlungskapazitätenachweises. Der digitale Behandlungskapazitätenachweis kann auch außerhalb der Notfallrettung für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten genutzt werden.
- (3) Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit und zur Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises wird im Rahmen einer Vereinbarung zwischen den am Behandlungskapazitätenachweis beteiligten Stellen festgelegt. Die Mitnutzung des Behandlungskapazitätenachweises durch andere Bundesländer ist unter Berücksichtigung der landesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen zulässig.
- (4) Die den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes.
- (5) Soweit es für ihre Aufgabenerledigung erforderlich ist, dürfen die Katastrophenschutzbehörden Daten zu den Behandlungskapazitäten verarbeiten. Auf Verlangen ist ihnen der aktuelle Stand der Behandlungskapazitäten elektronisch zu übermitteln.

## Abschnitt 6

### Qualität im Rettungsdienst

## § 25

### Qualitätsmanagement

Die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung stellen ein Qualitätsmanagement auf Grundlage der gemäß § 26 Absatz 3 festgelegten Qualitätsindikatoren sicher. Dieses Qualitätsmanagementsystem muss allgemein anerkannten Standards des Qualitätsmanagements genügen und ist dementsprechend fortzuschreiben. Die Mitwirkung von Beauftragten im Sinne des § 7 Absatz 1 und § 7 Absatz 4 an dem Qualitätsmanagement ist sicherzustellen. Einzubeziehen sind im Falle des Transportes in eine Behandlungseinrichtung auch die dort erhobenen Daten soweit diese unmittelbar der Analyse der Wirksamkeit der rettungsdienstlichen Maßnahmen dienen.

**§ 26****Zentrale Stelle Rettungsdienst**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung beauftragen im Rahmen des Qualitätsmanagements eine Zentrale Stelle Rettungsdienst mit der landeseinheitlichen Auswertung der Daten gemäß § 25 sowie auf dieser Grundlage mit der Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der rettungsdienstlichen Versorgung. Die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung sind insoweit verpflichtet, die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten in standardisierter und pseudonymisierter Form an die Zentrale Stelle Rettungsdienst zu übermitteln oder standardisierte technische Schnittstellen für das Abrufen der pseudonymisierten Daten durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen.
- (2) Ergänzend zu Absatz 1 kann eine Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Auftrag der Träger auch im Rahmen wissenschaftlicher Studien erfolgen.
- (3) Die Zentrale Stelle Rettungsdienst unterstützt die Träger des Rettungsdienstes mit ihren Integrierten Leitstellen und die Träger der Luftrettung bei der Festlegung von landesweit einheitlichen übergeordneten Qualitätszielen mit Bezug zur Patientenversorgung und daraus resultierenden Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren sind im Benehmen mit den Kostenträgern festzulegen und zu veröffentlichen. Die Zentrale Stelle Rettungsdienst definiert nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften die für die Auswertung erforderlichen Datensätze der Qualitätsindikatoren gemäß Satz 1 in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung.
- (4) Die Auswertungsergebnisse nach Absatz 3 Satz 3 sind den Trägern des Rettungsdienstes digital bereitzustellen.
- (5) Im Rahmen der Qualitätssicherung entlang des gesamten Behandlungspfades in der Gesundheitsversorgung sollen Daten anderer an der Gesundheitsversorgung teilnehmender Einrichtungen, insbesondere der Behandlungseinrichtungen und Dritter, die im Hoheitsgebiet Schleswig-Holsteins subsidiär Aufgaben im öffentlichen Rettungsdienst gemäß § 1 Absatz 2 wahrnehmen, in die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einbezogen werden.

**Abschnitt 7****Ehrenamtliche Erste Hilfe****§ 27****Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem**

- (1) Im Rahmen der Notfallrettung sind bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels verfügbare geeignete Ersthelferinnen und Ersthelfer ergänzend durch die

tegrierte Leitstelle einzubinden. Das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem ist kein Teil der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur nach § 8.

- (2) Die Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfer nach Absatz 1 erfolgt mittels digitalem Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem durch die Integrierten Leitstellen. Die Integrierten Leitstellen übermitteln zu diesem Zweck Einsatzdaten an die Ersthelferinnen und Ersthelfer über das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem.
- (3) Das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem wird landeseinheitlich durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium beschafft und zur Verfügung gestellt. Es umfasst ein landesweites Kataster von automatisierten externen Defibrillatoren, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind.
- (4) Die durch die Beschaffung, die Einrichtung und den Betrieb eines landeseinheitlichen digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes entsprechend § 10.
- (5) Einzelheiten zur Eignung von Ersthelferinnen und Ersthelfern, zur Einsatzindikation, Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation und Gewährleistung der Anforderungen von Datenschutz und Informationssicherheit werden durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium und die Träger des Rettungsdienstes landeseinheitlich erarbeitet und festgelegt.

## **§ 28**

### **Organisierte Erste Hilfe**

- (1) Organisierte Erste Hilfe ist die planmäßig und auf Dauer angelegte, von einer Organisation geleistete Erste Hilfe am Notfallort bis zum Eintreffen oder zur Unterstützung eines Rettungsmittels. Sie ist kein Teil der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur nach § 8.
- (2) Die Träger des Rettungsdienstes sollen mit Organisationen, die organisierte Erste Hilfe erbringen, Vereinbarungen abschließen. Diese Vereinbarungen dienen ausschließlich dem Zweck, die organisierte Erste Hilfe planbar und in fachlich gebotenem Maße zur Unterstützung des Rettungsdienstes einsetzbar zu machen. Über entsprechende Vereinbarungen sind die zuständigen Integrierten Leitstellen zu informieren.
- (3) In den Vereinbarungen nach Absatz 2 sind
  1. der räumliche Einsatzbereich in Abhängigkeit von der maximalen Zeitspanne bis zum Erreichen des Einsatzortes,
  2. die Zuordnung zu rettungsdienstlichen Einsatzkategorien nach § 9,
  3. die Qualifikation der Einsatzkräfte,
  4. die Ausrüstung der Einsatzkräfte sowie

5. die Dokumentation und die Sicherstellung des Datenschutzes festzulegen. Darüber hinaus kann die Vergütung der Kosten vereinbart werden.
- (4) Die Organisierte Erste Hilfe wird von den Integrierten Leitstellen nur auf der Grundlage und im Rahmen der Vereinbarung alarmiert. Das gilt nicht für von den Berufsfeuerwehren selbst gestellte organisierte Erste Hilfe.
- (5) Die Einbindung Organisierter Erster Hilfe ist bei der Entwicklung und Fortschreibung des standardisierten Notrufabfrageprotokolls der Integrierten Leitstellen und bei der Festlegung der Einsatzkategorien zu berücksichtigen.
- (6) Kosten der Organisierten Ersten Hilfe sind nur dann Kosten des Rettungsdienstes, wenn ihre Vergütung Bestandteil der Vereinbarung nach Absatz 2 ist. Anerkannt werden nur die materiellen Verbrauchskosten, die durch einen konkreten Einsatz entstehen, wenn die Alarmierung der organisierten Ersten Hilfe aufgrund einer Einsatzkategorie erfolgte. Kosten, die Organisationen, die organisierte Erste Hilfe erbringen, durch die Beschaffung insbesondere von Ausrüstungsgegenständen und Fahrzeugen entstehen, sind keine Kosten des Rettungsdienstes.

## **Abschnitt 8 Großschadensereignisse, Werksrettungsdienst**

### **§ 29 Rettungsdienstliche Großschadensereignisse**

- (1) Zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen haben die Träger des Rettungsdienstes Planungen zur Erweiterung der dienstplanmäßig verfügbaren Ressourcen (erweiterter Rettungsdienst) durchzuführen und, soweit dies erforderlich ist, Vereinbarungen zur Umsetzung abzuschließen.
- (2) Die Planungen nach Absatz 1 können das Zusammenwirken mit Behandlungseinrichtungen im Sinne des § 2 Absatz 4 Satz 1, Einrichtungen nach § 23 Absatz 8, Unternehmen nach § 19 sowie anderen Einrichtungen und Einheiten zur Unterstützung des Rettungsdienstes beinhalten. Sofern es erforderlich ist, sind die Planungen nach Absatz 1 zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung abzustimmen. Dies gilt sowohl für die eigenen Planungen als auch für die Planungen der Behandlungseinrichtungen im Sinne des § 2 Absatz 4 Satz 1.
- (3) Für die Bewältigung von Großschadensereignissen setzt der Träger des Rettungsdienstes eine Einsatzleitung Rettungsdienst ein. Die Einsatzleitung Rettungsdienst besteht mindestens aus einer Leitenden Notärztin oder einem

Leitenden Notarzt und einer Organisatorischen Leiterin oder einem Organisatorischen Leiter.

- (4) Im Falle eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses ist die Einsatzleitung Rettungsdienst gegenüber den am Einsatz beteiligten rettungsdienstlichen Einsatzkräften sowie den Unternehmen nach § 19 weisungsbefugt. Der Leitenden Notärztin oder dem Leitenden Notarzt obliegt im Falle eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses darüber hinaus eine Weisungsbefugnis gegenüber den an der Bewältigung des Ereignisses mitwirkenden Ärztinnen und Ärzten auch in medizinischen Fragen. Sind Einsatzleitungen anderer Einrichtungen nach § 23 Absatz 8 an der Bewältigung des rettungsdienstlichen Großschadensereignisses beteiligt, stimmt sich die Einsatzleitung Rettungsdienst mit diesen ab. Es kann eine gemeinsame Einsatzleitung gebildet werden.
- (5) Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt muss über die Qualifikation „Leitende Notärztin“ oder „Leitender Notarzt“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein oder eine von dieser als vergleichbar anerkannte Qualifikation verfügen.
- (6) Die Organisatorische Leiterin oder der Organisatorische Leiter muss die von den Trägern des Rettungsdienstes landesweit einheitlich festgelegte Qualifikation erfüllen.

### **§ 30**

#### **Werksrettungsdienst**

- (1) Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium kann anordnen, dass Eigentümerinnen oder Eigentümer, Betreiberinnen oder Betreiber oder Bauherinnen oder Bauherren solcher Einrichtungen einen Werksrettungsdienst vorzuhalten haben, die einen gegenüber der bedarfsgerechten Vorhaltung des Rettungsdienstes ohne Berücksichtigung der Einrichtung stark erhöhten Bedarf an Rettungsmitteln haben. Dasselbe gilt, wenn die Einrichtung oder ihr Bau eine besondere Ausrüstung des Rettungsdienstes, die über die Anforderungen an den Rettungsdienst ohne Berücksichtigung der Einrichtung hinausgeht, erforderlich macht. Die Verantwortung für die Aufgabenerfüllung und die ordnungsgemäße Dokumentation trägt die Eigentümerin oder der Eigentümer, die Betreiberin oder der Betreiber oder die Bauherrin oder der Bauherr.
- (2) Der Werksrettungsdienst ist so auszurichten, dass möglichst alle Einsätze in der Einrichtung bewältigt werden können.

## **Abschnitt 9**

### **Aufsicht, Ordnungswidrigkeiten, Verordnungsermächtigung**

#### **§ 31**

#### **Zuständigkeit und Aufsicht**

- (1) Die Aufsicht über Beauftragte im Sinne des § 7 Absatz 1 obliegt dem jeweiligen Träger des Rettungsdienstes. Die Aufsicht über die Beauftragten nach § 7 Absatz 4 obliegt dem jeweiligen Träger der Luftrettung. Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium übt die Aufsicht darüber aus, dass die Träger des Rettungsdienstes, die Beliehenen und die Träger der Luftrettung die Aufgaben nach diesem Gesetz rechtmäßig erfüllen (Rechtsaufsichtsbehörde). Im Übrigen übt sie die Aufsicht über die Durchführer in der Luftrettung im Land Schleswig-Holstein aus.
- (2) Werden die Vorschriften dieses Gesetzes durch das Handeln oder Unterlassen eines Trägers des Rettungsdienstes verletzt, soll die Rechtsaufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass die Rechtsverletzung binnen einer angemessenen Frist behoben wird.
- (3) Die Rechtsaufsichtsbehörde kann abweichend von § 129 GO, § 68 KrO und § 20 des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit (GkZ) in der Fassung vom 28. Februar 2003 (GVOBl. Schl.-H. S. 122), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 5. Februar 2025 (GVOBl. Schl.-H. 2025/27), in Verbindung mit § 129 GO Maßnahmen im Sinne der §§ 123 und 124 GO und der §§ 62 und 63 KrO im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium treffen. Die Anordnung von Zwangsmaßnahmen nach §§ 125 und 127 GO und den §§ 64 und 66 KrO bleibt dem für Inneres zuständigen Ministerium vorbehalten. Die Rechtsaufsichtsbehörde ist berechtigt, von den Trägern des Rettungsdienstes Informationen zu allen Fragen des Rettungsdienstes anzufordern.
- (4) Zuständig für die Genehmigungserteilung und die Aufsicht über die Unternehmen nach § 19 sowie über den Werksrettungsdienst nach § 30 und die Abwehr von Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen und behördlichen Anordnungen sind die Landrätinnen und Landräte sowie die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte. Sie nehmen diese Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr. Die aufsichtführende Behörde ist befugt, zur Durchführung der Aufsicht und zur Vorbereitung ihrer Entscheidungen die erforderlichen Ermittlungen anzustellen, insbesondere
  1. Geschäftsräume und Einsatzfahrzeuge zu kontrollieren,
  2. Einsicht in Bücher und Geschäftspapiere zu nehmen,
  3. Herausgabe von Unterlagen zu verlangen sowie

4. von der Unternehmerin oder dem Unternehmer und den im Geschäftsbetrieb tätigen Personen Auskunft zu verlangen.
- (5) Zu den genannten Zwecken dürfen die dem Geschäftsbetrieb dienenden Grundstücke und Räume innerhalb der Geschäftszeiten betreten werden. Die Unternehmerin oder der Unternehmer hat der Aufsichtsbehörde alle wesentlichen Veränderungen unverzüglich mitzuteilen.

### **§ 32**

#### **Ordnungswidrigkeiten**

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
  1. entgegen § 1 Absatz 4 Satz 2 Leistungen des Rettungsdienstes anbietet oder durchführt,
  2. entgegen § 19 Absatz 1 Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes durchführt oder
  3. entgegen § 34 Bezeichnungen oder Abkürzungen verwendet.
- (2) Eine Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.
- (3) Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten ist das für das Rettungswesen zuständige Ministerium.

### **§ 33**

#### **Verordnungsermächtigung**

Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu regeln

1. die räumliche und technische Ausstattung der Rettungswachen, der Notarztwachen und der Luftrettungsstandorte,
2. die Ausgestaltung und die Überprüfung der Einhaltung der bedarfsgerechten Vorhaltungsstruktur (§ 8),
3. Näheres zum Datenschutz, der Datenverarbeitung und der Dokumentation im Zusammenhang mit der Durchführung des Rettungsdienstes und dem Qualitätsmanagement nach diesem Gesetz, sowie die Einrichtung und Ausgestaltung einer zentralen Stelle im Sinne datenschutzrechtlicher Verantwortlichkeit,
4. die Konkretisierung der Ausstattung und der Besetzung der Rettungsmittel (§§ 13 und 14),

5. die Ausbildung und die Prüfung zur Rettungssanitäterin und zum Rettungssanitäter, die Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungseinrichtungen für diese Ausbildung,
6. Näheres zur Einsatzdisposition sowie gemeinsam mit dem für das Innere zuständige Ministerium Näheres zur Einrichtung und zum Betrieb der Integrierten Leitstelle, zur Qualifikation der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Integrierten Leitstellen, zur räumlichen und technischen Ausstattung sowie zu datenschutzrechtlichen Vorgaben (§ 23),
7. Näheres zu den Anforderungen an Hygiene und Infektionsschutz sowie den Umgang mit Medizinprodukten (§ 4 Absatz 6 Nummer 3),
8. nähere Anforderungen an die Durchführung der Luftrettung (§ 5) und die Durchführung und Ausgestaltung der zentralen Disposition von Luftrettungsmitteln,
9. Einzelheiten zur Planung für rettungsdienstliche Großschadensereignisse und deren Bewältigung einschließlich Aspekte der Zivilen Verteidigung und des strategischen Patientinnen- und Patiententransports und zur Einsatzleitung Rettungsdienst sowie im Einvernehmen mit dem für die Stäbe und Lagedarstellung des Landes Schleswig-Holstein zuständigen Ministerium Näheres zu Meldewegen bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen sowie
10. gemeinsam mit dem für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung zuständigen Ministerium Näheres zum Betrieb und zur Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises sowie die damit im Zusammenhang stehende Datenverarbeitung und Dokumentation (§ 24).

