

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN LANDESVERBÄNDE



(federführend 2026)



Städtebund Schleswig-Holstein | Reventluallee 6 | 24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Frau Vorsitzende Katja Rathje-Hoffmann, MdL
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

per E-Mail: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Telefon: 0431 570050-30
Telefax: 0431 570050-35
E-Mail: info@staedteverband-sh.de

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/6987

Unser Zeichen: 37.31.45/ 543.01 Jü/H
(bei Antwort bitte angeben)
Lfd. Nr. 123

Datum: 31.08.2026

Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 20/4419

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Kommunalen Landesverbände begrüßen das Ziel der Landesregierung, den Rettungsdienst in Schleswig-Holstein umfassend weiterzuentwickeln und an die veränderten medizinischen, demografischen, technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen anzupassen. Der Gesetzentwurf für ein neues Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (Drs. 20/4419) greift wesentliche Reformbedarfe auf und setzt an zahlreichen Stellen wichtige Impulse für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und zukunftsfeste rettungsdienstliche Versorgung.

Die Kreise und kreisfreien Städte tragen als Träger des Rettungsdienstes die Verantwortung dafür, die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung flächendeckend, bedarfsgerecht und in hoher Qualität sicherzustellen. Gerade in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein muss gewährleistet bleiben, dass rettungsdienstliche Leistungen in allen Landesteilen verlässlich erbracht werden können. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen die Kreise und kreisfreien Städte deshalb in die Lage versetzen, ihren Sicherstellungsauftrag dauerhaft, eigenverantwortlich und wirtschaftlich zu erfüllen. Der Gesetzentwurf weist ihnen diese Aufgabe weiterhin ausdrücklich als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe zu.

Positiv hervorzuheben sind insbesondere die stärkere Ausrichtung der Versorgung an der medizinischen Dringlichkeit und am tatsächlichen Versorgungsbedarf, die Einführung differenzierter Einsatzkategorien, die Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Vorhaltung, die Einbeziehung telenotfallmedizinischer Versorgungsformen, die stärkere bereichsübergreifende Zusammenarbeit sowie die weitere Digitalisierung und Vernetzung des Rettungsdienstes. Diese Ansätze können dazu beitragen, die vorhandenen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen und die rettungsdienstliche Versorgung leistungsfähig und zukunftsfest weiterzuentwickeln.

Städteverband Schleswig-Holstein
Tel.: 0431 570050-30
Fax: 0431 570050-35
E-Mail: info@staedteverband-sh.de
<http://www.staedteverband-sh.de>

Schleswig-Holsteinischer Landkreistag
Tel.: 0431 570050-10
Fax: 0431 570050-20
E-Mail: info@sh-landkreistag.de
<http://www.sh-landkreistag.de>

Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
Tel.: 0431 570050-50
Fax: 0431 570050-54
E-Mail: info@shgt.de
<http://www.shgt.de>

Diese grundsätzliche Unterstützung der Reformziele bedeutet jedoch nicht, dass der Gesetzentwurf in allen Punkten überzeugt. Die vorgesehenen Regelungen greifen teilweise tief in die bisherigen Organisations- und Steuerungsstrukturen ein (siehe hierzu ausdrücklich die Ausführung zu § 21). Insbesondere die hohe Regelungstiefe, die damit verbundenen Einschränkungen kommunaler Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume sowie eine Reihe fachlicher, organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Fragen bedürfen einer kritischen Überprüfung.

Aus kommunaler Sicht gilt dabei ein zentraler Grundsatz: Wer für die Erfüllung des rettungsdienstlichen Sicherstellungsauftrags verantwortlich ist, muss auch über die hierfür erforderlichen Entscheidungs-, Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten verfügen. Diesem Anspruch wird der Gesetzentwurf bislang nicht hinreichend gerecht. Trotz der Einordnung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe nach § 3 Abs. 1 des Gesetzentwurfs ist angesichts der Vielzahl und Regelungstiefe landesrechtlicher Vorgaben weiterhin nicht erkennbar, welche eigenen Gestaltungsspielräume den Kreisen und kreisfreien Städten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabenträgerschaft tatsächlich verbleiben.

