

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

(Drs. 20/4419, Stand 28.04.2026)

Verwaltungsseitige Stellungnahme der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) im Rahmen der schriftlichen Anhörung durch den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags

(Stand 28.08.2026)

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzentwurfes, die rettungsdienstliche Versorgung an veränderte medizinische, demografische und organisatorische Rahmenbedingungen anzupassen sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken. Ebenfalls positiv bewertet werden die Bestrebungen zur Vereinheitlichung von Standards zur Weiterentwicklung der Leitstellenstrukturen und zur Verbesserung der Patientensteuerung.

Die DGUV war bereits an der gemeinsamen Stellungnahme der Kostenträger vom 27.02.2026 (**Anlage**) zum Kabinettsentwurf beteiligt. Die dort vorgetragenen Anmerkungen und Bedenken haben weiterhin Gültigkeit, da sich die angesprochenen wesentlichen Regelungsinhalte auch im nunmehr vorliegenden Gesetzesentwurf wiederfinden.

Dabei sind und bleiben folgende Punkte aus Sicht der DGUV von besonderer Relevanz:

1 Leitstellen / Behandlungskapazitätennachweis (§§ 23, 24 SHRDG-E)

Im Gesetz sollte ergänzend vorgesehen werden, dass schon im Einsatzfall von den Leitstellen oder dem Rettungsdienst die Frage eines möglicherweise vorliegenden Arbeitsunfalls geprüft wird, damit beim Erfordernis von stationärer Behandlung die Zuweisung idealerweise sofort an die von der DGUV für die jeweilige Verletzungskategorie beteiligte Einrichtung erfolgt.

Im System der gesetzlichen Unfallversicherung wird durch das bestehende Versorgungsnetz von ambulanten Durchgangsärztinnen und -ärzten (D-Ärztinnen und -ärzten) und speziell für die Versorgung von Unfallverletzten nach § 34 SGB VII zugelassenen Krankenhäusern eine Ersteinschätzung, Erstversorgung und die Steuerung in die gebotene Weiterversorgung bereits mit Erfolg praktiziert. Dieses bestehende System ist allseits anerkannt und trägt auch den wesentlichen Zielen dieses Gesetzesvorhabens – effizientere Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen - Rechnung. In diesem Sinne sollte möglichst früh in der rettungsdienstlichen Versorgung abgeklärt werden, ob es sich um einen Arbeitsunfall (oder um die Folgen einer als Berufskrankheit anerkannten Erkrankung) handelt, damit insbesondere bei notwendiger stationärer Versorgung die für Versicherte der gesetzlichen

Unfallversicherung gemäß § 34 SGB VII vorgesehene Heilbehandlung umgehend eingeleitet und durchgeführt werden kann.

Mit Einbeziehung der vorgenannten Vorschläge werden die besonderen Belange der durch einen Arbeitsunfall verletzten Patientinnen und Patienten berücksichtigt und die gemäß SGB VII vorgesehene Heilbehandlung wird unterstützt und ist weiterhin gewährleistet.

2 Finanzierung

Die Finanzierung des Rettungsdienstes wird in Schleswig-Holstein im Wesentlichen durch die Kostenträger getragen, zu denen neben den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gehören.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer klaren Abgrenzung der rettungsdienstlichen Aufgaben. Die Finanzierung neuer Aufgabenbereiche kann aus Sicht der DGUV nicht allein daraus hergeleitet werden, dass diese landesrechtlich dem Rettungsdienst zugeordnet werden. Maßgeblich ist vielmehr, ob die Finanzierung der jeweiligen Aufgabe durch den gesetzlichen Leistungs- und Finanzierungsauftrag der jeweiligen Kostenträger gedeckt ist.

Die DGUV unterstützt die bereits von den GKV-Kostenträgern im Rahmen der Kabinettsanhörung vorgetragenen Anmerkungen ausdrücklich. Dies gilt insbesondere für die Hinweise

- zur Vollkostenfinanzierung des Rettungsdienstes (§ 11 Abs. 1 SHRDG-E),
- zur Finanzierung neuer Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes,
- zu den finanziellen Auswirkungen zusätzlicher personeller und organisatorischer Anforderungen, insbesondere im Zusammenhang mit den erweiterten Fortbildungspflichten des Rettungsdienstpersonals nach § 22 SHRDG-E.
- zur Finanzierung digitaler Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme sowie weiterer strukturbezogener Maßnahmen, insbesondere nach § 27 Abs. 3 bis 5 SHRDG-E.

Aus Sicht der DGUV kommt daher einer klaren Abgrenzung zwischen rettungsdienstlichen Kernaufgaben und allgemeinen Aufgaben der Gesundheitsversorgung, Prävention, Daseinsvorsorge oder Versorgungskoordination besondere Bedeutung zu.

Soweit neue Aufgaben geschaffen werden, sollte deren Finanzierungsverantwortung eindeutig geregelt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Aufgabenbereiche berührt werden, die über die klassische Notfallrettung hinausgehen und deren Bezug zu den gesetzlichen Leistungspflichten der Kostenträger nicht ohne weiteres erkennbar ist.

Dies betrifft insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehene Weiterentwicklung des vorbeugenden Rettungsdienstes sowie die Finanzierung digitaler Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme. Die hierzu bereits von den Kostenträgern vorgetragenen Bedenken bestehen aus Sicht der DGUV fort.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der jährlichen Fortbildungsverpflichtung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter von bislang 30 auf künftig 40 Stunden jährlich (§ 22 Abs. 3 SHRDG-E) ist mit zusätzlichen Personalausfallzeiten und entsprechendem Vorhaltebedarf verbunden. Dies führt zwangsläufig zu Mehrkosten, die im Ergebnis über die Benutzungsentgelte zu finanzieren wären. Aus Sicht der DGUV sollte bei kostenrelevanten Qualitätsanforderungen nachvollziehbar dargelegt werden, aus welchem fachlichen oder qualitätsbezogenen Bedarf sich die Erhöhung des Fortbildungsumfangs ergibt und welche Auswirkungen dies auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung hat.

3 Unfallversicherungsschutz für Ersthelferinnen und Ersthelfer

Die DGUV begrüßt die vorgesehene stärkere Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern in die Notfallversorgung.