## **§ 34**

### **Schutz von Bezeichnungen**

Die folgenden Bezeichnungen und Abkürzungen dürfen nicht zur Werbung für Leistungen des Rettungsdienstes, die nach diesem Gesetz unzulässig sind, verwendet werden: „Rettungsdienst“, „Notfallrettung“, „Intensivtransport“, „Krankentransport“, „Rettungsleitstelle“, „Rettungswache“, „Notarztwache“, „Rettungsstandort“, „Notärztin“ oder „Notarzt“, „Telenotärztin“ oder „Telenotarzt“, „Leitende Notärztin“ oder „Leitender Notarzt“, „Organisatorische Leiterin“ oder „Organisatorischer Leiter“, „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“, „Einsatzleitung Rettungsdienst“, „Rettungssanitäter“, „Rettungssanitäterin“, „Notfallsanitäter“, „Notfallsanitäterin“, „Rettungswagen“, „Krankentransportwagen“, „Rettungseinsatzfahrzeug“, „Akuteinsatzfahrzeug“, „Akutkrankentransportwagen“, „Notarzteeinsatzfahrzeug“, „Verlegungsarzteeinsatzfahrzeug“, „Schwerlast-Rettungswagen“, „Rettungstransporthubschrauber“, „Intensivtransportwagen“, „Integrierte Leitstelle“, „Koordinierungsstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte Schleswig-Holstein“ sowie die

Abkürzungen „ÄLRD“, „ELRD“, „NotSan“, „RettSan“, „NEF“, „VEF“, „RTW“, „KTW“, „AKTW“, „RTH“, „REF“, „AEF“, „S-RTW“, „ILS“, „OrgL“, „LNA“, „KOLST“ und „ITW“.

### **§ 35**

#### **Missbrauch und Fehlgebrauch von Notrufeinrichtungen**

Wer die kommunikationstechnischen Einrichtungen der Integrierten Leitstelle nutzt, ohne dass dem ein Hilfeersuchen zu Grunde liegt, oder eine medizinische Hilfenotwendigkeit vorgibt, die nicht gegeben ist, dem können die Kosten eines daraus resultierenden Einsatzes auferlegt werden. Satz 1 gilt auch für Notrufe mittels des automatischen Notrufs (eCall), des Notrufsystems eines Drittanbieters (TP-eCall) sowie automatischer Notrufsysteme in mobilen elektronischen Endgeräten.

### **Abschnitt 10**

#### **Schlussbestimmungen**

### **§ 36**

#### **Übergangsbestimmungen**

- (1) Solange die Bundesrepublik Deutschland dem Land einen Rettungstransporthubschrauber für Zwecke des Zivilschutzes zur Verfügung stellt, der in der Luftrettung eingesetzt wird, ist insoweit der Kreis Ostholstein Träger der Luftrettung und gilt der Luftrettungsstandort Siblin als festgelegt. Sobald die Bundesrepublik Deutschland dem Kreis Ostholstein einen Rettungstransporthubschrauber für Zwecke des Zivilschutzes nicht mehr zur Verfügung stellt, geht die Trägerschaft an das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das für Rettungswesen zuständige Ministerium, über.
- (2) Die Einsatzkategorien nach § 9 sind spätestens mit Inbetriebnahme des einheitlichen Einsatzleitsystems im Rahmen der Einsatzbearbeitung durch die Integrierten Leitstellen anzuwenden. Bis zur Inbetriebnahme des einheitlichen Einsatzleitsystems sind rettungsdienstliche Hilfeersuchen in der Regel innerhalb von 12 Minuten mit einem geeigneten Rettungsmittel zu bedienen.

### **§ 37**

#### **Einschränkung von Grundrechten**

Die Grundrechte der Freiheit der Person und der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) werden nach Maßgabe dieses Gesetzes eingeschränkt.

### **§ 38**

#### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Schleswig-Holsteinische Rettungsdienstgesetz vom 28. März 2017 (GVObI.

Schl.-H. S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. November 2020 (GVOBl. Schl.-H. S. 802), außer Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel,

Daniel Günther  
Ministerpräsident

Prof. Dr. Kerstin von der Decken  
Ministerin für Justiz und Gesundheit

Magdalena Finke  
Ministerin für Inneres, Kommunales,  
Wohnen und Sport

## **Begründung**

### **A. Allgemeine Begründung**

Mit der Novellierung der rettungsdienstgesetzlichen Vorschriften soll das aktuelle Gesetz aus dem Jahr 2017 insgesamt abgelöst werden.

Die Herausforderungen, mit denen das Rettungswesen konfrontiert ist, haben sich seit der Verabschiedung des aktuellen Gesetzes vermehrt, verstärkt und sind heterogener geworden.

Insbesondere der anhaltende demographische Wandel, ein verändertes Anspruchsverhalten der Bevölkerung sowie sich verstärkende Defizite in angrenzenden Versorgungssektoren und in der Verzahnung der Versorgungssektoren untereinander führen zu einer signifikanten Zunahme der Einsatzzahlen und Belastung des Rettungsdienstes mit sektorenfremden Hilfeersuchen. Die Novelle erfolgt auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ziel ist es, den gesetzlichen Rahmen für eine moderne, bedarfsgerechte und zukunftssichere Notfallversorgung zu schaffen.

Die wesentlichen konzeptionellen Veränderungen betreffen die Anpassung der Versorgungsstruktur, die gesetzliche Normierung der Handlungskompetenzen des Rettungsdienstfachpersonals und ärztlichen Personals, die bedarfsgerechte Erweiterung und Anpassung des Rettungsmittelkataloges, einschließlich deren Besetzung und die Schaffung eines Regelrahmens für den Einsatz von Telemedizin. Die Novelle enthält darüber hinaus weitere Anpassungen zur Stärkung der strukturellen Notfallversorgung und der interdisziplinären Zusammenarbeit, wie beispielsweise die Etablierung des vorbeugenden Rettungsdienstes, die Möglichkeit der Beleihung kommunaler Unternehmen, die Stärkung der Rolle der Leitstelle und die stärkere Einbindung von Ersthelfenden.

### **B. Zu den einzelnen Vorschriften**

#### **Zu § 1**

Absatz 1 formuliert die grundlegende Zielsetzung des Gesetzes. Der Rettungsdienst dient der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallversorgung der Bevölkerung. Der Gesetzgeber trägt damit dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz von Leben und Gesundheit Rechnung. Die Formulierung „tragbare Kosten“ stellt klar, dass die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes auch künftig wirtschaftlich gewährleistet sein soll. Zugleich soll das bestehende Niveau der rettungsdienstlichen Versorgung im Land erhalten und weiterentwickelt werden.

Absatz 2 konkretisiert die in Absatz 1 genannten Leistungen und definiert die Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes nach dem Stand von Wissenschaft und Technik. Neben der klassischen Notfallrettung werden auch Intensivtransporte, Krankentransporte sowie die Aufgaben im Rahmen von

Großschadensereignissen ausdrücklich erfasst, um die Gesamtheit des rettungsdienstlichen Aufgabenspektrums abzubilden.

Die in den Nummern 1 bis 3 genannten Vorgaben ergänzen die allgemeine Aufgabenbeschreibung und dienen der rechtsklaren Ausgestaltung der Kompetenzen, der Ausrüstung und der Qualitätssicherung.

Nummer 1 hebt die Bedeutung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen und eines landeseinheitlichen Mindeststandards hervor. Dies dient der Harmonisierung rettungsdienstlicher Maßnahmen und der Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insbesondere in Bezug auf die (Vorab-)Delegation heilkundlicher Maßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG. Die Bezugnahme auf die eigenverantwortlichen Kompetenzen gemäß § 24 NotSanG stellt klar, dass bestehende berufsrechtliche Befugnisse unberührt bleiben. Die Einbindung einer fortlaufenden Qualitätssicherung gewährleistet eine kontinuierliche Aktualität des medizinischen Handelns.

Nummer 2 trägt dem Erfordernis Rechnung, im gesamten Land eine vergleichbare Mindeststandards-Ausstattung sicherzustellen. Die Festlegung medizinischer und pharmakologischer Mindestausrüstung reduziert Versorgungsunterschiede und erhöht die Patientensicherheit.

Nummer 3 ergänzt die Aufgaben durch die Sicherstellung der Fortbildungspflichten des Rettungsdienstfachpersonals und ärztlichen Personals. Regelmäßige Fortbildungen sind ein zentraler Bestandteil qualitätsgesicherter Leistungen und dienen der Anpassung an den medizinischen und technischen Fortschritt.

Absatz 3 stellt klar, dass der Rettungsdienst nicht vorrangig für Hilfeersuchen zuständig ist, die nicht den Leistungen nach Absatz 2 zuzuordnen sind. Damit soll einer Fehlbeanspruchung des Rettungsdienstes entgegengewirkt werden. Die Überleitung in andere Versorgungssektoren, insbesondere hausärztliche, pflegerische oder sozialmedizinische Strukturen, dient der zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und entlastet gleichzeitig den Rettungsdienst.

Zudem stärkt der Absatz die sektorenübergreifende Kooperation. Schnittstellen zu anderen Gesundheitsbereichen sowie präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Notfällen sind wesentliche Bausteine einer modernen, integrierten Notfallversorgung. (Vorbeugender Rettungsdienst)

Absatz 4 betont den staatlichen Charakter des Rettungsdienstes. Die Gewährleistungsverantwortung liegt bei den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung. Dies stellt sicher, dass die Aufgabenerfüllung nicht rein marktwirtschaftlichen Mechanismen überlassen bleibt, sondern nach klar definierten Kriterien erfolgt.

Absatz 5 grenzt den genehmigungspflichtigen Bereich des Krankentransports außerhalb des Rettungsdienstes ab. Die Genehmigungspflicht dient dem Schutz der Patientinnen und Patienten, der Qualitätssicherung sowie der Aufrechterhaltung geordneter Strukturen innerhalb des Rettungsdienstes.

Absatz 6 beschreibt abschließend die Ausnahmen vom Geltungsbereich des Gesetzes. Die aufgeführten Tatbestände betreffen Bereiche, deren Aufgabenstellungen sich inhaltlich von denen des Rettungsdienstes unterscheiden. Die Ausnahmen dienen der Abgrenzung der Zuständigkeiten und vermeiden Überschneidungen sowie Doppelregulierungen. Insbesondere wird klargestellt, dass Beförderungsleistungen im Rahmen von Behindertenbetreuung, Krankenfahrten oder innerklinischen Transporten nicht dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes unterfallen. Gleiches gilt für Maßnahmen des Katastrophenschutzes sowie der Polizei, Bundespolizei und Bundeswehr, da diese eigenen gesetzlichen Vorgaben unterliegen. Die Ausnahme für Leistungen aus anderen Bundesländern berücksichtigt föderale Zuständigkeiten und verhindert eine Überdehnung des Landesrechts.

## **Zu § 2**

§ 2 definiert die zentralen Begriffe des Rettungsdienstes und schafft damit eine einheitliche, rechtssichere Grundlage für die Organisation und Durchführung der präklinischen Notfallversorgung. Die Begriffsbestimmungen orientieren sich am aktuellen Stand von Wissenschaft, Technik und rettungsdienstlicher Fachpraxis und tragen den Entwicklungen der letzten Jahre, insbesondere Digitalisierung, Telenotfallmedizin, Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme und Versorgungscoordination, Rechnung.

Absatz 1 beschreibt die Notfallrettung als den Kernauftrag des Rettungsdienstes. Hervorgehoben werden die präklinische, notfallmedizinische Versorgung, das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung vor Ort sowie der ggf. erforderliche Notfalltransport. Der rettungsdienstliche Notfall wird anhand der medizinischen Dringlichkeit definiert. Die Formulierung „unmittelbare Lebensgefahr oder lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes“ entspricht medizinischen Standards. Durch die zusätzliche Formulierung der „schweren gesundheitlichen Schädigung“ wird klargestellt, dass auch subakute, aber potenziell bedrohliche Lagen erfasst sind.

Absatz 2 konkretisiert die Aufgaben des Notfallmanagements, die in modernen integrierten Leitstellen zunehmend komplexer geworden sind. Neben der Entgegennahme des Hilfeersuchens und der Einsatzdisposition wird die Bedeutung leitstellenbasierter Unterstützung hervorgehoben.

Die Vorschrift stellt klar, dass die Disposition eines geeigneten Rettungsmittels und weiterer einsatzunterstützender Maßnahmen integraler Bestandteil des Notfallmanagements sind. Dies umfasst insbesondere den Einsatz von organisierter Erster Hilfe, also qualifizierten, strukturierten und im Rettungsdienstsystem verankerten Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen, sowie der Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern via digitalem Ersthelferinnen- und ersthelfersystem, die bei zeitkritischen Notfällen, insbesondere bei Herz-

Kreislaufstillständen, durch kurze Eintreffzeiten die Überlebenschancen signifikant erhöhen. Damit trägt das Gesetz dem Stand der Wissenschaft Rechnung, wonach frühzeitige Ersthelferinnen- und Ersthelfermaßnahmen einen maßgeblichen Beitrag zur Verbesserung des Patientenoutcomes leisten

Hervorgehoben wird die Telefonreanimation als Standardinstrument moderner Leitstellenmedizin. Sie ist evidenzbasiert und erhöht nachweislich die Reanimationsquote.

Diese Regelung stellt klar, dass besonders zeitkritische Notfälle die Einbindung ergänzender Ressourcen erforderlich machen können. Die Verknüpfung mit den §§ 27 und 28 verdeutlicht, dass sowohl ehrenamtliche als auch digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme Teil des Gesamtsystems sind.

Absatz 3 definiert die präklinische Versorgung vor Ort nach dem Stand von Wissenschaft und Technik. Er stellt klar, dass Rettungsdienstfachpersonal im Mittelpunkt der Versorgung steht, dass eine Weitergabe in geeignete ambulante Versorgungsangebote möglich ist, sofern medizinisch vertretbar. Letzteres trägt der Versorgungsrealität Rechnung und stärkt die Notfallsteuerung, indem unnötige Klinikeinweisungen vermieden werden können.

Der in Absatz 4 beschriebene Notfalltransport umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in eine der nächstgelegenen, verfügbaren und medizinisch geeigneten Behandlungseinrichtungen. Die Möglichkeit einer Notfallzuweisung sowie einer begründeten Sonderzuweisung bleibt hiervon unberührt. Weitere Anforderungen und Verfahrensregelungen zur Sonderzuweisung ergeben sich aus dem Landeskrankenhausgesetz Schleswig-Holstein. Der Notfalltransport umfasst auch die aus zwingenden medizinischen Gründen zur Abwendung von unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderliche Verlegung in eine andere Behandlungseinrichtung sowie die notfallmedizinische Versorgung während des Transports. Die Bewertung, wonach eine Behandlungseinrichtung nächstgelegen ist, orientiert sich dabei an der zeitlichen Erreichbarkeit der Einrichtung durch das Rettungsmittel und nicht durch die bloße geografische Entfernung. Behandlungseinrichtungen im Sinne dieser Norm sind alle Behandlungseinrichtungen, die eine medizinische Versorgung vornehmen und geeignet sind, den individuellen Gesundheitszustand erstzuversorgen oder zu behandeln.