Vor diesem Hintergrund sehen die Kommunalen Landesverbände einen grundsätzlichen Änderungs- und Konkretisierungsbedarf. Bevor auf die einzelnen Regelungsinhalte eingegangen wird, sind jedoch zwei grundlegende Fragen zu beantworten:

Ist es angesichts der derzeit tiefgreifenden Veränderungen des bundesrechtlichen Rahmens der richtige Zeitpunkt für eine umfassende und in Teilen sehr detaillierte Novellierung des SHRDG? Und wie wird sichergestellt, dass Aufgaben-, Finanzierungs- und Entscheidungskompetenz nicht zulasten der Kreise und kreisfreien Städte auseinanderfallen?

1. Bundesrechtliche Rahmenbedingungen und die Finanzierungsrisiken

Die Novellierung des SHRDG erfolgt in einer Phase tiefgreifender bundesrechtlicher Veränderungen, die unmittelbar die dauerhafte und auskömmliche Finanzierung des Rettungsdienstes betreffen. Mit den inzwischen beschlossenen Regelungen zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze wird die Entwicklung der Vergütung von Rettungsdienstleistungen bundesrechtlich begrenzt. § 133 SGB V verweist ausdrücklich auf die Vorgaben des § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V (Bindung an die Grundlohnsumme); für die Jahre 2027 bis 2029 wird die maßgebliche Veränderungsrate zudem nochmals um jeweils einen Prozentpunkt vermindert. Gerade für einen personal- und vorhalteintensiven Rettungsdienst ist dies von erheblicher Bedeutung.

Der Bundesrat hat vor diesem Hintergrund ausdrücklich vor einer strukturellen Unterfinanzierung und vor Gefahren für die flächendeckende Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen gewarnt. Diese Problematik wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf zusätzlich verschärft. Neben erhöhten Anforderungen an bestehende Aufgaben werden den Rettungsdienstträgern neue Aufgaben und Standards – etwa im Bereich des vorbeugenden Rettungsdienstes – übertragen. Diese lösen zusätzliche Kosten aus. Ob und in welchem Umfang diesen Mehrkosten Einsparungen gegenüberstehen und insbesondere, ob sie innerhalb der bundesrechtlich begrenzten Vergütungsentwicklung vollständig refinanziert werden können, ist nicht sichergestellt. Vor diesem Hintergrund greift auch die Annahme der Gesetzesbegründung zu kurz, die durch den Gesetzentwurf entstehenden Kosten könnten grundsätzlich über Benutzungsentgelte finanziert werden und der Landeshaushalt sei deshalb nicht betroffen.

Aufgrund der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten bundesrechtlichen Begrenzungen besteht vielmehr das absehbare Risiko, dass Kostensteigerungen sowohl bei bestehenden als auch bei neuen Aufgaben nach diesem Gesetzentwurf nicht vollständig durch die Krankenkassen refinanziert werden. Infolgedessen besteht die Gefahr, dass das in § 11 Abs. 1 des Gesetzentwurfs verankerte Vollkostendeckungsprinzip in der Praxis nicht gewährleistet werden kann. Die daraus entstehenden Finanzierungslücken treffen unmittelbar die Kreise und kreisfreien Städte als Rettungsdienstträger und damit die kommunalen Haushalte.

Zwar ermöglicht § 71 Abs. 1 SGB V in Ausnahmefällen Vergütungssteigerungen oberhalb der maßgeblichen Grenze, wenn die notwendige medizinische Versorgung andernfalls nicht gewährleistet werden kann. Diese Ausnahme schafft jedoch keine hinreichend verlässliche Grundlage für die Finanzierung dauerhaft landesrechtlich vorgeschriebener Strukturen, Standards und Vorhaltungen.

Neu zu bewerten ist in diesem Zusammenhang auch die Finanzierung überregional eingesetzter Sonderrettungsmittel. Beispielsweise werden Intensivtransportwagen (ITW) oder Baby-Intensivtransportwagen von einzelnen Rettungsdienstträgern für Einsätze in Schleswig-Holstein vorgehalten und bislang in deren Kosten- und Leistungsnachweisen berücksichtigt. Soweit die bundesrechtlichen Vorgaben künftig eine vollständige Refinanzierung dieser Vorhaltekosten über Benutzungsentgelte nicht mehr ermöglichen, kann es nicht Aufgabe einzelner Kreise oder kreisfreier Städte sein, aus ihren kommunalen Haushalten die Sonderrettungsmittel für eine überregionale Versorgung mitzufinanzieren. Hier bedarf es einer landesweiten und dauerhaft tragfähigen Finanzierung, um sicherzustellen, dass der Bevölkerung in Schleswig-Holstein auch künftig die erforderlichen Sonderrettungsmittel bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