Die Gesetzesbegründung stellt zutreffend fest, dass für Ersthelferinnen und Ersthelfer grundsätzlich gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht. Aus Sicht der DGUV sollte jedoch in der Gesetzesbegründung auf eine Festlegung auf einen bestimmten Versicherungstatbestand des § 2 SGB VII verzichtet werden, da vorgesehen ist, die konkrete Ausgestaltung des digitalen Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems erst durch die nachgelagerten Regelungen zu Eignung, Einsatzindikation, Einsatzdisposition, Alarmierung und Dokumentation festzulegen. Die unfallversicherungsrechtliche Einordnung kann daher von den später konkret gewählten organisatorischen Rahmenbedingungen abhängen.

Die DGUV regt deshalb an, in der Gesetzesbegründung lediglich allgemein auf das Bestehen gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes nach § 2 SGB VII hinzuweisen und von einer ausschließlichen Bezugnahme auf § 2 Abs. 1 Nr. 13a SGB VII abzusehen. Dies würde den unterschiedlichen denkbaren Ausgestaltungen des Systems sowie einer späteren unfallversicherungsrechtlichen Bewertung eher Rechnung tragen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) • Wall 55 • 24103 Kiel

An das
Ministerium für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Per Mail an rettungswesen@jumi.landsh.de

Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Schleswig-Holstein

AOK NordWest. Die Gesundheitskasse.*
BKK-Landesverband NORDWEST
IKK – Die Innovationskasse
KNAPPSCHAFT*
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Garten-
bau (SVLFG) – als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)*
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

Ihre Ansprechpartner:

Nora Schneider
Telefon: 0431 97 441 18
Telefax: 0431 97 441 23
E-Mail: nora.schneider@vdek.com

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Schleswig-Holstein
Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel

Kiel, den 27. Februar 2026

Stellungnahme zur Reform des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes

Sehr geehrter Herr Völk,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zur geplanten Reform des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes. Vor dem Hintergrund der steigenden Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und vieler struktureller Herausforderungen begrüßen die Kostenträger die Novellierung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes.

Der uns zur Verfügung gestellte Gesetzesentwurf der Landesregierung findet in weiten Teilen unsere Zustimmung. Dies betrifft insbesondere Vorgaben über eine engere Verzahnung von Rettungsdienst und Kassenärztlicher Vereinigung, die Einführung von Einsatzkategorien mit differenzierten Reaktionszeiten sowie die Vorgaben zur überregionalen Zusammenarbeit, wenngleich wir uns hier noch weitreichendere Regelungen wünschen würden.

Für einzelne Passagen ist vorab die Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene abzuwarten, da diese aktuell nicht mit dem geltenden Bundesrecht vereinbar sind. Dies betrifft insbesondere die Versorgung Versicherter vor Ort, unter Beachtung jüngst ergangener Rechtsprechung zu Fehlfahrten (Urteil des Obergerichts Berlin-Brandenburg vom 28.01.2026), die Ausweitung und Konkretisierung der Aufgabe des vorbeugenden Rettungsdienstes sowie die Regelungen zum Verhandlungsgeschehen mit privaten Anbietern von Krankentransporten.

Weiterhin sehen wir die angestrebte Fortsetzung der Vollkostenfinanzierung des Rettungsdienstes durch die GKV kritisch. Darauf hat u.a. der Bundesrechnungshof bereits 2018 hingewiesen.

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

**) als gemeinsamer Bevollmächtigter gemäß § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen

Auf den nachfolgenden Seiten nehmen wir zu dem aktuellen Gesetzesentwurf konkreter Stellung. Wir freuen uns, auch weiterhin eng im Austausch mit Ihnen zu bleiben.

Dieses Schreiben ergeht auch im Namen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V., Landesverband Nordwest, Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover sowie des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Straub
Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein



Iris Kröner
Mitglied des Vorstands der AOK NordWest

Stellungnahme im Einzelnen:

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 1 Abs. 2	Aktueller Stand von Wissenschaft und Technik	Bewertung: Die Formulierung sehen wir grundsätzlich positiv. Wünschenswert wäre allerdings eine Konkretisierung, um unterschiedlichen Interpretationen zwischen Rettungsdienst- und Kostenträgern vorzubeugen. Insbesondere ist zu definieren, auf welcher Grundlage dies zu erfolgen hat (z. B. Empfehlungen von Fachgesellschaften).
§ 1 Abs. 2 Nr. 2	Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen Mindestausstattung und -ausrüstung der Rettungsmittel	Bewertung: Wir begrüßen die Ansätze für mehr landesweite Einheitlichkeit. Diese wird jedoch nur dann erreicht, wenn verbindliche Vorgaben anstelle von Mindestvorgaben gemacht werden. Mindestvorgaben geben Raum für uneinheitliche Vorgehensweisen und unterschiedliche Standards. Verbindliche Vorgaben würden es ermöglichen, Ressourcen flexibler einzusetzen und Anreize für landesweite Ausschreibungen schaffen. Einheitliche Vorgaben des Handelns und der Ausstattung führen zu einer Vereinheitlichung der Qualität der Versorgung. Regionale Besonderheiten könnten durch die Experimentierklausel Berücksichtigung finden. Änderungsvorschlag: 2. die Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen MindestAusstattung und -aAusrüstung der Rettungsmittel (§ 14), Abweichungen sind zulässig, wenn sie im Einvernehmen mit den Kostenträgern erfolgen.
§ 1 Abs. 7 Nr. 3	Krankentransporte im Rahmen stationärer Behandlung	Bewertung: Die Formulierung ist missverständlich und könnte auch so interpretiert werden, dass Einweisungen z. B. aus dem häuslichen Bereich des Patienten in eine Klinik damit gemeint sind. Änderungsvorschlag: 3. Krankentransporte im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung, 3. Krankentransporte bei Verlegungen innerhalb eines Klinikverbundes und wenn es sich um eine Abwärtsverlegung handelt,
§ 2 Abs. 3	Notfallmedizinische Versorgung vor Ort	Bewertung: Die hier genannte Versorgung vor Ort erfordert zwingend eine entsprechende Anpassung des SGB V.
§ 2 Abs. 3	Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung	Bewertung: Wir begrüßen die Einführung des Begriffes „telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung“ ausdrücklich, da ein klarer Bezug zur Notfallrettung hergestellt wird.
§ 2 Abs. 8	MANVE	Bewertung: Ein MANVE endet nicht an den Grenzen des Rettungsdienstbereiches. Es empfiehlt sich, den Rettungsdienstträgern Flexibilität für landesweite Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<u>Änderungsvorschlag:</u> Ein rettungsdienstliches Großschadensereignis liegt bei einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (MANVE) 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 ggf. rettungsdienstbereichs-übergreifenden Koordinierung der notfallmedizinischen oder rettungstechnischen Maßnahmen notwendig ist.
§ 2 Abs. 13:	Rettungsstandorte	<u>Bewertung:</u> Die Aufnahme von Rettungsstandorten in das Gesetz begrüßen wir aufgrund einer höheren Flexibilität für die Rettungsdienststräger. Die Anforderungen an die Ausstattung der Rettungsstandorten sollten sich möglichst auf einem niedrigen Niveau bewegen. Wir würden empfehlen, die derzeitige Definition des Standortes, um die in der Begründung genannten Punkte zu konkretisieren, um möglichen Missverständnissen vorzubeugen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Rettungsstandorte dienen in Ergänzung zu Rettungs- und Notarztwachen der Sicherstellung der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstrukturen durch die Vorhaltung von Rettungsdienstfahrzeugen und -fachpersonal. Rettungsstandorte sind organisatorisch der nächstgelegenen Rettungs- oder Notarztwache zugeordnet. Aufgaben wie Gerätetausch, Hygienemaßnahmen und Desinfektion sind an der zugeordneten Rettungswache durchzuführen.
§ 3 Abs. 1, 3 und 5	Rettungsdienst als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte/gemeinsame Aufgabenwahrnehmung	<u>Bewertung:</u> Als oberstes Ziel nennt das SHRDG in § 1 Abs. 1 die flächendeckende, gleichmäßige Versorgung zu tragbaren Kosten. Zur Umsetzung dieses Ziels sollte eine Aufgabenerfüllung nach Weisung erfolgen. Die Zuordnung der Aufgabe Rettungsdienst als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte fördert „Kleinteiligkeit“, uneinheitliche Standards und Doppelstrukturen. Um den Rettungsdienst zukunftsfähig zu organisieren, ist die Vermeidung der zuvor genannten Punkte zwingend erforderlich. Sollte an dem vorhandenen Modell festgehalten werden, so sollte es eine Verpflichtung der Rettungsdienstträger zur gemeinsamen Aufgabenerledigung geben. Die RKiSH ist ein Beispiel für die trägerübergreifende Zusammenarbeit. <u>Änderungsvorschlag:</u> (3) Der Träger des Rettungsdienstes kann soll 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),