Im Absatz 5 wird der Krankentransport als Transport von Patientinnen Patienten außerhalb der Notfallrettung definiert, die dennoch eine fachgerechte medizinische Betreuung oder spezielle Ausstattung benötigen. Dies richtet sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie/KT-RL). Die Definition entspricht bundesweit üblichen Standards und grenzt klar gegenüber der Notfallrettung ab.

Im Absatz 6 wird der Begriff des Sekundärtransports differenziert gefasst. Die Definition trägt dem Umstand Rechnung, dass Sekundärtransporte je nach medizinischer Lage ein Krankentransport, ein Notfalltransport oder ein Intensivtransport sein können. Entscheidend ist der konkrete Einzelfall. Die

Regelung schafft Rechtssicherheit und berücksichtigt die Vielfalt aktueller Transportrealitäten, insbesondere bei spezialisierten Zentren.

Absatz 7 definiert den Intensivtransport als spezialisierten Transport unter intensivmedizinischen Bedingungen mit entsprechend ausgerüsteten Rettungsmitteln.

Im Absatz 8 orientiert sich der Begriff des rettungsdienstlichen Großschadensereignisses an den etablierten Strukturen des Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten (MANVE). Die Vorschrift begründet die Notwendigkeit überörtlicher Koordination, die mögliche quantitative Überforderung der regulären Rettungsmittel und die Notwendigkeit besonderer Führungs- und Organisationsstrukturen.

Absatz 9 erläutert, dass Rettungsdienstfachpersonal alle im operativen Rettungsdienst eingesetzten Berufsqualifikationen einschließlich des Leitstellenpersonals mit Ausnahme der (Tele-) Notärztinnen und (Tele-) Notärzte umfasst. Dazu zählen insbesondere Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sowie Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitäter.

Diese weit gefasste Definition gewährleistet Flexibilität und Rechtsklarheit für alle Einsatzformen und Qualifikationswege.

Die Definition im Absatz 10 schafft einheitliche Kriterien für den Einsatz erfahrener Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitäter, die bestimmte Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen können. Durch die Kombination aus abgeschlossener Ausbildung und definierter Einsatzerfahrung wird ein Mindestqualitätsniveau gewährleistet.

Absatz 11 stellt klar, dass Integrierte Leitstellen sowohl rettungsdienstliche als auch feuerwehrtechnische Leitstellenaufgaben wahrnehmen. Dies entspricht der in vielen Ländern etablierten Struktur und fördert effiziente Zusammenarbeit.

Absatz 12 definiert das standardisierte Notrufabfrageprotokoll als digital gestütztes algorithmus- und regelbasiertes Werkzeug zur qualitätsgesicherten Notruf- und Einsatzbearbeitung. Die Regelung verbessert die Einheitlichkeit und Reproduzierbarkeit des Notfallmanagements.

### **Zu § 3**

Absatz 1 legt fest, dass die Kreise und kreisfreien Städte die Träger des Rettungsdienstes für ihren jeweiligen Rettungsdienstbereich sind. Die Einordnung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe stellt sicher, dass die Aufgabenerfüllung im eigenen Verantwortungsbereich erfolgt, gleichzeitig aber der staatlich vorgegebenen Verpflichtung zur Sicherstellung einer leistungsfähigen rettungsdienstlichen Versorgung unterliegt. Diese Kombination gewährleistet sowohl kommunale Gestaltungsspielräume als auch eine landesweit einheitliche Mindestqualität der rettungsdienstlichen Versorgung.

Absatz 2 bestimmt das Land als Träger der Luftrettung. Dies trägt der besonderen Bedeutung und den überregionalen Strukturen der Luftrettung Rechnung, die eine landesweite Koordination erfordern.

Absatz 3 schafft für die Träger des Rettungsdienstes ein breites organisatorisches Instrumentarium. Sie können trägerschaftliche Aufgaben auf einen anderen Träger übertragen, einen neuen Träger errichten oder eine Gesellschaft nach § 101 GO i. V. m. § 57 KrO mit diesen Aufgaben betrauen, sofern die Voraussetzungen des § 102 GO erfüllt sind. Dies ermöglicht flexible Organisationsformen und interkommunale Kooperationen. Die Kreise und kreisfreien Städte tragen die Verantwortung für den bodengebundenen Rettungsdienst und konnten bislang vor allem Durchführer beauftragen oder eigene öffentlich-rechtliche Träger schaffen. Kommunale Unternehmen werden bereits genutzt, stoßen jedoch ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage bei trägerschaftlichen Aufgaben an rechtliche Grenzen. In der Praxis übernehmen kommunale gGmbHs zunehmend Aufgaben, die über die reine Durchführung hinausgehen, sodass die Beleihung als Handlungsform an Bedeutung gewinnt. Die Beleihung unterscheidet sich von privatrechtlicher Aufgabenübertragung, da der Beliehene im zugewiesenen Bereich hoheitlich handelt und an Recht, Gesetz und Grundrechte gebunden bleibt. Eine solche Übertragung ist verfassungsrechtlich zulässig, wenn Gesetzesvorbehalt, staatliche Aufsicht und Verhältnismäßigkeit gewahrt sind (Art. 33 Abs. 4 GG; § 24 LVwG SH). Das SHRDG enthält bisher keine ausdrückliche Ermächtigung zur Beleihung trägerschaftlicher Aufgaben. Erfahrungen aus der Luftrettung zeigen jedoch, dass eine Übertragung weitreichender Aufgaben auf private oder kommunale Unternehmen funktional möglich ist, sofern die staatliche Aufsicht gesichert bleibt. Befürchtungen hinsichtlich Informationsverlusten oder mangelnder Einheitlichkeit haben sich nicht bestätigt. Da die Beleihung in vielen Bereichen, auch im Gesundheitswesen, etabliert ist und die Träger zunehmend vor organisatorischen und wirtschaftlichen Herausforderungen stehen, ist eine klare gesetzliche Grundlage zur Beleihung kommunaler Unternehmen sachgerecht.

Absatz 3 letzter Halbsatz schließt die Beleihung mit Aufgaben aus dem Bereich der Integrierten Leitstellen ausdrücklich aus. Die Erforderlichkeit ergibt sich bereits aus der etablierten Struktur der Integrierten Leitstellen. Die Trennung der Leitstellenstruktur in hoheitliche und private Aufgabenbereiche widerspricht der notwendigen funktionalen Einheit der Gefahrenabwehr von Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Bei den Integrierten Leitstellen könnte eine Teil-Beleihung des Rettungsdienstes zu unauflösbaren Kompetenzkonflikten und technischen Schnittstellenproblemen führen. Eine effektive Disposition aus einer Hand ist nur gewährleistet, wenn die Leitstelle als unteilbare Einheit in unmittelbarer öffentlicher Hand verbleibt. Darüber hinaus nehmen die Integrierten Leitstellen bedeutende und übergeordnet koordinierende Aufgaben im Bereich der Krisenbewältigung und Stabsarbeit wahr. Sie bilden das operative Rückgrat der kommunalen Sicherheitsarchitektur. Sie sind nicht bloße Vermittlungsstellen, sondern zentrale Knotenpunkte für die Krisen- und Stabsarbeit der unteren Katastrophenschutzbehörden. Um im Ereignisfall eine lückenlose Befehlskette und die unmittelbare Zugriffsmöglichkeit der Kreise und kreisfreien Städte auf die personellen und infrastrukturellen Ressourcen zu sichern, ist eine private Trägerschaft im Wege der Beleihung mit dem staatlichen Schutzauftrag an dieser Stelle unvereinbar.

Absatz 4 regelt, dass bei der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ein öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis entsteht. Dies dient der rechtlichen Einordnung der Leistungen und bildet die Grundlage für die

Leistungsbeziehungen und Verantwortlichkeiten. Die Regelung umfasst sowohl den bodengebundenen Rettungsdienst als auch die Luftrettung. Kosten oder Gebühren sollen auch mit einem Dritten abgerechnet werden können, der die Vorhaltung von Rettungsmitteln, Rettungsfachpersonal oder ärztlichem Personal beansprucht, auch wenn eine rettungsdienstliche Leistung nach diesem Gesetz nicht vorgenommen wird. Dies bezieht sich in der Regel auf präventive Bereitstellungen im Rahmen besonderer Ereignisse.

Absatz 5 ermöglicht den Trägern des Rettungsdienstes, mit angrenzenden Trägern in anderen Bundesländern öffentlich-rechtliche Vereinbarungen zu schließen. Diese Möglichkeit trägt der praktischen Notwendigkeit Rechnung, dass Notfallversorgung und Rettungsdienststrukturen oftmals nicht an Landesgrenzen haltmachen. Die Regelung schafft die rechtliche Grundlage für grenzüberschreitende Zusammenarbeit, abgestimmte Vorhaltung und gegenseitige Unterstützung, wodurch Versorgungslücken vermieden und Effizienzpotenziale genutzt werden können. § 21 GkZ gilt entsprechend.

#### **Zu § 4**

Im Absatz 1 wird festgelegt, dass die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung den Rettungsdienst bedarfsgerecht, flächendeckend und gleichmäßig nach dem Stand der Wissenschaft und Technik sowie wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen haben.

In Absatz 1 Nummer 3 wird dem Träger des Rettungsdienstes die veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung auferlegt. Die veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung betrifft insbesondere die Absicherung großer bis sehr großer Veranstaltungen, bei denen aufgrund hoher Personendichte, besonderer Rahmenbedingungen und dynamischer Lageentwicklungen ein erhöhtes Risiko für Einsatzspitzen und komplexe Einsatzlagen besteht. Die für die Erlaubnis einer Veranstaltung zuständige Behörde hat in Absprache mit dem Träger des Rettungsdienstes die Anforderungen an den Sanitätsdienst mit den Planungen des Trägers des Rettungsdienstes abzustimmen. Werden im Rahmen des Sanitätsdienstes Rettungsmittel vorgehalten, die den Anforderungen dieses Gesetzes entsprechen, kann eine Beförderung von Patientinnen und Patienten in die nächstgelegene, verfügbare und medizinisch geeignete Behandlungseinrichtung erfolgen. Die sanitätsdienstliche personelle Gestellung erfolgt in der Regel durch eine Organisation, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Veranstalterin oder dem Veranstalter geschlossen hat.

Im Absatz 2 wird festgelegt, dass die Träger des Rettungsdienstes von einer telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung Gebrauch machen können. Wird diese genutzt, ist sie nach landeseinheitlichen Standards einzusetzen, um eine gleichmäßige und qualitätsgesicherte Anwendung innerhalb des Landes zu gewährleisten. Aspekte der Interoperabilität der Systeme sollen berücksichtigt werden.

Gemäß Absatz 3 sind bei der Aufgabenwahrnehmung Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung auszuschöpfen. Die Träger unterstützen sich gegenseitig im Bedarfsfall, auch bei Ersuchen aus anderen Ländern. Dies gilt ebenfalls für Organisations- und Kommunikationsstrukturen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit.

§ 21 ZSKG gibt den Rahmen vor, in dem sich die zuständigen Akteure sowie die Leistungserbringer in der alltäglichen Gesundheitsversorgung auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall vorbereiten sollen und regelt die Zusammenarbeit. In § 4 Absatz 4 SHRDG wird nunmehr nach Landesrecht bestimmt, dass die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung zuständige Landesbehörden im Sinne dieser Norm und im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung des SHRDG sind. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung werden dadurch in die Lage versetzt, Planungen vornehmen zu können, die die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der Zivilen Verteidigung sicher stellt. Durch vorausschauende Planung und dessen Beübung werden sich zusätzliche Bedarfe an Personal an Material ableiten lassen. Insbesondere wird dabei die strategische Patientinnen- und Patientenverlegung zu berücksichtigen sein sowie möglicherweise damit im Zusammenhang stehende chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahren.

Im Absatz 5 wird geregelt, dass für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen sind. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser sowie früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten fest. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer Besetzung rettungsdienststrägerübergreifend von den jeweils vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.

Nach Absatz 6 Nummer 1 zählt es zu den Aufgaben des Rettungsdienstes Angehörige oder Bezugspersonen einer Patientin bzw. eines Patienten zu informieren. Damit ist der Rettungsdienst unter Beachtung gleich- und höherrangiger datenschutzrechtlicher Vorschriften – zur Unterrichtung von Angehörigen und Bezugspersonen – gesetzlich verpflichtet. Das begründet die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6 Absatz 1 lit. c. Für besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 Absatz 1 DSGVO wie Gesundheits- und medizinische Daten gelten besondere Voraussetzung (Art. 9 Absatz 2 bis 4 DSGVO).

Zur Sicherstellung einer rechtmäßigen Weitergabe personenbezogener Daten wird empfohlen, das Näheverhältnis der Anruferin beziehungsweise des Anrufers zur Patientin beziehungsweise zum Patienten durch beispielsweise Fragen nach Namen, Vornamen und Geburtsdatum des Patienten beziehungsweise der Patientin zu verifizieren. Ist dies glaubhaft gemacht, darf die Anruferin beziehungsweise der Anrufer über die Behandlungseinrichtung, in die die Patientin beziehungsweise der Patient transportiert wurde informiert werden. Weitergehende Maßnahmen sind dann durch die jeweilige Behandlungseinrichtung vorzunehmen.

Nach Absatz 7 ist der vorbeugende Rettungsdienst künftig eine Aufgabe der Träger des Rettungsdienstes. Ziel der Einführung eines vorbeugenden Rettungsdienstes ist es, bestehende Versorgungslücken zwischen der rettungsdienstlichen Akut- und Notfallversorgung sowie insbesondere den Angeboten

des Sozial- und Pflegesystems zu schließen. Durch die Etablierung vorbeugender Strukturen soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung hilfebedürftiger Personen gewährleistet und zugleich eine nachhaltige Entlastung der bestehenden rettungsdienstlichen Notfallstrukturen erreicht werden. Hierzu ist durch den Träger des Rettungsdienstes für den jeweiligen Rettungsdienstbereich ein sektorenübergreifendes Schnittstellen- und Kooperationsmanagement zu implementieren. Dieses hat insbesondere die systematische Abstimmung, Koordination und Steuerung zwischen dem Rettungsdienst und den relevanten Akteuren der sozialen und pflegerischen Versorgung sicherzustellen.

Im Absatz 8 wird festgelegt, dass die Einsätze des Rettungsdienstes und der Luftrettung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und zu speichern sind. Die Sprach- und Textkommunikation der Integrierten Leitstelle ist elektronisch zu speichern.

Im Absatz 9 wird bestimmt, dass zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 verarbeitet werden dürfen. § 12 des Landesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend.

#### **Zu § 5**

Im Absatz 1 wird bestimmt, dass die Luftrettung in der Notfallrettung auf Grundlage des landesweit einheitlichen Notarztindikationskataloges nach § 16 erfolgt. Darüber hinaus kann die Luftrettung auch dann eingesetzt werden, wenn sie für die Einsatzbewältigung, zum Beispiel bei Einsätzen auf den Inseln und Halligen, besonders geeignet oder notwendig ist. Damit wird sichergestellt, dass sowohl medizinische Dringlichkeit als auch operative Erfordernisse angemessen berücksichtigt werden. Die Luftrettung ergänzt den bodengebundenen Rettungsdienst, ersetzt jedoch nicht die Versorgung durch Notärztinnen und Notärzte am Boden.

Im Absatz 2 wird geregelt, dass die Beauftragung nach § 7 Absatz 4 als Dienstleistungskonzession erfolgen kann. In diesem Fall

1. tragen die Beauftragten abweichend von § 10 Absatz 1 die auftragsgemäßen Kosten und
2. vereinbaren die Beauftragten gemäß § 11 die Benutzungsentgelte.