2. Auswirkungen der Reform der Notfallversorgung noch nicht absehbar

Gleichzeitig befindet sich die Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene noch im parlamentarischen Verfahren. Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf am 9. Juli 2026 beraten; eine Entscheidung wird für den Herbst 2026 erwartet. Die Reform soll die medizinische Notfallrettung als eigenständige Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern und zugleich wesentliche Teile der Leistungsdefinition, Vergütung und fachlichen Rahmensetzung neu ordnen. Nach dem derzeitigen Stand sind die Auswirkungen der Reform auf die Refinanzierung der Rettungsdienstkosten noch nicht abschließend abzusehen. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich hieraus weiterhin finanzielle Belastungen für die Kreise und kreisfreien Städte ergeben. Damit besteht das Risiko, dass bei den Kreisen und kreisfreien Städten als Rettungsdienstträgern erhebliche Kosten verbleiben, die nicht mehr durch kostendeckende Benutzungsentgelte refinanziert werden.

Die Reform berührt zugleich die Planungs- und Entscheidungsspielräume der Länder und der kommunalen Rettungsdienstträger. Das nach § 133b Abs. 4 SGB V des Reformentwurfs vorgesehene Fachgremium Medizinische Notfallrettung soll bundesweit einheitliche Rahmenempfehlungen erarbeiten, die vor Ort zu berücksichtigen sind und insbesondere für die Refinanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen von erheblicher Bedeutung sein können. Der Bundesrat hat insoweit bereits vor einer faktischen Einschränkung landesrechtlicher Gestaltungsspielräume gewarnt. Da die Aufgaben des Fachgremiums nicht abschließend bestimmt sind, ist derzeit zudem nicht hinreichend absehbar, welche eigenständigen Planungs- und Entscheidungsspielräume den Ländern und damit mittelbar den Kreisen und kreisfreien Städten künftig verbleiben.

Weiterer Klärungsbedarf besteht auch hinsichtlich der in der Reform der Notfallversorgung sowie im vorliegenden Entwurf des Rettungsdienstgesetzes vorgesehenen Schiedsstellenregelungen und des Rechtswegs bei Streitigkeiten über Entgeltentscheidungen (Sozialgericht vs. Verwaltungsgericht). Sowohl die bereits beschlossenen bundesrechtlichen Änderungen als auch die geplante Reform der Notfallversorgung betreffen damit wesentliche Rahmenbedingungen für die Finanzierung und Steuerung des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein.

3. Zeitpunkt und Regelungstiefe der Novellierung des SHRDG

Der Gesetzentwurf nimmt für sich in Anspruch, die Notfallreform des Bundes bereits weitgehend vorwegzunehmen. Der erste Bundesgesetzentwurf der Reform der Notfallversorgung liegt zwar vor, das parlamentarische Verfahren ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Die Bundesregierung selbst hat zudem festgestellt, dass die Regelungen zur GKV-Beitragssatzstabilisierung und die Reform der Notfallversorgung inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt werden müssen, weil beide Vorhaben die Finanzierungsmechanismen desselben Versorgungsbereichs betreffen.

Es sollte deshalb sorgfältig geprüft werden, welche Regelungen im SHRDG bereits jetzt verbindlich getroffen werden müssen und wo zunächst die bundesrechtlichen Entscheidungen abzuwarten sind. Jedenfalls dürfen keine Strukturen mit einer Regelungstiefe verfestigt werden, die infolge bundesrechtlicher Änderungen kurzfristig erneut angepasst werden müssen oder zusätzliche organisatorische und finanzielle Risiken für die Kreise und kreisfreien Städte begründen.