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		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. Diese Trägergemeinschaften sollen in ihrem Gebiet mindestens 850.000 Einwohner abdecken und Hilfee-suchen nach einheitlichen Standards bedienen. (5) Die Träger des Rettungsdienstes sind berechtigt sollen 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 Abs. 1	Trägerübergreifende Aufgabenwahrnehmung	<u>Bewertung:</u> Die Vorgabe über die flächendeckende Sicherstellung widerspricht der Regelung über Zuständigkeit der Rettungsdienststräger in § 3 Abs. 1. Das führt teilweise zu Doppelstrukturen insbesondere bei der Standortplanung. In der Praxis betrachten Träger leider zunehmend nur ihre eigenen Zuständigkeitsbereiche und lassen benachbarte Rettungswachen angrenzender Träger unberücksichtigt. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen. <u>Änderungsvorschlag:</u> (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung haben den Rettungsdienst bedarfsgerecht und rettungsdienstbereichsübergreifend 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 Ergänzungsvorschlag für weitere gemeinsame Aufgaben: Die Träger des Rettungsdienstes haben insbesondere folgende Aufgaben landesweit einheitlich wahrzunehmen: – Einrichtung einer zentralen Abrechnungsstelle – Durchführungen landesweiter Ausschreibungen, für Material, Ausstattung und Ausrüstung – Einrichtung einer Werkstatt für die Wartung und Reparatur von Einsatzfahrzeugen – Einrichtung und Unterhaltung trägerübergreifender Ausbildungsinstitute – zentrale IT-Infrastruktur
§ 4 Abs. 1 Nr. 3	Zusatzvorhaltung bei Veranstaltungen	<u>Bewertung:</u> Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und dem Arbeitskräftemangel der Rettungsdienststräger sollte die Planung der Sanitätsdienste eine Zusatzvorhaltung des Regelrettungsdienstes unbedingt vermeiden. Die Regelung sollte durch den nachfolgenden Änderungsvorschlag ersetzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Bei Veranstaltungen sollen die Planungen der sanitätsdienstlichen Rettungsmittel eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung beinhalten, die eine Zusatzbelastung des Regelrettungsdienstes möglichst vermeidet.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 4 Abs. 1 Nr. 4	MANVE	Bewertung: Wie zuvor bereits erwähnt, sollte auch die Vorhaltung für Großschadenslagen landesweit einheitlich und trägerübergreifend erfolgen. Nur so kann eine einheitliche Qualität der Versorgung bei Großschadenslagen gewährleistet werden. Änderungsvorschlag: 4. eine übergreifende Struktur zur Bewältigung von Großschadensereignissen nach landesweit einheitlichem Konzept vorgehalten wird.
§ 4 Abs. 2	Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung nach landeseinheitlichen Standards	Bewertung: Die Aufnahme dieser Regelung begrüßen wir ausdrücklich, da sie für Verbindlichkeit sorgt und Doppelstrukturen entgegenwirkt. Allerdings sollte Telenotfallmedizin nicht nur landesweit einheitlich umgesetzt werden, sondern Systeme auch technisch miteinander kommunizieren können. Änderungsvorschlag: (2) Sofern Träger des Rettungsdienstes von einer telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung Gebrauch machen, ist diese nach landeseinheitlichen Standards einzusetzen und mit standardisierten Schnittstellen zu versehen. (§ 18).
§ 4 Abs. 3	Zusammenarbeit von Luft- und Bodenrettung	Bewertung: Wir begrüßen diese Regelung.
§ 4 Abs. 5	Sonderrettungsmittel	Bewertung: Wir begrüßen ausdrücklich die Vorgabe über das herzustellende Einvernehmen mit den Kostenträgern. Es sollte jedoch ergänzend klargestellt werden, dass Behandlungseinrichtungen unter Umständen Personal für die Begleitung von Transporten bereitstellen haben (s. hierzu auch die Ausführungen zu § 14 Abs. 3) Änderungsvorschlag: (5) Für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben sind geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder pädiatrische Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Behandlungseinrichtungen stellen bei Bedarf ärztliches und nicht-ärztliches Fachpersonal für die besonderen Beförderungsanforderungen bereit. Dies gilt insbesondere bei der Beförderung von pädiatrischen Patienten. Die damit einhergehenden Kosten sind Kosten der Kliniken und nicht entgeltfähig. 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 pädiatrischer 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. Die Umsetzung des Konzepts ist regelmäßig durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung zu evaluieren.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 4 Abs. 6 Nr. 2	Freiwillige Mitwirkung an der wissenschaftlichen Forschung und an akademischen Arbeiten	Bewertung: Aus unserer Sicht handelt es sich bei der Mitwirkung an Forschung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln und nicht aus den Mitteln der Beitragszahler der GKV zu refinanzieren sind. Hierfür hat der Staat entsprechende Forschungsinstitute einzurichten und zu unterhalten. Mit der Formulierung über die Mitwirkung könnten die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung Personal in unbegrenztem Umfang bereitstellen, um an wissenschaftlichen Studien mitzuarbeiten. Wir könnten hiergegen als Kostenträger nicht vorgehen, da es sich um eine Aufgabe des Rettungsdienstes handelt, ohne dass der Bedarf/Aufgabenumfang vom Gesetzgeber vorgegeben ist. Wir sehen die Refinanzierung durch die Beiträge der GKV sehr kritisch und bitten Sie, die Formulierung zu streichen oder eine Formulierung aufzunehmen, wonach die mit der Mitwirkung einhergehenden Kosten keine Kosten des Rettungsdienstes darstellen.
§ 4 Abs. 6 Nr. 4	Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes	Bewertung: Es gibt derzeit keine offiziell verbindliche Definition des Begriffes „vorbeugender Rettungsdienst“. Wir sehen hier eine Konkretisierung der Aufgabe im Gesetz als zwingend erforderlich an, um unterschiedlichen Interpretationen zwischen Rettungsdienst- und Kostenträgern vorzubeugen. Es bedarf einer eindeutigen Definition und Abgrenzung, welche Maßnahmen damit gemeint sind und welche nicht.
§ 5 Abs. 2	Notarztindikationskatalog Luftrettung	Bewertung: Wir begrüßen die Aufnahme dieser Regelung. Es sollte jedoch ein separater Indikationskatalog der Luftrettung erarbeitet werden, da sich der Einsatz von NEF und RTH unterscheiden sollte. Änderungsvorschlag: (2) Die Luftrettung erfolgt in der Notfallrettung auf der Grundlage des Notarztindikationskataloges Luftrettungsindikationskataloges nach § 17. Darüber hinaus kann die Luftrettung auch dann eingesetzt werden, wenn sie für die Einsatzbewältigung unerlässlich ist.
§ 6	Zusammenarbeit	Bewertung: Wir begrüßen die Aufnahme dieses Paragraphen, auch wenn er nach unserer Auffassung nicht weit genug geht. Es könnten viel mehr Aufgaben zentral und einheitlich ausgestaltet sein. Das würde Standards schaffen, die Effizienz und Qualität der Leistungserbringung steigern und ggf. auch die Kosten senken.
§ 6 Abs. 1	Wesentliche Angelegenheiten	Bewertung: Hier wäre eine Definition der wesentlichen Angelegenheiten wünschenswert. Aus Diskussionen mit den Rettungsdienststrägern haben wir den Eindruck gewonnen, dass die überwiegende Mehrheit der Träger nicht eng zusammenarbeiten <i>will</i>. Hier braucht es daher eine klare Verpflichtung.
§ 7 Abs. 1	Bereichsausnahme	Bewertung: Wir haben hierzu in der Vergangenheit bereits Stellung genommen und sehen den Punkt der Bereichsausnahme nach wie vor kritisch.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Es mangelt dem § 107 Absatz 1 Nr. 4 GWB an objektiven und konkreten Kriterien zur Auswahl geeigneter Anbieter. Nach aktuellem Gesetz greift die Bereichsausnahme bei Organisationen und Vereinigungen, die gem. § 52 der Abgabenordnung als gemeinnützig gelten. Die Abgabenordnung verweist jedoch lediglich auf die inhaltliche Ausrichtung einer Organisation, während es an konkreten Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit fehlt. Die Erfahrungen der Krankenkassen-/Verbände aus den Entgeltverhandlungen in Schleswig-Holstein zeigen vielmehr, dass einige gemeinnützige Organisationen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit anderen Interessen unterordnen. In solchen Fällen sind Rettungsdienststräger – wohl aufgrund begrenzter Kapazitäten – oft nicht in der Lage, dieser Verschiebung der Prioritäten entgegenzuwirken. Anreize für wirtschaftliches Handeln finden nur im Rahmen eines Auswahlverfahrens ausreichend Berücksichtigung. Wir würden daher empfehlen, von dieser Regelung Abstand zu nehmen. Änderungsvorschlag: Alles dem Satz 1 Nachfolgende sollte ersatzlos gestrichen werden: (1) Der Träger des Rettungsdienstes kann Dritte damit beauftragen, die operativen Aufgaben des Rettungsdienstes zu erfüllen. Hierbei kann er den Kreis auf die Leistungserbringer beschränken, die gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen im Sinne des § 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 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400 S. 48) sind. Gemeinnützig ist eine Organisation oder Vereinigung, wenn die Voraussetzungen des § 52 der Abgabenordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 24) erfüllt werden.
§ 8 Abs. 1	Zwölf Minuten als Planungsmaß für Wachen und Standorte	Bewertung: Die Beibehaltung des bisherigen Planungsmaßes für Rettungswachen begrüßen wir.
§ 8 Abs. 2	Ausnahmen für die Eintreffzeit	Bewertung: Die Ausnahmeregelung begrüßen wir ausdrücklich.
§ 9 Abs. 1 und 2	Individuelle Reaktion auf Hilfeersuchen	Bewertung: Diese Regelung begrüßen wir ausdrücklich.
§ 9 Abs. 3	Benehmen der Kostenträger	Bewertung: Die Einsatzkategorien sind insbesondere für die Ausgestaltung der Infrastruktur von herausragender Bedeutung. Daher sollten sie nicht im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit den Kostenträgern festgelegt werden. Die Bedarfsplanung erfolgt derzeit bereits im Einvernehmen, indem die Methodik über die Eckpunktevereinbarung geregelt ist. So sollte es hier auch sein. Sollte wider Erwarten keine Einigkeit zustande kommen, kann mit Aufnahme des Einvernehmens in das Gesetz die Schiedsstelle angerufen werden.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<u>Änderungsvorschlag:</u> (3) Die Einsatzkategorien sind landesweit einheitlich durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung, im Benennen Einvernehmen mit den Kostenträgern und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium zu erstellen. Eine Re-evaluation der Einsatzkategorien erfolgt alle 24 Monate.
§ 10 Abs. 1	Kosten	<u>Bewertung:</u> Wir würden es begrüßen, wenn sich die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung auch tatsächlich an den Kosten des Rettungsdienstes beteiligen, beispielsweise an Investitionskosten. Aktuell ist durch die gesetzliche Regelung eine Refinanzierung der Kosten ausschließlich durch die Kostenträger vorgegeben.
§ 10 Abs. 2	Kosten	<u>Bewertung:</u> Aus unserer Sicht müssen die im Entwurf entfallenen konkretisierenden Punkte 1 bis 7 wieder aufgenommen werden. Diese sorgen für Klarheit und könnten Auffassungsunterschiede zwischen Kosten- und Rettungsdienstträgern vermeiden bzw. unterschiedlichen Interpretationen vorbeugen. <u>Änderungsvorschlag:</u> (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. Dazu gehören auch die für die Aufgabenerfüllung unabdingbaren Kosten 1. der Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen medizinischen Personals einschließlich des in der Rettungsleitstelle gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 eingesetzten Personals, 2. der Weiterqualifizierung der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, 3. der Weiterbildung des ärztlichen Personals, soweit diese ausschließlich für den Rettungsdienst relevant ist und soweit diese Kosten den Rettungsdienstträger in seiner Eigenschaft als Rettungsdienstträger belasten, 4. der rettungsdienstspezifischen Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten ärztlichen Personals, 5. des Digitalfunks (BOS-Digitalfunk) und des automatischen Notrufs eCall, soweit sie auf den Rettungsdienst entfallen, 6. des landeseinheitlichen Qualitätsmanagements gemäß § 26 mit der Erfassung, Auswertung und Analyse von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch eine zentrale Stelle und 7. die der Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes dienen sowie Kosten, welche für die Einhaltung der Hygiene und Durchführung hygienischer Maßnahmen entstehen