#### **Zu § 6**

Im Absatz 1 wird klargestellt, dass die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung verpflichtet sind, in allen wesentlichen Angelegenheiten der rettungsdienstlichen Versorgung zusammenzuarbeiten und Informationen auszutauschen. Dies betrifft insbesondere solche Bereiche, die nach diesem Gesetz landesweit einheitlich ausgestaltet werden. Die Regelung dient der Sicherstellung einer koordinierteren, effizienteren und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung. Sie soll Doppelstrukturen vermeiden,

Abstimmungsprozesse vereinfachen und die flächendeckende Versorgung sowohl in Routineeinsätzen als auch bei Großschadensereignissen verbessern.

Im Absatz 2 wird die Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit verankert. Die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung sollen ihre Mitwirkung im Gesundheitsversorgungsrat sicherstellen. In diesem Rahmen können insbesondere regionale Durchführer oder andere an der rettungsdienstlichen Versorgung beteiligten Akteure mit einbezogen werden. Damit wird gewährleistet, dass rettungsdienstliche Interessen in die übergreifende Versorgungsplanung des Landes eingebunden werden. Das Landeskrankenhausgesetz regelt die näheren Modalitäten. Diese Vorschrift unterstützt die Vernetzung zwischen Rettungsdienst, ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und fördert die sektorenübergreifende Steuerung von Ressourcen.

### **Zu § 7**

In § 7 Absatz 1 wird, inhaltlich im Wesentlichen unverändert, die Möglichkeit eröffnet, dass der Träger des Rettungsdienstes Dritte mit der Erfüllung der operativen Aufgaben des Rettungsdienstes beauftragen kann. Beibehalten wird dabei die besondere Stellung gemeinnütziger Organisationen und Vereinigungen, die im Sinne des § 107 Absatz 1 Nr. 4 GWB sowie nach § 52 AO als gemeinnützig anerkannt sind. Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die Abgabenordnung wird die Gemeinnützigkeit weiterhin klar und rechtssicher bestimmt. Damit wird die gewachsene Struktur der Leistungserbringung im Rettungsdienst erhalten, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit zur Öffnung in Richtung weiterer Leistungserbringer belassen.

Der Absatz 2 beschreibt die Vorgabe, dass die Beauftragung durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag als Dienstleistungsauftrag zu erfolgen hat. Damit wird sichergestellt, dass die vertraglichen Beziehungen zwischen den Trägern und den Leistungserbringern auf einer klar geregelten öffentlich-rechtlichen Grundlage beruhen, die Transparenz und Rechtssicherheit gewährleistet.

Der Absatz 3 stellt klar, dass bei der Beauftragung auch Kriterien berücksichtigt werden sollen, die die Bewältigung von Großschadensereignissen betreffen. Damit wird die besondere Bedeutung der Katastrophenvorsorge und -bewältigung unterstrichen. Neu ist, dass diese Vorgabe nicht nur als Hinweis, sondern ausdrücklich als Kriterium für die Auswahl von Leistungserbringern hervorgehoben wird. Dadurch wird die Resilienz des Rettungsdienstsystems im Katastrophen- und Großschadensfall gestärkt.

Der Absatz 4 regelt die Beauftragung im Bereich der Luftrettung. Das Land ist verpflichtet, öffentlich-rechtliche Verträge über die operative Erfüllung der Aufgaben der Luftrettung abzuschließen. Neu gegenüber dem alten Recht ist die klarere Abgrenzung der Zuständigkeit des Kreises Ostholstein: Dieser kann im Zeitraum, in dem ihm von der Bundesrepublik Deutschland ein Zivilschutzhubschrauber für Zwecke des Zivil- und Katastrophenschutzes zur Verfügung gestellt wird, eigenständig öffentlich-rechtliche Verträge für den Standort Siblingen abschließen. Damit wird der Sonderstatus dieses Standortes gesetzlich präzisiert und zugleich eine flexible Anpassung an die bundesrechtlich geprägte Aufgabenstellung ermöglicht.

Der Absatz 5 stellt klar, dass die Aufgabenverantwortung der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung durch die Beauftragung Dritter unberührt bleibt. Damit wird betont, dass die Beauftragung zwar operative Aufgaben auf Dritte überträgt, die rechtliche Gesamtverantwortung für die Erfüllung der rettungsdienstlichen Aufgaben jedoch weiterhin bei den Aufgabenträgern liegt. Diese Klarstellung stärkt die Aufsichtsfunktion der Träger und sichert die Verantwortungskette im Rettungsdienst.

### **Zu § 8**

Ziel des § 8 ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen präklinischen Notfallversorgung im gesamten Landesgebiet. Die Vorschrift definiert hierfür ein planerisches Zielmaß, das als strukturbezogener Orientierungswert für die Bemessung und Stationierung der Rettungsmittel dient. Damit wird klargestellt, dass es sich nicht um eine im Einzelfall einzuhaltende Rechtsverpflichtung bezüglich der Eintreffzeit handelt, sondern um die Grundlage für eine leistungsfähige Vorhaltungsstruktur in der Gesamtheit aller Einsätze. Leitgröße für die Planung der Vorhaltungsstruktur ist der Rettungswagen. Das trägt auch dem Umstand Rechnung, dass im Kontext der künftigen Einsatzkategorisierung weiterhin vorgesehen ist, dass im dringlichsten Fall innerhalb von höchstens zwölf Minuten nach Alarmierung ein Rettungswagen zur Verfügung stehen soll. Dieses Maß dient explizit der Simulation und Bewertung von Standorten und Vorhaltezeiten. Der Alarmierung gehen die Reaktionszeit (Annahme des Notrufs) und die Erstbearbeitungszeit (Abfrage und Disposition) voraus. Während die Reaktionszeit primär von der technischen und personellen Ausstattung der Leitstellen abhängt, wird die Erstbearbeitung durch externe Faktoren wie Sprachbarrieren oder unklare Ortsangaben beeinflusst. Im Gegensatz dazu wird die Vorhaltungsstruktur wesentlich durch die räumliche Struktur des Versorgungsgebietes sowie die Verfügbarkeit der Einsatzmittel bestimmt, was sie zu einer verlässlichen Planungsgrundlage macht. Bereits während der Erstbearbeitung können durch die Integrierte Leitstelle unterstützende Maßnahmen eingeleitet werden, wie beispielsweise digitale Ersthelferinnen und Ersthelfersysteme, organisierte Erste Hilfe sowie die telefonische Anleitungen zur Ersten Hilfe oder zur Reanimation.

Absatz 2 enthält eine Ausnahmebestimmung für Einsatzorte, die geografisch erschwert zugänglich sind. Das kann unter bestimmten Voraussetzungen insbesondere bei Inseln und Halligen der Fall sein. In diesen Fällen ist die Zwölf-Minuten-Marke als planerisches Ziel regelmäßig nicht realisierbar. Die Vorschrift verlangt stattdessen, unter Berücksichtigung aller Umstände, eine alsbald mögliche, auf das Hilfeersuchen abgestimmte regelhafte rettungsdienstliche Versorgung sicherzustellen.

Absatz 3 regelt die Zuständigkeit für die Festlegung der luftgebundenen Vorhaltungsstruktur. Diese obliegt dem Land, das hierbei im Benehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern handelt. Die Luftrettung ist als ergänzendes, überregionales Element in das System der Notfallversorgung eingebunden und bedarf daher einer überörtlich abgestimmten Steuerung.

## Zu § 9

Mit § 9 wird erstmals die Einführung der sogenannten rettungsdienstlichen Einsatzkategorien normiert. Gemeinsam mit der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur markieren die rettungsdienstlichen Einsatzkategorien eine Abkehr von der bisherigen Hilfsfrist. So gilt die Zwölf-Minuten-Marke nicht mehr grundsätzlich für alle Einsätze. Dies führt dazu, dass Hilfeersuchen bedarfsgerecht und nach ihrer Dringlichkeit versorgt werden. So können knappe personelle und materielle Mittel ressourcenschonend im Rettungsdienst eingesetzt werden, ohne dabei die Versorgung der Bevölkerung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden im Rettungsdienst zu gefährden.

Absatz 1 regelt, dass die Reaktion auf ein Hilfeersuchen sich nach der konkreten rettungsdienstlichen Einsatzkategorie richtet.

In Absatz 2 wird definiert, dass Einsatzkategorien solche sind, aus denen sowohl die Reaktionszeit als auch das bedarfsgerechte Rettungsmittel resultiert. Die Kategorisierung des individuellen Hilfeersuchens erfolgt mithilfe des standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Die Vorgaben über die Reaktionszeit berücksichtigen die Anrufannahme- und Bearbeitungszeit in der Leitstelle und die Zeit zwischen Alarmierung und Eintreffen des Rettungsmittels bzw. der Ersthelferinnen und Ersthelfer und der organisierten Ersten Hilfe am Einsatzort. Die Berücksichtigung der Transportzeit in die Behandlungseinrichtung ermöglicht die Einbindung der Prähospitalzeit in die Kategorisierung. Bei der Erstellung der Einsatzkategorien sollen auch besondere gesundheitliche belange von Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, wie zum Beispiel im Rahmen der Geburtshilfe. Es ist durch die Träger des Rettungsdienstes zu prüfen, inwiefern auch sektorenübergreifende Angebote im Rahmen der Einsatzkategorisierung sinnvoll implementiert werden können.

Die Einsatzkategorien sind gemäß Absatz 3 durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung im Benehmen mit den Kostenträgern und nach aktuellem Stand der Wissenschaft zu erstellen. Sie werden alle vierundzwanzig Monate evaluiert.

## Zu § 10

Wie bisher tragen die kommunalen Aufgabenträger die Kosten der Aufgabenerfüllung. Für die Luftrettung sind die Luftrettungsträger Kostenträger. Die Kosten werden durch die Aufgabenstellung und -wahrnehmung bestimmt. Zur Klarstellung wird an dieser Stelle auf die für die Aufgabenträger geltenden haushaltsrechtlichen Regelungen hingewiesen und somit die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Schleswig-Holstein vom 15. Juli 2008 (4 LB 13/07) abgebildet.

Absatz 2 stellt anders als bisher auf alle der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten ab und berücksichtigt dabei etwaige Änderungen in der Finanzierungssystematik durch die Notfallreform des Bundes. Damit wird auf eine abschließende Aufzählung verzichtet und Flexibilität geschaffen. Ausdrücklich zu den Kosten des Rettungsdienstes gehören die Kosten die für die Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zwingend erforderlich und üblich sind und darüber hinaus dem Stand von

Wissenschaft und Technik entsprechen. Als Kosten im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die Aufwendungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sämtlichen Personals, sofern diese unter Beachtung der Grundsätze der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen und zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages notwendig sind. Dazu gehören auch die Kosten für Fehlfahrten und Fehleinsätze, da sie zur Sicherstellung der gesetzlichen Vorgaben betreffend die Vorhaltungsstruktur zwingend mitgedacht werden müssen. Mit § 133 SGB V wird das Recht auf Versorgung mit Rettungsdiensten eröffnet. Dieses wird geprägt durch die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder für die Sicherstellung, Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes auf der einen und die bundesrechtliche Verpflichtung der Kostenträger zur entsprechenden Versorgung der Versicherten auf der anderen Seite. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V bleibt hiervon unberührt.

Absatz 3 stellt klar, dass Kosten, die dadurch entstehen, dass rettungsdienstliche Einrichtungen, deren Personal oder Material zugleich für Aufgaben des Katastrophenschutzes oder des Brandschutzes vorgehalten werden, nicht in die Berechnung der Benutzungsentgelte einfließen dürfen.

Absatz 4 schafft die rechtliche Grundlage für das Land, im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel, Zuwendungen zu gewähren. Dadurch soll vor allem die Möglichkeit eröffnet werden, innovative Ansätze im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung finanziell zu unterstützen, sofern sie auch von überregionaler Bedeutung sein können.

### **Zu § 11**

Wie bisher werden Benutzungsentgelte zwischen dem kommunalen Rettungsdienstträger und den Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vereinbart. Dieses Verfahren wird bereits bundesgesetzlich durch § 211a SGB V antizipiert. Wie bisher wird weiterhin am bewährten Kostendeckungsprinzip festgehalten.

In Absatz 5 wird eine Regelung über die Bearbeitungsfrist vorgenommen. Sollten gesetzlich festgelegte Termine auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzliche Feiertage fallen, gilt gemäß § 87 Abs. 1 LVwG § 193 BGB entsprechend. Fällt also der gesetzlich festgelegte Termin auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

Die Rechtsgrundlage dafür, dass Entgeltverhandlungen im Bereich Rettungsdienst durch Landesrecht geregelt werden können, findet sich in § 133 Abs. 1 SGB V. Dort ist ausdrücklich bestimmt, dass die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden können; nur soweit solche Regelungen nicht bestehen, sind die Krankenkassen bzw. deren Verbände zur vertraglichen Vergütungsvereinbarung befugt.

Die sozialrechtliche Vergütungsvereinbarungskompetenz nach § 133 SGB V ist subsidiär gegenüber landesrechtlichen Vorschriften, weil die Gesetzgebungskompetenz für den Rettungsdienst beim Land liegt.

Das umfasst auch die landesrechtliche Regelungskompetenz für die Festlegung von Fristen für die Entgeltverhandlungen im Bereich Rettungsdienst. Dazu zählen auch Verfahrensmodalitäten wie Fristen.

### **Zu § 12**

Die gesetzlichen Regelungen zur Schiedsstelle und zum Schiedsverfahren werden dem Grunde nach fortgeführt. Zukünftig wird die Schiedsstelle anlassbezogen und je nach zu entscheidendem Sachverhalt von den streitgegenständlichen Parteien, also neben den Kostenträgern mit Vertretern des bodengebundenen Rettungsdienstes oder der Luftrettung zu besetzen sein.

### **Zu § 13**

Die in Absatz 1 aufgeführten Fahrzeuge stellen die Standardrettungsmittel des öffentlichen Rettungsdienstes dar. Ihre Differenzierung nach Fahrzeugtypen und Aufgaben entspricht dem heutigen Stand der Versorgung und dient der Klarheit in der Vorhaltungs- und Einsatzplanung. Diese Klassifikation schafft technisch und medizinisch belastbare Standards und erleichtert die Steuerung in Leitstellen, die Planung der Vorhaltung und die Qualitätssicherung:

- NEF (Notarzteinsatzfahrzeuge): Erfüllen die Anforderungen der DIN 75079 und gewährleisten eine medizinisch adäquate Versorgung durch notärztliches Personal vor Ort.
- RTW (Rettungswagen): Entsprechen der DIN EN 1789 Typ C und sind für die Notfallversorgung und den Transport von Notfallpatienten ausgelegt.
- KTW (Krankentransportwagen): DIN EN 1789 Typ A1 oder A2 – für den qualifizierten, aber nicht notfallbezogenen Patiententransport. Ob ein KTW Typ A1 oder ein KTW Typ A2 für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist, bedarf der Begründung und Verhandlung durch den jeweiligen Rettungsdienststräger. Es ist nicht auszuschließen, dass regionale Unterschiede auch die Ingebrauchnahme unterschiedlicher Fahrzeugtypen rechtfertigen können.
- AKTW (Akutkrankentransportwagen): Nach DIN EN 1789 Typ C – für minder dringliche, aber medizinisch betreuungsbedürftige Transporte geeignet.
- REF (Rettungseinsatzfahrzeuge): Dienen insbesondere der Verkürzung des therapiefreien Intervalls. Ein REF ist so ausgestattet, dass es für die Anforderungen des Aufgabenbereiches geeignet ist.
- AEF (Akuteinsatzfahrzeuge): Dienen insbesondere der Versorgung von subakuten Hilfeersuchen vor Ort, die nicht zwangsläufig den medizinisch notwendigen Transport in eine Behandlungseinrichtung erfordern.

Die Vorhaltung der Rettungsmittel nach den Absätzen 1 bis 4 erfolgt nach Maßgabe des festgestellten Bedarfs.

Der Absatz 2 berücksichtigt die Dynamik von privaten Regelwerken (DIN).

Im Absatz 3 werden die Sonderrettungsmittel genannt, die spezialisierte Einsatzszenarien abdecken, die über die Regelversorgung hinausgehen. Die Regelung schafft die Grundlage, um diese hochdifferenzierten Versorgungsbedarfe strukturell zu berücksichtigen, insbesondere im Rahmen der landesweiten Bedarfsplanung:

- VEF (Verlegungsarzteeinsatzfahrzeug): Unterstützen Sekundärtransporte durch Zubringen von Verlegungsärztinnen oder -ärzten, oft zwischen Maximalversorgern oder auf Anforderung bei spezialisierten Verlegungen. Sie sind so ausgestattet, dass sie für die Anforderungen des Aufgabenbereiches geeignet sind.
- ITW (Intensivtransportwagen): Entsprechend der DIN 75076 – Hochspezialisierte Fahrzeuge mit intensivmedizinischer Ausstattung zur Betreuung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten während des Transports.
- RTW für adipöse Patientinnen oder Patienten: Berücksichtigen die besonderen Anforderungen an Technik, Sicherheit und Personal.
- Rettungsmittel für früh- oder reifgeborene Patientinnen oder Patienten: Speziell ausgestattet für die Versorgung von Kindern und Neugeborenen mit entsprechender Medizintechnik und Personalbedarf.

Im Absatz 4 wird der Rettungstransporthubschrauber (RTH) als einziges Luftrettungsmittel im Gesetz definiert.

Der Einsatz von Ein-Personen-Rettungsmitteln (z. B. REF und AEF) ist mit Blick auf die Sicherheit der Mitarbeitenden sowie der Patientinnen und Patienten verantwortbar. Dies wurde im Rahmen der Projektgenehmigungen des REF sowie des AEF und deren Übergang in den Regelbetrieb umfassend und abschließend durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium bewertet. Hinsichtlich der Arbeitssicherheit und des Schutzes der Mitarbeitenden ist festzustellen, dass mit der Einfachbesetzung spezifische Risiken verbunden sein können (z. B. fehlende unmittelbare Hilfe bei Eigenunfällen oder erhöhte Vulnerabilität in potenziell konflikthafter Einsatzsituationen). Diese Risiken sind jedoch nicht grundsätzlich höher zu bewerten als in anderen vergleichbaren Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise im fahrenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder im ambulanten Pflegedienst, die seit Jahren unter ähnlichen Rahmenbedingungen tätig sind, ohne dass hieraus systematisch relevante Beanstandungen resultieren. Ergänzend können technische Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Notrufsysteme, Personen-Notsignalanlagen, telemedizinische Anbindung oder Ambient-Assisted-Living-Systeme an Standorten) die Sicherheit der Mitarbeitenden weiter erhöhen.

## **Zu § 14**

§ 14 regelt erstmals umfassend die personelle Mindestbesetzung der im Rettungsdienst eingesetzten Rettungsmittel. Ziel ist es, die qualitative Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung unter Berücksichtigung medizinischer, einsatztaktischer und ausbildungsbezogener Erfordernisse verbindlich festzulegen. Dabei wird die unterschiedliche Qualifikation und Funktion des

eingesetzten Personals entsprechend dem jeweiligen Rettungsmitteltyp differenziert berücksichtigt.

Absatz 1 legt die personelle Mindestbesetzung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) fest. Diese müssen in der Regel mit einer Notärztin oder einem Notarzt sowie einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter besetzt sein. Mit dieser Regelung wird dem besonderen Charakter des arztbegleiteten Notfalleinsatzes Rechnung getragen, bei dem eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Personal und Rettungsdienstfachpersonal erforderlich ist. Ausnahmsweise können Rettungssanitäterinnen mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, die für diesen Einsatz fortgebildet und auf das Fahrzeug angewiesen sind anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters, eingesetzt werden.

Absatz 2 normiert die Besetzung von Rettungswagen (RTW) mit zwei Personen, von denen eine über die Qualifikation als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter verfügen muss. Die zweite Person muss mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein.

Abweichend kann diese Funktion auch von Auszubildenden übernommen werden, sofern sie mindestens die ersten 18 Monate der Ausbildung absolviert und zusätzlich die Zwischenkompetenzprüfung erfolgreich bestanden haben. Dabei ist klarzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Ausbildung grundsätzlich vorrangig als Auszubildende eingesetzt werden und nicht regelhaft als zweite Einsatzkraft fest eingeplant werden, um dem Ausbildungscharakter und dem pädagogischen Auftrag der praktischen Lehrrettungswachen gerecht zu werden. Die Regelung trägt dem Bedarf an qualifizierten Praxisanteilen während der Ausbildung Rechnung, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.

Absatz 3 regelt die Besetzung von Krankentransportwagen (KTW) mit zwei Personen, die mindestens über die Qualifikation als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter verfügen müssen. Eine der beiden Personen muss einsatzerfahren sein, die zweite kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender gemäß Absatz 2 sein.

Absatz 4 schreibt für Akutkrankentransportwagen (AKTW) eine Mindestbesetzung mit zwei einsatzerfahrenen Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitätern vor. Anstelle der einsatzerfahrenen Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter können auch Auszubildende gemäß Absatz 2 eingesetzt werden. Diese Rettungsmittel dienen der Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten mit niedrigerer Versorgungsstufe und erfordern ein erhöhtes Maß an Erfahrung und eigenständigem Handeln.

Absatz 5 betrifft Rettungseinsatzfahrzeuge (REF) und Akuteinsatzfahrzeuge (AEF), die ausschließlich mit Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitätern zu besetzen sind, die eine zusätzliche landeseinheitlich geregelte Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen haben.

Absatz 6 regelt die Besetzung von Intensivtransportwagen (ITW). Neben einer Ärztin oder einem Arzt mit spezieller Zusatzqualifikation nach § 15 Absatz 2 ist eine nichtärztliche Besetzung entsprechend Absatz 2 vorgesehen, wobei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter zusätzlich intensivtransportqualifi-

ziert sein muss. Alternativ kann eine entsprechend weitergebildete Pflegefachkraft mit der Fachweiterbildung Intensivpflege eingesetzt werden. Diese differenzierte Öffnung stärkt die Versorgungskapazität im Spezialtransport und berücksichtigt unterschiedliche berufliche Qualifikationswege. Für spezielle Einsätze, wie den Transport von Säuglingen, können zusätzliche ärztliche oder pflegerische Fachkräfte vorgesehen werden.

Der Absatz 7 trägt dem besonderen Versorgungsbedarf von früh- und reifgeborenen Patientinnen und Patienten im Rahmen rettungsdienstlicher Transporte Rechnung. Früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten weisen aufgrund ihrer physiologischen, entwicklungsbedingten und oftmals komplexen medizinischen Besonderheiten erhöhte Anforderungen an die präklinische und interklinische Versorgung auf. Daher soll das eingesetzte Rettungsmittel bei entsprechenden Transporten mit pädiatrischem Fachpersonal besetzt werden, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen. Unter pädiatrischem Fachpersonal ist ärztliches oder pflegerisches Personal mit spezifischer Erfahrung und Qualifikation in der Pädiatrie zu verstehen.

Nach dem Landeskrankenhausgesetz (LKHG) sind Kliniken im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärztinnen und Ärzte für begleitende Patiententransporte zur Verfügung zu stellen, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Die Verpflichtung der Kliniken korrespondiert mit der hier normierten Anforderung an den Rettungsdienst, bei Transporten früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten besonderes Fachpersonal einzubinden. Dadurch wird eine einheitliche, sektorenübergreifende Qualitäts- und Sicherheitsstruktur geschaffen, die sowohl den medizinischen Anforderungen als auch dem Schutzbedürfnis dieser Patientinnen und Patienten gerecht wird.

Absatz 8 stellt klar, dass Verlegungsarztinsatzfahrzeuge (VEF) mindestens mit einer Verlegungsärztin oder einem Verlegungsarzt zu besetzen sind. Die Regelung berücksichtigt die Notwendigkeit ärztlicher Kompetenz bei interklinischen Transporten mit besonderer medizinischer Verantwortung.

Absatz 9 regelt die medizinische Besatzung von Rettungstransporthubschraubern (RTH).

Mit Absatz 10 soll sichergestellt werden, dass das Personal dem Fortbildungsangebot der Träger des Rettungsdienstes nachkommt.

Absatz 11 ermöglicht Abweichungen von den Regelbesetzungen der Absätze 1 bis 8 nur in ausdrücklich begründeten Ausnahmefällen, insbesondere bei Großschadenslagen. Damit wird eine flexible Einsatzfähigkeit unter außergewöhnlichen Bedingungen ermöglicht, ohne die Strukturregelungen des Regelbetriebs zu unterlaufen.

Die Dokumentationspflicht dient der Transparenz, der Qualitätssicherung sowie der nachträglichen Bewertung der Einsatzlage. Sie stellt sicher, dass Abweichungen nicht zur Regel werden und ermöglicht gleichzeitig eine spätere Analyse, um gegebenenfalls strukturelle oder organisatorische Verbesserungen ableiten zu können. Die Regelung wahrt somit den Ausgleich zwischen verbindlichen Standards im Regelbetrieb und der erforderlichen Handlungsfreiheit des Rettungsdienstes in außergewöhnlichen Einsatzsituationen.

## **Zu § 15**

Durch § 15 wird die notärztliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein, im Wesentlichen wie im bisherigen SHRDG, strukturell klar gefasst und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zweckmäßig ausgestaltet. Zielsetzung der Regelung ist die nachhaltige Verbesserung der Qualität, Verfügbarkeit und Effizienz der notärztlichen Versorgung sowie die eindeutige Zuordnung von Zuständigkeiten. Insgesamt wird durch die gesetzlichen Vorgaben sowohl Rechts- als auch Planungssicherheit geschaffen. Gleichzeitig wird die fachliche Qualität gefördert und ein leistungsfähiges, zukunftsgerichtetes Rettungsdienstsystem im Land Schleswig-Holstein unterstützt.

Der Absatz 3 fördert die Nutzung telenotfallmedizinischer Technologien zur Unterstützung der notärztlichen Versorgung. Telenotfallmedizin ermöglicht eine zielgerichtete, bedarfsgerechte und zeitnahe medizinische Versorgung, insbesondere in Regionen mit eingeschränkter Verfügbarkeit von Notärztinnen und Notärzten oder bei verlängerten Anfahrtszeiten.

Die Regelung berücksichtigt dabei die Grundsätze von Patientensicherheit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gleichzeitig wird ausdrücklich klar gestellt, dass eine Substitution einer vor Ort anwesenden Notärztin oder des Notarztes durch telenotfallmedizinische Unterstützung beabsichtigt ist, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen und zugleich die flächendeckende Notfallversorgung zu stärken, ohne die Qualität oder Sicherheit der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.

## **Zu § 16**

Ziel dieser Vorschrift ist es, die notärztliche Versorgung zu standardisieren, die Einsatzqualität zu sichern und eine einheitliche Entscheidungsgrundlage für die Alarmierung von Notärztinnen und Notärzten zu schaffen.

Absatz 1 verpflichtet die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung, den Notarztindikationskatalog rettungsdienstbereichsübergreifend und unter Einbeziehung der Luftrettung zu erstellen. Die Luftrettung kann eine zentrale Rolle spielen, wenn es um besonders zeitkritische Einsätze in ländlichen oder schwer zugänglichen Gebieten geht. Indem der Katalog die Luftrettung ausdrücklich einbezieht, wird sichergestellt, dass Luftrettungsmittel insbesondere bei medizinischer Notwendigkeit und auf Grundlage gleicher Maßstäbe alarmiert werden und damit auch die Prähospitalzeit in der Dispositionsstrategie Berücksichtigung findet. Eine solche Harmonisierung vermeidet Über- und Unterversorgung und trägt zur optimalen Auslastung der Ressourcen bei.

Der Katalog wird zudem als verbindlicher Bestandteil des standardisierten Notrufabfrageprotokolls implementiert, wodurch die Alarmierung von Notärztinnen und Notärzten systematisch, nachvollziehbar und evidenzbasiert erfolgt. Dies fördert eine transparente, einheitliche und medizinisch begründete Entscheidungspraxis in Leitstellen und sichert gleichzeitig die Qualität der präklinischen Versorgung.

Absatz 2 legt fest, dass der Notarztindikationskatalog wissenschaftsbasiert und risikodefiniert erstellt werden muss und spätestens alle 24 Monate einer Evaluation und Fortschreibung unterzogen wird. Durch diese regelmäßige Überprüfung wird gewährleistet, dass neue medizinische Erkenntnisse, epidemiologische Entwicklungen und technologische Fortschritte in die Praxis umgesetzt werden. Die Risikodefinition stellt sicher, dass die Einsatzentscheidungen nach medizinischer Gefährdungspotenzial der Patientinnen und Patienten erfolgen. Damit trägt die Vorschrift zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und zur Effizienzsteigerung im Rettungsdienst bei und unterstützt eine evidenzbasierte, nachvollziehbare und patientenorientierte Notfallversorgung.

### **Zu § 17**

Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung stellt ein effektives Instrument dar, den Herausforderungen in der präklinischen Notfallversorgung zu begegnen. Die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens ist notwendig, um einen rechtssicheren, flächendeckend gleichwertigen und strukturierten Einsatz der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung zu ermöglichen.

Absatz 1 schafft eine klare Definition der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung und stellt damit sicher, dass unter telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung im Land Schleswig-Holstein in jedem Rettungsdienstbereich das Gleiche verstanden wird und damit auch jedem Rettungsdienststräger soweit auf der anderen Seite jeder Patientin oder jedem Patienten die gleichen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen eröffnet werden. Vitalparameter umfassen Messgrößen wichtiger Körperfunktionen wie insbesondere Herzfrequenz, Atemfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Sauerstoffsättigung Blutzucker oder Rekapillarierungszeit.

Absatz 2 präzisiert nicht abschließend die denkbaren Anwendungsfelder, wobei die Primäralarmierung durch die Integrierte Leitstelle nicht vorgesehen ist. Insbesondere im Rahmen der Nummer 1 wird eine rechtliche Grundlage für die telenotfallmedizinische Delegation heilkundlicher Maßnahmen geschaffen. Die Delegation erfolgt individuell und fallbezogen durch die Telenotärztin oder den Telenotarzt auf Anforderung der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters. Auch im Rahmen eines Sekundärtransportes kann die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung eingesetzt werden, sofern diese ausreichend ist.

Absatz 3 formuliert technische und organisatorische Mindestanforderungen an den Betrieb der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung.

### **Zu § 18**

Damit der medizinische und technologische Fortschritt sowie die Erprobung neuer Versorgungskonzepte auch künftig Einzug in den Rettungsdienst finden können, ist die Experimentierklausel etabliert worden, mit deren Hilfe neue rettungsdienstliche Versorgungs- beziehungsweise Dispositions- oder Steuereungskonzepte in Pilotprojekten erprobt werden können. So wird die Möglichkeit eröffnet, rettungsdienstliche Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung, der Bereichsabdeckung oder der Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes dienen, auf der Grundlage einer sog. Experimentierklausel auf ihre Praxistauglichkeit hin zu untersuchen. Im Rahmen der Antragstellung soll grundsätzlich dargelegt

werden, ob die Finanzierung des Experiments gesichert ist. Kann eine entsprechende Zusage im Rahmen der Antragstellung nicht erfolgen, kann dem durch einen Finanzierungsvorbehalt begegnet werden.

Mit Absatz 6 wird der bisherige § 12 Absatz 5 seinem Wesen nach aufrechterhalten und ermöglicht nach wie vor neben der Erprobung neuer auch die Modifizierung bestehender Versorgungskonzepte.

### **Zu § 19**

Die Durchführung von Krankentransporten außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes bedarf der Genehmigung. Die entsprechenden Voraussetzungen werden im Rahmen des § 19 normiert. Zuständig für die Genehmigungserteilung sind die Landrätinnen und Landräte sowie die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte. Diesen obliegt die Ausgestaltung der Genehmigung und unterliegt somit kommunal- und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen (Auflagen und andere Nebenbestimmungen eines Verwaltungsaktes).