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 10 Abs. 5	Kosten	Bewertung: Insbesondere angesichts der Diskussion auf Bundesebene, nach der sich die Länder ggf. an den Investitionskosten im Rettungsdienst beteiligen sollten, würden wir uns eine Konkretisierung anstelle einer Schwächung dieser Regelung wünschen. Eine offenere Formulierung wäre in jedem Fall sinnvoll, wonach sich das Land an jeglicher Art von Kosten beteiligen sollte. Dies zeigen Erfahrungen aus dem Aufbau der ZSR und des BKN, wo das Land nach unserer Kenntnis Personalkosten im Rahmen einer Projektstelle übernahm. Solche Initiativen sind auch für die Zukunft wünschenswert.
§ 11 Abs. 1	Vereinbarung Benutzungsentgelte Rettungsdienst	Bewertung: Wir würden uns wünschen, dass das Land im Rahmen seiner haushälterischen Möglichkeiten, Finanzmittel für den Rettungsdienst zur Verfügung stellt. So empfehlen es auch der Bundes- und Landesrechnungshof. Insofern halten wir die bisherige Formulierung der Kostendeckung für sachgerechter als die Vollkostendeckung. Zumal Schiedssprüche zu einer Reduzierung der entgeltfähigen Kosten führen können. Änderungsvorschlag: (1) Jeder Träger des Rettungsdienstes vereinbart für die von ihm nach diesem Gesetz zu erbringenden Aufgaben öffentlich-rechtliche Benutzungsentgelte mit den Kostenträgern. Die Gesamtkosten sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Vollkostendeckung).
§ 11 Abs. 3	Sonderrettungsmittel	Bewertung: Die derzeitige Refinanzierung der Sonderrettungsmittel ist zwischen den Rettungsdienst- und Kostenträgern offen diskutiert und abgestimmt worden. Die Diskussion mit den Trägern des Rettungsdienstes hat ergeben, dass mit der Umlage dieser im Gesamtbudget sehr geringen Kosten, ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand entstünde. Daher regen wir an, den Punkt ersatzlos zu streichen.
§ 11 Abs. 4 und 5	Entgeltverhandlung Rettungsdienst	Bewertung: Wir sehen die Ausweitung des Zeitraums für die Verhandlung grundsätzlich positiv. Wir würden uns eine Sanktionierung derjenigen Träger des Rettungsdienstes wünschen, die zum 30. April keinen KLN einreichen. Reicht ein Träger einen KLN ein und läuft der sechste Monat ab, ohne dass sich die Kostenträger zu dem KLN verhalten, so gelten automatisch die vom Träger beantragten Benutzungsentgelte. Diese Regelung geht zu Gunsten der Rettungsdienstträger und ist aus unserer Sicht auch sinnvoll und nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist es jedoch, dass die Kostendeckung auch dann zu gelten hat, wenn der Rettungsdienstträger einen KLN nicht fristgerecht einreicht. Die Praxis zeigt, dass jährlich etwa drei KLN nicht fristgerecht eingereicht werden. Dies beeinträchtigt eine zuverlässige Haushaltsplanung der Kostenträger. Wir würden es begrüßen, wenn wir für entstandene Unterdeckungen bei nicht eingereichten KLN nicht aufkommen müssen. Wohingegen Überdeckungen zu unserem Vorteil zu berücksichtigen sein sollten.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 12 Abs. 1	Vereinbarung Benutzungs- entgelte Luftrettung	<u>Bewertung:</u> Wir würden uns wünschen, dass das Land im Rahmen seiner haushälterischen Möglichkeiten, Finanzmittel für die Luftrettung zur Verfügung stellt. So empfehlen es auch der Bundes- und Landesrechnungshof. Insofern halten wir die bisherige Formulierung der Kostendeckung für sachgerechter als die Vollkostendeckung. Zumal Schiedssprüche zu einer Reduzierung der entgeltfähigen Kosten führen können. <u>Änderungsvorschlag:</u> (1) Jeder Träger der Luftrettung vereinbart für die von ihm nach diesem Gesetz zu erbringenden Aufgaben öffentlich-rechtliche Benutzungsentgelte mit den Kostenträgern. Die Gesamtkosten der Luftrettung sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Vollkostendeckung).
§ 12 Abs. 3 und 4	Entgeltverhandlung Luftrettung	<u>Bewertung:</u> Wir sehen die Ausweitung des Zeitraums für die Verhandlung positiv. Allerdings unterscheiden sich die Formulierungen hinsichtlich der Zeiträume der Entgeltverhandlungen zwischen Luft- und Bodenrettung. Wir empfehlen die Vereinheitlichung der Zeiträume entsprechend der Formulierung in § 11 Abs. 4. So werden auch die Zeiträume bei einem Schiedsstellenverfahren vereinheitlicht. Wir würden uns eine Sanktionierung derjenigen Träger der Luftrettung wünschen, die zum 30. April keinen KLN einreichen. Reicht ein Träger einen KLN ein und läuft der sechste Monat ab, ohne dass sich die Kostenträger zu dem KLN verhalten, so gelten automatisch die vom Träger beantragten Benutzungsentgelte. Diese Regelung geht zu Gunsten der Luftrettungsträger und ist aus unserer Sicht auch sinnvoll und nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist es jedoch, dass die Kostendeckung auch dann zu gelten hat, wenn der Luftrettungsträger einen KLN nicht fristgerecht einreicht. Dies beeinträchtigt eine zuverlässige Haushaltsplanung der Kostenträger. Wir würden es begrüßen, wenn wir für entstandene Unterdeckungen bei nicht eingereichten KLN nicht aufkommen müssen. Wohingegen Überdeckungen zu unserem Vorteil zu berücksichtigen sein sollten.
§ 13 Abs. 1	Schiedsstelle	<u>Bewertung:</u> Die Kostenträger schließen keine öffentlich-rechtlichen Verträge mit Durchführern nach § 20 auf der Grundlage des SHRDG, sondern führen mit den Durchführern von Krankentransporten außerhalb des Rettungsdienstes Preisverhandlungen gemäß § 133 i.V. m. § 60 SGB V. Die Schiedsstelle ist für diese Preisverhandlungen nicht zuständig. Bei Streitigkeiten ist nicht das Verwaltungs- sondern das Sozialgericht anzurufen. Die Formulierung betreffend den Durchführern nach § 20 ist aus unserer Sicht unzulässig und daher ersatzlos zu streichen, da diese Regelung im Widerspruch zum SGB V steht. Im Übrigen haben wir bezüglich der Beteiligung anderer privater Anbieter im Schiedsstellenverfahren auch wettbewerbsrechtliche Bedenken, da hierdurch Unternehmer Einsicht in die Geschäftsunterlagen anderer Unternehmer erhalten.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 13 Abs. 6 Nr. 3	Aufgaben der Schiedsstelle	Bewertung: Wir begrüßen die Aufnahme dieser zusätzlichen Aufgabe.
§ 14 Abs. 3 Nr. 4 i. V. § 15 Abs. 7	Transport pädiatrischer Patientinnen und Patienten	Bewertung: Hierzu bitten wir um eine klarstellende Formulierung im Gesetz, dass das pädiatrische Fachpersonal <u>nicht</u> vom Rettungsdienst zu stellen ist. Die hierfür entstehenden Kosten, insbesondere auch für eine entsprechende Ausbildung, sind keine Kosten des Rettungsdienstes.
§ 15 Abs. 2	Besetzung Rettungswagen	Bewertung: Insbesondere vor dem Hintergrund des teilweise massiven Personalmangels erschließt es sich uns nicht, warum angehende Notfallsanitäter erst nach dem 24. Ausbildungsmonat als „zweite Frau/zweiter Mann“ eingesetzt würden dürfen. Lassen die individuellen Kompetenzen es nicht zu, müssen Auszubildende nicht nach dem 18. Ausbildungsmonat eingesetzt werden, sie können es aber. Besonders engagierten Auszubildenden wird hier eine Möglichkeit zur Selbstwirksamkeit genommen. Den Rettungsdienstträgern wird zudem weniger Flexibilität ermöglicht. Änderungsvorschlag: Die bisherige Regelung bleibt bestehen.
§ 17 Abs. 1	Notarztindikationskatalog	Bewertung: Es muss zwischen Boden- und Luftrettung differenziert wird, insofern bedarf es zweier unterschiedlicher Indikationskataloge. Es ist nicht hinnehmbar, dass der RTH Einsätze übernimmt, die grundsätzlich durch die Bodenrettung bedient werden können. Änderungsvorschlag: (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung erstellen einen landesweit einheitlichen und rettungsdienstbereichsübergreifenden Notarztindikationskatalog und Luftrettungsindikationskatalog. „der auch die Luftrettung umfasst.“ Der Die Notarzt Indikationskataloge in seiner ihrer jeweils gültigen Fassung wird sind verbindlicher Bestandteil des standardisierten Notrufabfrageprotokolls.
§ 18 Abs. 1	Telenotfallmedizinische Unterstützung	Bewertung: Es ist im Gesetz klarzustellen, dass eine Primäralarmierung nicht durch die Leitstelle erfolgt, sondern durch das Rettungsdienstfachpersonal vor Ort unmittelbar angefordert wird. Änderungsvorschlag: (1) Ein telenotfallmedizinisches System umfasst alle technischen Komponenten für die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung des Rettungsdienstfachpersonals bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten auf Grundlage der Echtzeitübertragung medizinischer Daten insbesondere auch Vitaldaten umfassend in Form von Text-, Sprach-, Video- und Bilddaten. Das Rettungsdienstfachpersonal vor Ort fordert die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung unmittelbar an. Es erfolgt keine Primäralarmierung durch die Leitstelle.
§ 18 Abs. 2 Nr. 3	Delegation heilkundlicher Maßnahmen	Bewertung: Es ist ein Rechtschreibfehler enthalten.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<u>Änderungsvorschlag:</u> 3. Delegation heilkundlicher Maßnahmen an die vor Ort befindlichen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter,
§ 19	Experimentierklausel	<u>Bewertung:</u> Wir begrüßen die Aufnahme dieser Regelung. Die Zulassung von Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben sollte allerdings in Abstimmung mit den Kostenträgern erfolgen. <u>Änderungsvorschlag:</u> (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 in Abstimmung mit den Kostenträgern zulassen, soweit anzunehmen ist, dass die Patientenversorgung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Besatzung nicht beeinträchtigt werden.
§ 20 Abs. 1 bis 3	Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes	<u>Bewertung:</u> Die Regelungen zum Genehmigungsverfahren in Absatz 3 sind in der aktuell gültigen Fassung konkreter beschrieben. Dies sollte beibehalten werden. Die bisherigen Regelungen, insbesondere zur Berücksichtigung der Auslastung des öffentlichen Rettungsdienstes, sollten zwingend beibehalten werden. Darüber hinaus sollte im Gesetz geregelt werden, dass die Genehmigungen für private Krankentransportunternehmen bei der Bemessung der Rettungsmittelvorhaltung des öffentlichen Rettungsdienstes entsprechend zu berücksichtigen sind. <u>Änderungsvorschlag:</u> (3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn zu erwarten ist, dass durch ihren Gebrauch das öffentliche Interesse an einem funktionsfähigen Krankentransport Rettungsdienst nach diesem Gesetz beeinträchtigt wird. Hierbei sind die flächendeckende und bedarfsgerechte Vorhaltung und die Auslastung innerhalb des Rettungsdienstbereichs, insbesondere das Einsatzaufkommen, dessen Verteilung im Rettungsdienstbereich, die Eintreffzeit, die Einsatzdauer, die Anzahl der für den Krankentransport betriebsbereit vorgehaltenen Rettungsmittel sowie die Entwicklung der Kosten und Erträge zu berücksichtigen. Die Funktionsfähigkeit ist insbesondere beeinträchtigt, wenn das für eine effektive und wirtschaftliche Auslastung notwendige Einsatzaufkommen des im öffentlichen Rettungsdienst durchgeführten Krankentransports unterschritten wird. Die Leistungen privater Krankentransportunternehmen sind bei der Bemessung der Rettungsmittelvorhaltung anzurechnen.
§ 20 Abs. 4	Kosten	<u>Bewertung:</u> Es handelt sich um Verträge nach § 133 SGB V. Die Aufnahme der Regelung im SHRDG stellt hierzu einen Widerspruch dar.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Durch das dann geltende Kostendeckungsprinzip (keine Über- und Unterdeckungen) dürfte ein privater Unternehmer keine Gewinne mehr erzielen. Dies widerspricht aber dem Geschäftsmodell eines privaten Unternehmens. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die Regelung sollte ersatzlos gestrichen werden.
§ 21 Abs. 1	Rettungsdienstbereichs- übergreifende Zusammen- arbeit	<u>Bewertung:</u> Diese Regelung begrüßen wir ausdrücklich.
§ 21 Abs. 3	ÄLRD im Einsatzdienst	<u>Bewertung:</u> Die regelmäßige Teilnahme der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst am Einsatzdienst ist grundsätzlich nachvollziehbar. Kosten und Nutzen dieser Vorgabe stehen für uns allerdings in keinem wirtschaftlichen Verhältnis zueinander. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die Regelung sollte ersatzlos gestrichen werden.
§ 22 Abs. 1	Eigenverantwortung des Notfallsanitäters	<u>Bewertung:</u> Diese Regelung begrüßen wir ausdrücklich.
§ 22 Abs. 2	Freigaben für Notfallsanitä- ter	<u>Bewertung:</u> Notfallsanitäter sollten nach ihrer hochwertigen und teuren Ausbildung fähig sein, erlernte Maßnahmen selbstständig durchzuführen. Die Vorgabe über eine verbindliche Freigabe durch einen Arzt sehen wir sehr kritisch. Die Vergangenheit zeigt, dass landesweit beschlossene Algorithmen nicht überall Anwendung finden. Unseres Erachtens wäre der richtige Ansatz, grundsätzlich alle Ausbildungsinhalte freizugeben und die Notfallsanitäter eng zu begleiten. Erfüllt ein Notfallsanitäter die geforderte Qualität nicht, so müssen (weitere Schulungs-) Maßnahmen eingeleitet werden. Wir sehen bei der Aufnahme dieser Regelung bzw. bei der Beibehaltung der bisherigen Vorgehensweise die Gefahr der Beliebigkeit von Freigaben und die Beschneidung der Selbstwirksamkeit der Notfallsanitäter. Die Qualifikation Notfallsanitäter wurde auch deshalb ins Leben gerufen, um die Notärzte zu entlasten. Einige Notärzte scheinen diese Entlastung aber nicht zu begrüßen. Die Entscheidung über diese Entlastung sollte nicht den Notärzten bzw. den Ärztlichen Leitungen überlassen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Alles dem Satz 1 Nachfolgende sollte entfallen:

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		(2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern das Zustandsbild der Patientin oder des Patienten dies erfordert. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden (§ 1 Absatz 2 Nummer 1) oder im Einzelfall ärztlich veranlasst werden. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.
§ 23 Abs. 1	Trägerübergreifende Fortbildungskonzepte und Online-Angebote	Bewertung: Die Vorgabe zur Zusammenarbeit und Aufnahme von E-Learning begrüßen wir ausdrücklich.
§ 23 Abs. 2 Satz 1	Fortbildung von Notärzten	Bewertung: Die Vorgabe über den Umfang von 30 Stunden sehen wir kritisch und es stellt sich die Frage, ob die Regelung überhaupt umsetzbar ist. Änderungsvorschlag: Die bisherige Regelung sollte beibehalten bleiben. Alternativ sollte der Stundenumfang reduziert werden.
§ 23 Abs. 3 Satz 1	Fortbildung Notfallsanitäter	Bewertung: Die Vorgabe über den Stundenumfang von 40 Stunden sehen wir kritisch. Die Notfallsanitäter erhalten bereits eine hochwertige Ausbildung und es erfolgen regelmäßige Überprüfungen ihrer Kompetenzen. Uns liegen keine Kenntnisse von Problemen der Qualität vor, die eine Anhebung von mind. 30 auf nun 40 Stunden rechtfertigt. Weiterhin besteht schon jetzt Personalmangel. Dieser wird durch Erweiterung des Stundenumfangs für Fortbildungen weiter verschärft. Änderungsvorschlag: Die bisherige Regelung sollte beibehalten bleiben.
§ 23 Abs. 4	Landeseinheitliche Fortbildung REF und ITW	Bewertung: Die Vorgabe über die trägerübergreifende Zusammenarbeit begrüßen wir ausdrücklich.
§ 23 Abs. 4	Fortbildung ELRD	Bewertung: Mit der derzeit enthaltenen Formulierung „...ist das durch den Träger des Rettungsdienstes für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) bestellte Personal...“ wird unterstellt, dass jeder Rettungsdienststräger eine eigene ELRD zu bestellen hat. Es wäre jedoch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit denkbar und wünschenswert. Daher sollte die Formulierung angepasst werden. Änderungsvorschlag: (8) Zur Erhaltung der Qualifikation ist das durch den Träger des Rettungsdienstes für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) bestellte Personal ... Das bestellte Personal für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) ist... ...zusätzlich in einem Umfang von acht Stunden jährlich in für die Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadenslagen relevanten Themen fortzubilden.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 24 Abs. 1	Trägerübergreifende Leitstellen	Bewertung: Wir fordern eine verbindliche Vorgabe über die Einrichtung trägerübergreifender Leitstellen. Diese Leitstellen sollten in ihrem Gebiet mindestens 850.000 Einwohner abdecken und Hilfeersuchen nach einheitlichen Standards bedienen. Erfahrungen aus Großbritannien zeigen, dass eine Leitstelle mehr als eine Million Einwohner bedienen kann. Hier wird das oben genannte Problem der pflichtigen Selbstverwaltung deutlich. Die Kostenträger werden dadurch mit unwirtschaftlichen Kosten belastet, was dem Gebot der wirtschaftlichen und sparsamen Leistungserbringung des SGB V und dieses Gesetzesentwurfs widerspricht. Das aktuelle landesweite Leitstellengutachten zeigt erneut, dass die Leitstellen Lübeck und Neumünster im Vergleich zu regionalisierten Leitstellen zur Versorgung von 100.000 Einwohnern die zwei- bis dreifache Menge an Personal benötigen. Das ist nicht akzeptabel. Positiv sehen wir die Aufnahme der intersektoralen Kooperation. Änderungsvorschlag: (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 werden insbesondere gemeinsam mit der nach § 6 Absatz 2 Nummer 8 des Landeskatastrophenschutzgesetzes vom 10. Dezember 2000 (GVOBl. Schl. H. S. 664) 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.
§ 24 Abs. 1, 4, 6, 8, 9, 10	Weiterleitung sektorenfremder Hilfeersuchen und intersektorale Zusammenarbeit	Bewertung: Wir begrüßen die Aufnahme dieser Regelung ausdrücklich.
§ 24 Abs. 5 Satz 2	Calltaker und Dispatcher	Bewertung: Die hier gewählte Formulierung unterstellt, dass Calltaker und Dispatcher in jeder Leitstelle zum Einsatz kommen. Das impliziert, eine entsprechende Arbeitsteilung in der Leitstelle. Dies ist jedoch erst ab einer gewissen Größenordnung sinnvoll umsetzbar. Diese Größe erfüllen die ILS Neumünster, Lübeck und die KRLS Nord derzeit jedoch nicht. Dies wurde aktuell auch gutachterlich bestätigt. Daher sollte die Formulierung angepasst werden. Änderungsvorschlag: 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 Das in der Leitstelle eingesetzte Personal muss entweder Absolventinnen oder Absolventen einer anerkannten Leitstellenausbildung sein oder mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich einer zusätzlichen Qualifikation für die jeweilige Aufgabenwahrnehmung verfügen.