Absatz 2 Nummer 2 erfordert eine Wertung von Tatsachen, verbunden mit einer Prognose über das künftige Verhalten des Gewerbetreibenden. Die Tatsachen, auf die die Unzuverlässigkeit gestützt werden soll müssen sich auf die Durchführung von Krankentransporten beziehen. Maßgeblich sind alle einschlägigen Tatsachen, die Rückschlüsse auf die Zuverlässigkeit im Hinblick auf einen sicheren und rechtstreuen Betrieb zulassen. Indizien für Zweifel an der Zuverlässigkeit können sich insbesondere ergeben, wenn bekannt oder zu erwarten ist, dass der Unternehmer wegen einschlägiger Straftaten verurteilt ist oder wird oder Verstöße gegen § 35 StVO gemäß § 49 Absatz 4 Nummer 2 StVO als Ordnungswidrigkeit geahndet wurden.

### **Zu § 20**

Die bisherige Struktur der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) entspricht nicht mehr der fortentwickelten Realität des modernen Rettungsdienstes. Mit der Einführung des Berufsbildes der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie der damit verbundenen Kompetenzausweitung (§ 2c NotSanG) hat sich das Berufsbild von einer reinen Assistenz zu einer eigenverantwortlich handelnden Profession gewandelt.

Die Neufassung des § 20 trägt dieser Entwicklung Rechnung, indem sie die herkömmliche ärztliche Leitung durch ein interprofessionelles Leitungsmodell ersetzt. Die „Leitung Medizinische Versorgung“ bündelt ärztliche und rettungsdienstliche Expertise auf Augenhöhe, um die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu sichern. Diese synergetische Zusammenarbeit minimiert Schnittstellenverluste und erhöht die Akzeptanz der Vorgaben innerhalb der Belegschaft. Die Neuregelung folgt dem Prinzip der horizontalen Arbeitsteilung.

Der rein deklaratorische Verweis auf die Aufgaben- und Ausführungsverantwortung des jeweiligen Rettungsdienstträgers soll das Bewusstsein für den beim Rettungsdienstträger liegenden Sicherstellungsauftrag stärken.

Die Anforderungen an die Mitglieder der Leitung Medizinische Versorgung sind unter Absatz 2 konkretisiert und sollen sicherstellen, dass ein

Mindestmaß an Kompetenzen für die zu erbringende Tätigkeit sichergestellt wird. Zu diesem Zwecke wird unter anderem auf die Empfehlungen der Bundesärztekammer verwiesen. Absatz 3 eröffnet die Möglichkeit, dass die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nicht zwingend zum Zeitpunkt der Bestellung vorliegen muss. In diesem Fall hat der bestellende Träger des Rettungsdienstes sicherzustellen, dass die Qualifikation alsbald nach Einstellung erfolgt.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter können nur dann eingesetzt werden, wenn sie über Einsatzerfahrung in einem Umfang verfügen, der es ihnen ermöglicht das operative Einsatzgeschehen in seiner Gesamtheit und der für die Evaluierung und Anpassung von Standardarbeitsanweisungen erforderlichen Tiefe zu erfassen. Sie sollen darüber hinaus über fachspezifische Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagements verfügen. Diese können sowohl im Rahmen der Ausbildung als auch im Rahmen eines Studiums oder einer entsprechenden Fortbildung erworben worden sein.

Eine regelmäßige Aktualisierung der aufgabenspezifischen Kompetenzen durch die Teilnahme an spezifischen Fortbildungen wird empfohlen.

## **Zu § 21**

Mit § 21 werden erstmals landeseinheitliche Berufsausübungsregelungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter etabliert. Mit dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters aus dem Jahr 2013 (NotSanG) hat der Bund ein umfassendes Ausbildungsgesetz geschaffen. Dies führt zu einer Diskrepanz und zur Notwendigkeit, die bundesweit definierten Kompetenzen auf Landesebene angelehnt an die nach dem NotSanG zu vermittelnden Kompetenzen und Fähigkeiten, rechtlich abzusichern und zu konkretisieren. Die zentralen Gründe für die Neuregelung sind:

1. Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch die Überführung des im Rahmen der Ausbildung Erlernen und mit Abschluss der Ausbildung als beherrscht zu unterstellenden Kompetenzen in konkrete Berufsausübungsregelungen.
2. Patientensicherheit und Versorgungsqualität durch landesweit einheitliche, verbindliche Regelungen. Sie stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten in vergleichbaren Notfallsituationen unabhängig vom Einsatzort innerhalb von Schleswig-Holstein ein gleiches Niveau an qualifizierter präklinischer Versorgung erhalten.
3. Interoperabilität und Zusammenarbeit insbesondere mit Notärzten, Behandlungseinrichtungen und Leitstellen werden durch klar definierte, standardisierte Prozesse und Befugnisse erleichtert. Wenn alle Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Land nach den gleichen, ärztlich verantworteten Algorithmen arbeiten, werden Fehler reduziert und die Schnittstellenoptimierung gefördert.
4. Die Ausschöpfung der vollen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist von großer Relevanz für einen effizienten Einsatz rettungsdienstlicher Ressourcen.

Absatz 1 überführt hierzu die Regelungen des § 2a NotSanG als Berufsausübungsregelung in die Landesgesetzgebung. Die im § 4 Absatz 2 Nummer 1 NotSanG im Rahmen der Ausbildung vermittelten Fähigkeiten werden als erlernt und beherrscht anerkannt und eine entsprechende Umsetzung im Rahmen eigenverantwortlicher Durchführung von Maßnahmen unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 erwartet. Ob nach den Voraussetzungen des Absatz 1 eigenverantwortlich heilkundliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, beurteilt die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter auf Grundlage des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen ab dem Zeitpunkt, in dem sie eigenverantwortlich über eine Behandlungsmaßnahme entscheiden, eine heilkundliche Tätigkeit an der Patientin oder an dem Patienten durch, sodass sie ab diesem Zeitpunkt auch haftungsrechtlich die alleinige Verantwortung für die Durchführung der Maßnahme tragen. Die Grundsätze der Amtshaftung bleiben davon unberührt. Die Durchführung der Maßnahmen hat sich grundsätzlich an den Standardarbeitsanweisungen zu orientieren. Sollte eine Standardarbeitsanweisung nach Einschätzung der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters im Einzelfall nicht vereinbar mit dem vorgefundenen Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten sein, ist eine leitliniengerechte Versorgung einzuleiten.

Die Eigenverantwortlichkeit der Durchführung gilt zeitlich bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt. Dies können neben der Möglichkeit einer notärztlichen Vorstellung, die ebenso telenotärztlich erfolgen kann, auch andere Möglichkeiten einer ärztlichen Vorstellung sein. Im Übrigen wird auf die Ausführungen des Bundestages in der Bundestagsdrucksache 19/24447, S. 85 ff., verwiesen.

Die Entscheidung über die Realisierung der Hinzuziehung einer (Tele-)Notärztin oder eines (Tele-)Notarztes oder der Vorstellung bei einer Ärztin oder einem Arzt obliegt dabei den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Eigenverantwortung entsprechend § 22 Absatz 1 und Absatz 3.

Absatz 2 greift die entsprechend § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG erlernten Kompetenzen im Rahmen der eigenständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung auf. Sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten dies erfordert und dazu Standardarbeitsanweisungen, die durch Ärztliche Leitungen standardisiert vorgegeben, überprüft und verantwortet werden, oder im Einzelfall ärztlich veranlasst werden, handeln Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach diesen Vorgaben. Die Standardarbeitsanweisungen müssen dafür im Einzelfall eindeutig sein und keine Entscheidungsspielräume betreffend das „Ob“ und das „Wie“ der Durchführung einer Maßnahme mehr offen lassen. Handlungsempfehlungen stellen Standardarbeitsanweisungen dar, die den aktuellen Regeln der Medizin entsprechen. Sie ersetzen daher nicht regelhaft eine Delegation – gleichwohl kann eine Delegation im Rahmen einer Standardarbeitsanweisung erfolgen. Darüber hinaus müssen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit den Handlungsempfehlungen vertraut sein, davon kann aufgrund der arbeitnehmerischen und gesetzlichen Verpflichtungen zur Fortbildung grundsätzlich ausgegangen werden. Die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen ist, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen durch Absatz 2 nicht ausgeschlossen, insbesondere wenn nach

Einschätzung des Gesundheitszustandes durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter keine Standardarbeitsanweisungen vorhanden oder anwendbar sind. Im Übrigen wird auf die Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 9 - 3000 - 032/19 verwiesen.

Absatz 3 stellt auf § 4 Absatz 2 Nummer 2 b NotSanG und damit auf (tele-)notärztlich delegierte Maßnahmen ab.

Absatz 4 ermöglicht es den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, nach eigener Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten vor Ort über die Erforderlichkeit der Hinzuziehung einer nicht primär alarmierten Notärztin oder eines nicht primär alarmierten Notarztes beziehungsweise Abbestellung einer primär mit alarmierten Notärztin oder eines primär mit alarmierten Notarztes zu entscheiden. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ersteinschätzung der Patientin oder des Patienten vor Ort mehr Aufschluss über das Zustandsbild erlaubt, als der telefonische Notruf und ein Beitrag zum effizienten Einsatz rettungsdienstlicher Ressourcen geleistet werden. Auf der Grundlage dieser Einschätzung soll auch darüber entschieden werden, ob die Patientin oder der Patient rettungsdienstliche Leistungen, wie den Notfalltransport, benötigt oder eine bedarfsgerechtere Behandlung dadurch gewährleistet werden kann, dass die Weitergabe in einen geeigneten und verfügbaren Versorgungssektor erfolgt.

Absatz 5 stellt die Erforderlichkeit und die Notwendigkeit von standardisierten Vorgaben zur Gabe von Betäubungsmitteln durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heraus. Rettungsdienststräger sollen daraufhin wirken, entsprechende zu etablieren, um Patientinnen und Patienten die Linderung von Beschwerden auch unter Anwendung von Betäubungsmitteln zu ermöglichen.

## **Zu § 22**

§ 22 normiert erstmals umfassend die Fortbildungsverpflichtung für das im Rettungsdienst und in der Luftrettung eingesetzte medizinische Personal. Ziel ist es, die kontinuierliche fachliche Qualifikation, Handlungssicherheit und Zusammenarbeit aller Beteiligten zu sichern und dadurch die Versorgungsqualität dauerhaft auf einem hohen Niveau zu gewährleisten. Die Regelung trägt den spezifischen Anforderungen rettungsdienstlicher Bedarfe Rechnung. Externe Fortbildungsnachweise können anerkannt werden.

Absatz 1 verpflichtet die Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie der Luftrettung, jährlich Fortbildungsmaßnahmen für das ärztliche und nichtärztliche medizinische Personal sicherzustellen. Damit wird eine klare Verantwortungsstruktur etabliert. Online-Formate sollen in geeigneter Weise berücksichtigt werden, um eine flexible, zeitgemäße und zugängliche Fortbildungsorganisation zu ermöglichen.

Absatz 2 normiert erstmalig auch den Umfang der Fortbildung von Notärztinnen und Notärzten. Diese sind jährlich durchschnittlich dreißig Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der Erwerb von Fortbildungsstunden ist auch in Form von CME-Punkten möglich.

Absatz 3 enthält konkrete quantitative und qualitative Anforderungen an die jährliche Fortbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Ret-

tungssanitäterinnen und Rettungssanitäter. Vorgeschrieben ist ein Umfang von durchschnittlich 40 Fortbildungsstunden pro Jahr, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr und die beiden Vorjahre (Dreijahresmittel). Davon müssen mindestens 20 Stunden in kombinierter Form (Theorie und Praxis) sowie mindestens 8 Stunden im Rahmen interprofessioneller Trainings mit Notärztinnen und Notärzten absolviert werden. Diese gemeinsamen Fortbildungen sollen vorrangig praxisrelevante Schwerpunkte behandeln, insbesondere:

- Reanimationsmaßnahmen,
- Versorgung von Kindernotfällen und geburtshilflichen Komplikationen,
- Behandlung von schwerverletzten Patientinnen und Patienten, einschließlich der Versorgung bei Großschadensereignissen.

Diese inhaltliche Fokussierung stärkt die gemeinsame Handlungskompetenz in zeitkritischen und komplexen Einsatzsituationen. Die Aufzählung von Themen für die gemeinsamen Fortbildungen nach Absatz 3 ist nicht-enumerativ. Darüber hinausgehende Fortbildungsinhalte können demnach natürlich auch angeboten werden.

Gemeinsame Fortbildungen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit Notärztinnen und Notärzten dienen der Stärkung des Crew-Ressource-Managements und damit der Patientensicherheit.

Absatz 3 enthält zudem eine spezielle Regelung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die auf einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) eingesetzt werden. Sie müssen vor dem Einsatz eine Qualifizierung absolvieren, die den besonderen Anforderungen dieser Funktion gerecht wird.

Absatz 4 verpflichtet zur jährlichen Fortbildung von in der Integrierten Leitstelle eingesetztem Personal. Diese muss mindestens 24 Stunden betragen und auf leitstellenspezifische Inhalte ausgerichtet sein. Damit wird der wachsenden Komplexität und Verantwortung des Leitstellenpersonals in der Einsatzsteuerung Rechnung getragen.

Absatz 5 konkretisiert die Fortbildungspflicht für das medizinische Personal in der Luftrettung. Zusätzlich zu den allgemeinen Anforderungen nach Absatz 2 sind Schulungsinhalte zu fliegerischen und flugmedizinischen Besonderheiten verpflichtend. Diese richten sich nach den Vorgaben der jeweiligen Träger der Luftrettung und tragen der besonderen Einsatzumgebung Rechnung.

Absatz 6 regelt die Fortbildungsanforderung für Personal, das in der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung tätig ist. Ein Umfang von mindestens acht Stunden jährlich stellt sicher, dass das Personal in der Anwendung der Technik, in medizinischen Entscheidungsprozessen auf Distanz und in der Zusammenarbeit mit den Rettungsteams vor Ort kontinuierlich geschult bleibt.

Absatz 7 legt fest, dass für Einsatzleitungen Rettungsdienst (ELRD) jährlich acht Fortbildungsstunden in spezifischen Themen zur Bewältigung von Großschadenslagen zu absolvieren sind. Die Funktion der ELRD erfordert besondere Kompetenzen in Taktik, Kommunikation und Führungsstruktur, weshalb eine gezielte Fortbildung erforderlich ist.

## Zu § 23

§ 23 regelt die Struktur, Aufgaben, Anforderungen und Zusammenarbeit der Integrierten Leitstellen im Land Schleswig-Holstein. Als zentrale Schaltstellen für den Rettungsdienst kommt ihnen eine Schlüsselrolle bei der Gewährleistung einer schnellen, angemessenen und sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu. Die Vorschrift bildet die technische und organisatorische Grundlage für ein modernes und interoperables Leitstellenwesen.

Absatz 1 legt die Pflicht zur Sicherstellung des Notfallmanagements fest, wonach nach Möglichkeit trägerübergreifend Integrierte Leitstellen errichtet und betrieben werden müssen. Diese Organisationsform dient der effizienten Steuerung aller rettungsdienstlichen Einsätze im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Zugleich erlaubt die Vorschrift Kooperationsformen mit anderen Behörden, insbesondere mit der Polizei. Eine solche Zusammenarbeit hat unter strikter Trennung der jeweiligen Aufgaben sowie unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu erfolgen, um eine klare Verantwortlichkeit zu gewährleisten.

Absatz 2 bestimmt den Kernauftrag der Integrierten Leitstelle: die Lenkung sämtlicher Einsätze des Rettungsdienstes im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Die Leitstelle muss dabei dauerhaft und durchgehend unter der Notrufnummer 112 erreichbar sein. Damit wird die ständige Einsatzfähigkeit in Notfällen rechtlich gesichert.