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 24 Abs. 9	Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und KV	Bewertung: Damit diese verbindlich und sachgerecht umgesetzt wird, sollten das Land und die Kostenträger an der konkreteren Ausgestaltung beteiligt werden. Die konkrete Ausgestaltung sollte nicht allein den Leistungserbringern überlassen bleiben. Dies zeigen auch Erfahrungen aus dem Behandlungskapazitätenachweis. Änderungsvorschlag: (9) Die Integrierte Leitstelle soll mit den der Leitstellen ders vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes s der Kassenärztlichen Vereinigung en zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit bedarf einer vertraglichen Regelung über mindestens Art und Umfang der Kooperation sowie zu Datenübermittlung und Kommunikationswegen. Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium und die Kostenträger sind hierüber ins Benehmen zu setzen.
§ 24 Abs. 11	KOLST	Bewertung: Wir begrüßen die Aufnahme dieser Regelung ausdrücklich.
§ 25 Abs. 1	BKN	Bewertung: Wir sehen es sehr kritisch, dass die Leitstellen den BKN auch weiterhin betreiben sollen. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass dies nicht zielführend ist. Das Programm bleibt hinter seinen Möglichkeiten zurück. Die Leitstellen haben gegenüber den Krankenhäusern keinerlei disziplinarische Handlungsmöglichkeiten. Wünschenswert wäre es, wenn der BKN durch das Land betrieben werden könnte, da hier auch die Rechtsaufsicht über die Beteiligten liegt.
§ 27	ZSR	Bewertung: Die Konkretisierung der Aufgaben der ZSR und Aufnahme der Verpflichtung zur Datenlieferung begrüßen wir ausdrücklich. Insbesondere begrüßen wir die Regelung in Absatz 4.
§ 29 Abs. 3	Kosten App-basierter Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme	Bewertung: Die Refinanzierung der Kosten für Ersthelferalarmierungssysteme lehnen wir ab, da es sich um keine Kosten des Rettungsdienstes handelt. Diese Regelung halten wir für unzulässig. Es handelt sich um keine Leistung nach dem SGB V.