Absatz 3 verpflichtet die Integrierten Leitstellen zur Teilnahme an einem landeseinheitlichen Einsatzleitsystem mit leitstellenbereichsübergreifender Kommunikation. Ziel ist die überregionale Verfügbarkeit von Rettungsmitteln und die Schaffung von Redundanzen im Sinne der Ausfallsicherheit. Diese Systemverknüpfung ermöglicht eine bedarfsorientierte Ressourcensteuerung auch über Leitstellenbezirke hinaus.

Absatz 4 erweitert die Funktion der Integrierten Leitstellen um die Weitergabe sektorenfremder Hilfeersuchen an zuständige Versorgungsbereiche und regelt einen rechtssicheren Gefahrenübergang. Dies entspricht dem Grundsatz der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und adressiert Schnittstellenprobleme im Gesundheitssystem. Leitstellen sollen damit nicht nur auf rettungsdienstliche Notfälle beschränkt agieren, sondern auch zu einer gezielten Allokation von Ressourcen in angrenzenden Versorgungssystemen beitragen.

Absatz 5 stellt Anforderungen an die personelle Besetzung der Leitstellen. Es wird sichergestellt, dass Anrufe unter der Notrufnummer 112 (sowie unter der 19222) in angemessener Zeit angenommen, bewertet und disponiert werden können. Dafür müssen qualifizierte „Calltaker“ und „Dispatcher“ eingesetzt werden, die entweder eine anerkannte Leitstellenausbildung oder eine entsprechende berufliche Ausbildung mit Zusatzqualifikation nachweisen können. Ziel ist eine landesweit einheitliche und qualitätsgesicherte Notrufbearbeitung. Die in den Leitstellen eingesetzten und nach Modulkonzept S-H qualifizierten Leitstellendisponentinnen und -disponenten sind „Dispatcher“ im Sinne der Vorschrift und können damit sowohl in der Anrufannahme als auch in der Einsatzbearbeitung eingesetzt werden.

Absatz 6 verlangt den Einsatz eines strukturierten und standardisierten Abfragesystems zur Notrufbearbeitung, das auf landeseinheitlichen Einsatzstichworten und -kategorien basiert. Dieses Instrument verbessert die Priorisierung, Ressourcenverteilung und Qualität der Disposition. Darüber hinaus sind auch externe Versorgungssektoren in die Entwicklung und Anwendung dieses Systems einzubeziehen, um medienbruchfreie Weitergaben zu ermöglichen.

Absatz 7 stellt sicher, dass die technische Ausstattung der Integrierten Leitstellen dem aktuellen Stand der Technik und den relevanten notrufspezifischen Normen entspricht. Damit wird der kontinuierliche Fortschritt in der Kommunikationstechnik berücksichtigt.

Absatz 8 verpflichtet die Leitstelle zur Anforderung externer Unterstützung im Bedarfsfall. Gemeint sind insbesondere Polizei, Feuerwehr oder weitere geeignete Organisationen, um situationsabhängig auf ein erweitertes Hilfeleistungsspektrum zugreifen zu können. Die Einbindung von Ersthelferinnen- und Ersthelfersystemen gehört damit ebenfalls zum pflichtigen Teil der Aufgabewahrnehmung der Leitstellen, sofern ihr Einsatz im Rahmen der Einsatzkategorien und Einsatzstichworte vorgesehen ist.

Absatz 9 sieht eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vor. Ziel ist es, Schnittstellenprobleme im Bereich der Notfallversorgung zu minimieren und eine bedarfsgerechte Weitergabe an nicht-rettungsdienstliche Akteure zu ermöglichen. Die Norm sieht ebenfalls Mindestanforderungen für die zu vereinbarenden vertraglichen Regelungen vor.

Absatz 10 normiert die Pflicht zur digitalen, medienbruchfreien Einsatzübergabe zwischen den Leitstellen sowie an sektorenübergreifende Versorgungspartner. Die digitale Übermittlung der Einsatzdaten in Echtzeit umfasst auch Metadaten und dient der lückenlosen Übergabe an andere Rettungsdienstträger, an benachbarte Länder sowie an vertragsärztliche oder ambulante Versorgungseinrichtungen. Damit wird die Interoperabilität und Prozessqualität im Rahmen einer vernetzten Notfallversorgung maßgeblich verbessert. Angrenzende Leitstellenbereiche können demnach die örtlich und geografisch angrenzenden Leitstellenbereiche anderer Träger des Rettungsdienstes, Bundesländer oder Staaten sein sowie sachlich angrenzende, wie etwa die Rettungsleitstelle See (Maritime Rescue Coordination Center oder MRCC Bremen) der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger in Bremen.

Absatz 11 legt fest, dass die Disposition von Einsätzen der Luftrettung sowie ärztlich begleiteter Sekundärtransporte (einschließlich intensivmedizinischer Transporte und dem Transport von früh- und reifgeborenen Patientinnen und Patienten) zentral durch die Koordinierungsstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte bei der Integrierten Regionalleitstelle Mitte erfolgt. Die Zentralisierung dieser komplexen Einsatzformen gewährleistet eine spezialisierte, landesweit abgestimmte Steuerung und verbessert die Verfügbarkeit hochspezialisierter Rettungsmittel.

## **Zu § 24**

Die Regelungen über den Behandlungskapazitätennachweis werden in § 24 weiter ausgeführt als es bisher der Fall war.

Absatz 1 legt fest, dass die Integrierten Leitstellen einen landesweit einheitlichen, internetbasierten und datenbankgestützten Behandlungskapazitätennachweis betreiben und unterhalten. Die an den Behandlungskapazitätennachweis angeschlossenen Behandlungseinrichtungen dokumentieren mit dem Behandlungskapazitätennachweis die jeweiligen aktuellen Behandlungskapazitäten.

Absatz 2 legt fest, dass die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in der Notfallrettung an geeignete Behandlungseinrichtungen auf Grundlage des Behandlungskapazitätennachweises erfolgt. Dies gilt grundsätzlich auch für den Massenansturm an Verletzten und Erkrankten im Rahmen rettungsdienstlicher Großschadensereignisse oder für Zuweisungen außerhalb der Notfallrettung, zum Beispiel im Rahmen des Krankentransports.

In Absatz 3 ist festgehalten, dass Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch die Beteiligten in einer Vereinbarung geregelt wird. Diese Norm hebt somit den bereits bestehenden BKN-Nutzerbeirat sowie die im Jahr 2022 inkraftgetretene Vereinbarung zur Organisation des Betriebes des Behandlungskapazitätennachweises nach § 17 Abs. 6 des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (alte Fassung) zwischen den Trägern der Leitstellen, den Trägern des Rettungsdienstes und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein auf eine gesetzliche Grundlage. Unter Berücksichtigung landesdatenschutzrechtlicher Bestimmungen ist die Mitnutzung des Behandlungskapazitätennachweises auch durch andere Bundesländer möglich. Mit dieser Regelung sollen die bestehenden Bestrebungen, benachbarte Bundesländer in den Behandlungskapazitätennachweis einzubinden, erleichtert werden. Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO können auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen den Beteiligten nicht verarbeitet werden (Artikel 9 Absatz 2 DSGVO). Sofern perspektivisch auch personenbezogene Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO im Rahmen des Behandlungskapazitätennachweises verarbeitet werden sollen, bedarf das einer Rechtsgrundlage (§ 33 Nummer 10).

Absatz 5 etabliert das Recht der Verarbeitung von Daten durch die Katastrophenschutzbehörden soweit es für ihre Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Die Daten sind in elektronischer Form zu übermitteln. Es handelt sich hierbei um eine Konkretisierung des § 8 Landeskatastrophenschutzgesetz Schleswig-Holstein in der Fassung vom 10. Dezember 2000 (GVOBl. Schl.-H. 2000 S. 664).

## **Zu § 25**

Der neue § 25 ersetzt die bisherigen Regelungen des SHRDG zur Qualitätssicherung sowie die Bestimmungen der Durchführungsverordnung. Die Qualitätsanforderungen im Rettungsdienst werden damit auf eine einheitliche, im Gesetz selbst verankerte Grundlage gestellt. Durch die gesetzliche Neuregelung werden die Anforderungen an das Qualitätsmanagement vereinheitlicht und patientenorientiert ausgerichtet.

§ 25 sieht die verbindliche Einführung eines landeseinheitlichen Qualitätsmanagementsystems vor und geht damit über die bislang bestehende bloße Verpflichtung zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus. Die Verantwortung für die Einrichtung, Umsetzung und Fortschreibung liegt bei den Trägern des Rettungsdienstes sowie den Trägern der Luftrettung. Das Qualitätsmanagementsystem ist an den festgelegten Qualitätsindikatoren auszurichten, um eine vergleichbare und landeseinheitliche Versorgungsqualität zu ermöglichen. Zugleich bleibt den Trägern des Rettungsdienstes sowie den Trägern der Luftrettung Raum für die Ausgestaltung interner Prozesse und Strukturen. Ergänzend wird eine Pflicht zur kontinuierlichen Fortschreibung des Qualitätsmanagementsystems eingeführt, um den medizinischen, technischen und organisatorischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Schließlich wird die Einbindung der Beauftragten nach § 7 ausdrücklich festgeschrieben, wodurch Fachkompetenz und Praxisnähe in der Umsetzung gestärkt werden. Insgesamt wird das Qualitätsmanagement damit rechtlich gefestigt, vereinheitlicht und in seiner Transparenz deutlich verbessert. Darüber hinaus wird klargestellt, dass im Rahmen des Qualitätsmanagement für die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung die Möglichkeit besteht, ihr Qualitätsmanagementsystem zertifizieren zu lassen. Eine Verpflichtung hierzu wird jedoch nicht mehr begründet. Darüber hinaus wird die Qualitätssicherung von einer sektoralen Betrachtung hin zu einem integrativen Qualitätsmanagement weiterentwickelt, das den Rettungsdienst in seiner Gesamtheit sowie in seinen Schnittstellen zur klinischen Versorgung abbildet.

Einzubeziehen sind im Falle des Transportes in eine Behandlungseinrichtung auch die dort erhobenen Daten soweit diese unmittelbar der Analyse der Wirksamkeit der rettungsdienstlichen Maßnahmen dienen. Dies sind insbesondere die abschließend in der Behandlungseinrichtung festgestellte, vorläufige oder endgültige Diagnose, die unmittelbar an die rettungsdienstliche Versorgung anknüpfenden Versorgungsschritte, Informationen darüber, in welchem Umfang rettungsdienstliche Maßnahmen die Diagnostik und den Behandlungsverlauf beeinflusst haben, Informationen über die Dauer des Aufenthaltes in der Behandlungseinrichtung und ggf. Anschlusseinrichtungen, medizinische Prognosen in Bezug auf die abschließend festgestellte, vorläufige oder endgültige Diagnose und im Zusammenhang mit den zuvor durchgeführten rettungsdienstlichen Maßnahmen sowie die Entlassung oder das Versterben der Patientin oder des Patienten und die in diesem Zusammenhang festgestellte Todesursache.

### **Zu § 26**

Mit dem neuen § 26 wird die Aufgabenübertragung des landesweit einheitlichen Qualitätsmanagements an eine Zentrale Stelle Rettungsdienst direkt im Gesetz festgehalten. In der gesetzlichen Regelung werden die konkreten Maßnahmen des Qualitätsmanagements sowie die Aufgaben dieser zentralen Stelle konkretisiert.

Absatz 1 weist die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung an, eine Zentrale Stelle Rettungsdienst im Rahmen des Qualitätsmanagement mit der landeseinheitlichen Auswertung der Daten nach § 25 Absatz 2 sowie auf dieser Grundlage mit der Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rettungsdienst zu beauftragen. Die Träger des Rettungsdienstes

und die Träger der Luftrettung werden verpflichtet, die entsprechenden Daten in standardisierter und pseudonymisierter Form an die zentrale Stelle zu übermitteln oder standardisierte technische Schnittstellen für das Abrufen der Daten durch eine Zentrale Stelle Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen. Die umfassende und zentrale Auswertung der genannten Daten soll das Qualitätsmanagement sicherstellen und zur landesweiten Vereinheitlichung beitragen. Durch die Vereinheitlichung wird eine Vergleichbarkeit der Strukturen im Rettungswesen hergestellt, die es vereinfacht, Analysen und Erkenntnisse zu gewinnen, die einer Optimierung dienlich sind und eine Evaluierung getroffener Maßnahmen ermöglicht.

Absatz 2 ergänzt, dass eine Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch im Rahmen wissenschaftlicher Studien im Auftrag der Träger erfolgen kann. Die Zentrale Stelle Rettungsdienst kann insoweit auch eine Rolle als zentraler Ansprechpartner für die Erlangung von Daten des Rettungswesen im Rahmen von wissenschaftlichen sowie Forschungsarbeiten für Hochschulen, Institute und andere Organisationen übernehmen, die sich wissenschaftlich mit dem Rettungswesen auseinandersetzen.

Die Träger des Rettungsdienstes mit Ihren Integrierten Leitstellen sowie die Träger der Luftrettung werden nach Absatz 3 von der Zentralen Stelle Rettungsdienst unterstützt bei der Festlegung von landesweit einheitlichen übergeordneten Qualitätszielen und den daraus resultierenden Qualitätsindikatoren. Dabei sind die Qualitätsindikatoren im Benehmen mit den Kostenträgern festzulegen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung dient der Transparenz gegenüber den Benutzerinnen und Benutzern sowie gegenüber den Trägern des Rettungsdienstes und der Luftrettung, den Kostenträgern und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium. Die für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Datensätze werden durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung definiert.

Absatz 4 legt fest, dass die zentrale Stelle den Träger des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung die ausgewerteten Daten digital zur Verfügung zu stellen hat. Sie dienen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Qualitätsmanagement und können Anlass oder Anhaltspunkte für Optimierungsprozesse geben. Die Ableitung von Konsequenzen obliegt dem jeweiligen Träger des Rettungsdienstes oder der Luftrettung. Auf Nachfrage kann die zentrale Stelle den Kostenträgern oder dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium Einblick in Auswertungsergebnisse gewähren sofern der jeweilige Träger des Rettungsdienstes oder der Luftrettung damit einverstanden ist. So können perspektivisch an die Träger des Rettungsdienstes oder der Luftrettung gerichtete, rechtsaufsichtliche Auskunftsbegehren auch mit Hilfe der durch die zentrale Stelle vorgenommenen Auswertung beantwortet oder belegt werden ohne einen Mehraufwand auf Seiten des Trägers auszulösen. Sofern Auswertungsergebnisse eine Rolle im Rahmen der Refinanzierung gezielter Maßnahmen spielen, so können diese bei den Entgeltverhandlungen vorgebracht oder zugänglich gemacht werden.

Absatz 5 regelt, dass Daten anderer an der Gesundheitsversorgung teilnehmender Einrichtungen in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der ganzheitlichen Qualitätssicherung einbezogen werden sollen. Der

Schwerpunkt liegt dabei auf Daten der Behandlungseinrichtungen, wobei diese Aufzählung bewusst nicht-enumerativ ist. Die Norm eröffnet in erster Linie die Möglichkeit, dass Daten, die außerhalb des Rettungsdienstes erhoben werden, einbezogen werden können, sodass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes auch über Sektorengrenzen hinaus gemessen werden kann.

### **Zu § 27**

Neu ist mit der Einführung des § 27 die Regelung der digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme als eigenständiger Rechtsbegriff und als eigenes System neben der Organisierten Ersten Hilfe. Ein digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem ist ein System zur Einbindung der Zivilbevölkerung in die Notfallversorgung zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls, für den raschen Beginn lebensrettender Sofortmaßnahmen und insbesondere zum konsequenten und flächendeckenden Einsatz Automatisierter Externer Defibrillatoren (AED) durch freiwillige Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Eintreffen des Rettungsdienstes. Es umfasst die Möglichkeit zur Disposition und Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch eine Integrierte Leitstelle mithilfe einer digitalen Anwendung für mobile Endgeräte zu rettungsdienstlichen Einsätzen. Zu einem digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem gehört auch die Stammdatenpflege registrierter und geeigneter Ersthelferinnen und Ersthelfer sowie ein AED-Register. Mit einem solchen System soll eine Erhöhung der Überlebenschancen und eine Minimierung von Folgeschäden für Patientinnen und Patienten mit einem Herz-Kreislaufstillstand erreicht werden.

Absatz 2 regelt, dass die Alarmierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer mittels eines landeseinheitlichem, digitalem Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems durch die Integrierten Leitstellen erfolgt. Einsatzdaten dürfen zu diesem Zweck durch die Leitstellen über das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem an die Ersthelferinnen und Ersthelfer übermittelt werden. Näheres hierzu wird durch die Verordnung aufgrund der Verordnungsermächtigung nach § 33 Nr. 3 geregelt.

Absatz 3 legt fest, dass das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem durch das für das Rettungswesen zuständige Ministerium beschafft und den Integrierten Leitstellen zur Verfügung gestellt wird. Durch die zentrale Beschaffung und Verwaltung sollen Koordinierungsprozesse und die Abstimmung des Systems an andere Aufgabenbereiche vereinfacht werden. So kann das System etwa für den Zivil- und Katastrophenschutz oder für die Interoperabilität mit den Systemen anderer Bundesländer ausgestaltet werden. Ziel der zentralen Steuerung ist zudem die Sicherstellung höchster technologischer Standards. So soll ein innovatives System etabliert werden, das dem aktuellen Stand der Technik entspricht und eine bestmögliche Performance garantiert.

Mit Absatz 4 wird eingeführt, dass die durch das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem entstehenden Kosten Kosten des Rettungsdienstes entsprechend § 10 sind. Die Einbindung des digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems in das kostenträgerfinanzierte Entgeltsystem schafft langfristige Sicherheit und Planbarkeit gegenüber den Systembetreibern.

Die Einbindung von von Ersthelferinnen und Ersthelfer ist im Rahmen des Notfallmanagements und aufgrund § 23 Absatz 1 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nummer 4 sowie § 23 Absatz 8 ein den Trägern des Rettungsdienstes zurechenbarer Teil der Aufgabenwahrnehmung dieses Gesetzes. Für die Einbindung Dritter zur Erfüllung dieser Leistung können daher, sofern diese auch von Hilfsorganisationen angeboten wird, die Möglichkeiten der Bereichsausnahme nach § 107 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen ausgeschöpft werden.

Ersthelferinnen und Ersthelfer müssen entsprechend Absatz 1 geeignet sein. Einzelheiten über die Eignung von Ersthelferinnen und Ersthelfern sowie zur Einsatzindikation (entsprechend der Einsatzkategorien nach § 9), Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation werden nach Absatz 4 landeseinheitlich festgelegt. Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium legt dies gemeinsam mit den Trägern des Rettungsdienstes fest.

Im Rahmen des Ehrenamts ausgeführte Tätigkeiten sind grundsätzlich über die Unfallversicherung abgesichert. Dies gilt auch, wenn im Rahmen eines digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems oder der organisierten Ersten Hilfe Einsätze angenommen und durchgeführt werden. Es ist dabei unabhängig, ob diese in der Freizeit angenommen werden oder hierfür der Arbeitsplatz verlassen wird. Da die Rettungshandlung selbst eine versicherte Tätigkeit ist, erstreckt sich der Versicherungsschutz sowohl auf die Erste-Hilfe-Leistung als auch auf den Weg dorthin. Dies ergibt sich aus den §§ 2 Absatz 1 Nr. 13a und 8 Absatz 1 und 2 Nr. 1 SGB VII.

## **Zu § 28**

Organisierte Erste Hilfe wird von Interessierten auf freiwilliger Basis und damit regional in unterschiedlichem Maße ausgeprägt wahrgenommen. Mit Absatz 2 werden Rahmenbedingungen vorgegeben, die die Organisierte Erste Hilfe planbar und fachlich nachvollziehbar machen sollen. Die Träger des Rettungsdienstes sollen Vereinbarungen mit Interessierten, die Organisierte Erste Hilfe erbringen wollen, abschließen. Dadurch wird die Organisierte Erste Hilfe jedoch nicht Bestandteil der unter der rettungsdienstlichen Vorhaltestruktur zu berücksichtigenden Planungsmaßnahmen. Die Alarmierung erfolgt durch die integrierte Leitstelle auf Grundlage der Vereinbarungen. Letzteres gilt nicht für Einsätze der Berufsfeuerwehren als Organisierte Erste Hilfe, da diese meist durch organisationsinterne Maßnahmen wie etwa Alarm- und Ausrückeordnungen und nicht auf Grundlage einer Vereinbarung alarmiert werden (Absatz 4). Durch die Bezugnahme zu den Einsatzkategorien wird der konkrete rettungsdienstliche Bedarf an organisierter Erster Hilfe festgehalten.

In Abgrenzung zu den durch das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem eingesetzten Ersthelferinnen und Ersthelfern ist die Organisierte Erste Hilfe üblicherweise (aber nicht ausschließlich) in einer Organisation oder Institution eingegliederten Systemen zu verstehen, wie etwa die als „First Responder“ oder „Helfer vor Ort“ bekannten Einheiten Freiwilliger Feuerwehren, der Polizei oder der Hilfsorganisationen. Somit handelt es sich in jedem Fall um Ressourcen, die außerhalb des Rettungsdienstes vorgehalten werden. Daher werden Kosten für die organisierte Erste Hilfe nur dann den Kosten des Rettungsdienstes zuordenbar, wenn über dessen Vergütung zuvor eine Vereinbarung mit den Trägern des Rettungsdienstes geschlossen wurde. Weiterhin sind nur

solche Kosten anererkennungsfähig, wenn sie einsatzbezogen sind; also durch den Verbrauch von Materialien entstehen. Da Ausrüstungsgegenstände und Fahrzeuge der Organisationen, die organisierte Erste Hilfe erbringen, üblicherweise für andere Zwecke als die organisierte Erste Hilfe beschafft werden und diese dem Rettungsdienst in der Regel nur subsidiär zur Verfügung stehen, sind investive Kosten ausdrücklich nicht den Kosten des Rettungsdienstes zuzuordnen. Kosten, die den Leitstellen beispielsweise bei der Integration und Pflege von Stammdaten und Schnittstellen von Einrichtungen Organisierter Erste Hilfe insbesondere bei IT-Systemen entstehen, werden der Gesamtsystematik nach und nach dem Prinzip der Vollkostendeckung den Kosten der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zugerechnet.

In modernen Einsatzlagen dient die organisierte Erste Hilfe, anders als das digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem, nicht ausschließlich zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls, sondern auch zur Unterstützung der rettungsdienstlichen Einsatzkräfte bei der sogenannten High-Performance-CPR, einem Konzept zur Optimierung der kardiopulmonalen Reanimation, die mit einem hohen Personalaufwand einher geht. Durch den kombinierten Einsatz des digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems und der organisierten Ersten Hilfe zur Unterstützung des Rettungsdienstes, werden so in der außerklinischen Reanimation weniger Rettungsmittel je Einsatz gebunden, wenn andernfalls üblicherweise etwa zwei Rettungswagen für eine Reanimation alarmiert werden würden.

## **Zu § 29**

Die Träger des Rettungsdienstes sind verpflichtet Planungen zur Erweiterung der dienstplanmäßig verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadensereignisse vorzunehmen (Absatz 1). Das Zusammenwirken mit anderen für die Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadensereignisse eingebundenen Akteuren soll bei den Planungen Berücksichtigung finden. Insbesondere ist sich dabei mit den Trägern der Luftrettung abzustimmen.

Des Weiteren regelt der § 29 die Voraussetzungen zur Bildung einer Einsatzleitung Rettungsdienst und der Qualifikation des dafür notwendigen Personals. Die Einsatzleitung Rettungsdienst ist gegenüber den an der Bewältigung des Großschadensereignisses mitwirkenden rettungsdienstlichen Einsatzkräften weisungsbefugt. Darüber hinaus ist die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt gegenüber den an der Bewältigung beteiligten Ärztinnen und Ärzten in medizinischen Fragen weisungsbefugt. Dies gilt insbesondere für die Priorisierung von Patientinnen und Patienten und deren Behandlungsreihenfolge.

Sind andere Einsatzleitungen, etwa der Feuerwehr, der Polizei, des Technischen Hilfswerkes oder anderer Einrichtungen, an der Bewältigung beteiligt, ist die Einsatzleitung Rettungsdienst berechtigt, mit diesen eine gemeinsame Einsatzleitung einzurichten.

Gegenüber der bisherigen Fassung enthält der neue § 29 nicht die gleiche Regelungstiefe. Eine nähere Ausgestaltung der Regelungen zu rettungsdienstlichen Großschadensereignissen erfolgt daher künftig weiterhin im Rahmen einer Landesverordnung (§ 33 Nummer 9). Dies ist geboten, da so flexibler auf von Außen einwirkende Umstände reagiert werden kann. Insbesondere die

veränderte welt- und sicherheitspolitische Lage und die sich daraus ergebende Dynamik machen diese Flexibilität notwendig.

### **Zu § 30**

Die Regelungen zum Werksrettungsdienst folgen dem Beispiel des Brandschutzgesetzes („Werksfeuerwehr“). Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium kann die Vorhaltung eines Werksrettungsdienstes – außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes – anordnen. Verpflichtet werden können Eigentümerinnen und Eigentümer, Betreiberinnen und Betreiber oder Bauherinnen und Bauherren. Nach Absatz 1 sind Kriterien ein stark erhöhter Bedarf an Rettungsmitteln oder die Erforderlichkeit einer speziellen Ausrüstung. Der Werksrettungsdienst soll die planbaren Einsätze eigenständig bewältigen können (Absatz 2). Für die Bestimmung der erforderlichen Kapazitäten soll das zuständige Ministerium eine Abstimmung mit dem örtlichen Träger des Rettungsdienstes herbeiführen. Die Vorschriften an die Ausstattung, Ausrüstung und Besetzung der Rettungsmittel einschließlich der Qualifikation im notärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Bereich sowie die Regelungen über Datenschutz und Dokumentation gelten entsprechend bzw. sinngemäß, da der Werksrettungsdienst auch Beförderungen zur weiteren Behandlung durchführen darf.

### **Zu § 31**

In Absatz 1 ist die Zuständigkeit für die Aufsichtsführung über die jeweiligen Beauftragten (siehe § 7 Absatz 1) geregelt. Diese Aufsichtsführung obliegt dem jeweiligen Aufgabenträger, der bei einer Beauftragung Auftraggeber ist. Nach Satz 2 obliegt die Aufsicht über die jeweiligen Beauftragten (siehe § 7 Absatz 4) in der Luftrettung dem jeweiligen Träger der Luftrettung.

Mit der Regelung in Satz 3 wird neben der Kommunalaufsicht eine Rechtsaufsicht über die kommunalen Träger des Rettungsdienstes sowie über die Träger Luftrettung geregelt, die von dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium ausgeübt wird.

Nach Absatz 3 ist die Rechtsaufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium zu Eingriffen in die Kommunalverwaltung befugt. Diese sind das Beanstandungsrecht, einstweilige Anordnung (§ 123 GO) und Anordnungsrecht (§ 124 GO)

### **Zu § 32**

Der Paragraf zu den Ordnungswidrigkeiten wurde umfassend neu gefasst. Ordnungswidrigkeitstatbestände sind nunmehr das Anbieten von Leistungen des Rettungsdienstes, ohne dazu nach diesem Gesetz befugt zu sein, das Durchführen von Krankentransporten ohne Genehmigung nach § 19 sowie die missbräuchliche Verwendung von nach § 34 geschützten Begriffen.

Absatz 2 sieht eine Ahndung dieser Ordnungswidrigkeiten im Rahmen einer Geldbuße von bis zu fünftausend Euro vor. Für die Ahndung und Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten ist das für das Rettungswesen zuständige Ministerium zuständig (Absatz 3).

**Zu § 33**

§ 33 enthält die erforderlichen Ermächtigungen des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums für konkretisierende Regelungen in entsprechenden Verordnungen.

Nummer 10 behält dem für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung sowie dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium vor, Näheres zum Betrieb und zur Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises durch den Rettungsdienst sowie die damit im Zusammenhang stehende Datenverarbeitung und Dokumentation durch Rechtsverordnung festzulegen, was in soweit zu einem Verlust der Wirksamkeit bestehender Vereinbarungen führen kann. Diese Ermächtigung soll ausschließlich konkreten und verbindlichen Regelungen von Einzelheiten vorenthalten sein, an denen das Land ein gewichtiges und übergeordnetes Interesse hat.

**Zu § 34**

Der Umgang mit im Rettungsdienstgesetz definierten Begriffen sowie den zugehörigen Abkürzungen erfolgt nicht immer regelkonform. Dies ist besonders kritisch zu bewerten, wenn dadurch in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt wird, es handele sich um öffentlichen Rettungsdienst im Sinne des Gesetzes. Aus diesem Grunde werden bestimmte Begriffe gesetzlich geschützt. Ein Missbrauch kann als Ordnungswidrigkeit verfolgt werden.

**Zu § 35**

Der Missbrauch von Notrufeinrichtungen kann als Straftat (§ 145 Absatz 1 StGB) verfolgt werden. In Zeiten stetig zunehmender Möglichkeiten der mobilen Kommunikation stellt die Nutzung des Notrufs zu Zwecken, denen kein Hilfebegehren bzw. kein Notfall zu Grunde liegt, eine nicht unerhebliche Belastung für die Integrierten Leitstellen dar. Im Zweifel könnte dadurch eine tatsächlich erforderliche Hilfeleistung verzögert werden. Neben die Möglichkeit der Strafverfolgung wird durch die Regelung in § 35 die möglicherweise stärker greifende Option gestellt, denjenigen Personen, die den Notruf missbräuchlich nutzen, zumindest dann Kosten aufzuerlegen, wenn daraus ein tatsächlicher nicht erforderlicher Einsatz resultiert. Die Norm umfasst auch Notrufe mittels des automatischen Notrufs (eCall), Third-Party-eCall (TP-eCall) sowie automatischen Notrufsystemen in Smartphones und Smartwatches.

**Zu § 36**

Diese Vorschrift enthält eine notwendige Übergangsregelung für die Luftrettung. Aufgrund der tatsächlich vorhandenen Struktur der Luftrettung in Schleswig-Holstein muss für den Standort Siblin eine Sonderregelung gelten. Grund für diese Übergangsregelung ist, dass dem Land Schleswig-Holstein vom Bund für Zwecke des Zivil- und Katastrophenschutzes ein Zivilschutzhubschrauber zur Verfügung gestellt wird, der in der Luftrettung eingesetzt werden darf und dafür auch eingesetzt wird. Um die sich daraus ergebenden – auch finanziellen – Synergien weiterhin erschließen zu können, ist der Weiterbetrieb von Siblin in der Trägerschaft des Kreises Ostholstein geboten - mindestens solange, wie dieser Rettungstransporthubschrauber zur Verfügung gestellt wird.

Absatz 2 gewährt eine Übergangsfrist für die Einführung der Einsatzkategorien nach § 9, die an die Einführung des landesweit einheitlichen Leitstellensystems geknüpft ist. Satz 2 stellt sicher, dass rettungsdienstliche Hilfeersuchen wie bisher regelhaft innerhalb von 12 Minuten bedient werden. Das schließt nicht aus, dass bereits Kategorien wie beispielsweise der „Notfall Klein“ in einer abweichenden angemessenen Zeitspanne bedient werden kann.

### **Zu § 37**

Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach diesem Gesetz sind Eingriffe in die Grundrechte aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz und Art. 13 Abs. 1 Grundgesetz möglich und unter den genannten Voraussetzungen rechtlich zulässig.

### **Zu § 38**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes und das Außerkrafttreten des Rettungsdienstgesetzes in seiner Fassung vom 28.03.2017. Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.