Vor diesem Hintergrund regen wir an, den vorliegenden Gesetzentwurf zum SHRDG zurückzustellen und zu überarbeiten. Dies haben wir bereits umfassend schon im Beteiligungsverfahren der Landesregierung vortragen. Die Kommunalen Landesverbände und kommunalen Rettungsdienstträger stehen bereit, diesen Prozess fachlich und inhaltlich zu unterstützen. Dabei sollte sich die Novellierung zunächst auf diejenigen Regelungen konzentrieren, deren Refinanzierung hinreichend gesichert ist. Weitergehende Regelungen sollten insbesondere dort zurückgestellt werden, wo die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen und die dauerhafte Finanzierung noch nicht hinreichend geklärt sind oder durch das Land kompensiert werden.

Andernfalls besteht erhebliches Konfliktpotenzial insbesondere hinsichtlich der Finanzierung zusätzlicher oder erweiterter Aufgaben und Standards sowie der daraus resultierenden konnexitätsrechtlichen Fragen. Eine gemeinsame Überarbeitung bietet demgegenüber die Möglichkeit, die fachlich notwendigen Reformschritte umzusetzen, ohne zugleich neue und ungeklärte finanzielle Risiken für die Kreise und kreisfreien Städte zu begründen.

Die Kommunalen Landesverbände fordern deshalb, die bundesrechtlichen Entwicklungen bei der Novellierung des SHRDG konsequent zu berücksichtigen und die dauerhafte und auskömmliche Finanzierung des Rettungsdienstes sicherzustellen. Den Kreisen und kreisfreien Städten dürfen aus dem Zusammenspiel bundesrechtlicher Refinanzierungsgrenzen und landesrechtlicher Vorgaben keine ungedeckten finanziellen Belastungen entstehen. Das gilt sowohl für bestehende Aufgaben und Strukturen als auch für neue oder erweiterte Aufgaben, Standards und Vorhaltungen nach dem SHRDG. Soweit diese nicht durch die Krankenkassen finanziert werden, muss das Land die Finanzierung sicherstellen und erforderlichenfalls die entstehenden Finanzierungslücken aus Landesmitteln ausgleichen. Wer Aufgaben und Standards vorgibt, muss auch für deren Finanzierung einstehen.

4. Verantwortung des Landes auch auf Bundesebene

Zugleich bitten die Kommunalen Landesverbände das Land Schleswig-Holstein, die Anliegen der kommunalen Rettungsdienstträger auch auf Bundesebene einzubringen und sich im Rahmen der politischen Möglichkeiten für Regelungen einzusetzen, die eine auskömmliche und dauerhafte Refinanzierung der notwendigen rettungsdienstlichen Leistungen ermöglichen und zugleich die Planungs- und Entscheidungskompetenzen der Länder sowie der Kreise und kreisfreien Städte als kommunale Rettungsdienstträger wahren.

5. Weitere Änderungs- und Konkretisierungsvorschläge

Über diese grundsätzlichen Anmerkungen hinaus enthält der Gesetzentwurf eine Vielzahl weiterer Regelungen, zu denen aus kommunaler Sicht Änderungs- und Konkretisierungsbedarf besteht. Die fachlichen und redaktionellen Anmerkungen sowie konkreten Änderungsvorschläge sind der **Anlage** zu dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle aber die Regelung des § 21 zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, auf die nachfolgend näher eingegangen wird.

§ 21 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Die Träger des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein unterstützen das Ziel, die bundesrechtlich vorgesehenen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in der rettungsdienstlichen Versorgung abzubilden. Damit kann die Notfallversorgung in Schleswig-Holstein auch bei steigenden Einsatzzahlen und zunehmend begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen dauerhaft auf einem hohen Niveau sichergestellt werden. Die überwiegende Mehrheit der Rettungsdienststräger sehen jedoch hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des § 21 Änderungsbedarf, um es den Trägern weiterhin zu ermöglichen, verbindliche Vorgaben zum operativen und medizinischen Vorgehen der Einsatzkräfte zu machen und somit das in Schleswig-Holstein erreichte hohe Qualitätsniveau der rettungsdienstlichen Versorgung weiterhin sicherzustellen:

§ 21 Absatz 1 Satz 1 ist zwingend zu streichen

§ 21 Absatz 1 Satz 1 entspricht nicht der Realität, ist irreführend und für diese Träger nicht akzeptabel. Eine per Gesetz festgeschriebene, umfassend eigenverantwortliche Berufsausübung ist typischerweise mit freien Berufen verbunden (z. B. Wirtschaftsprüfer), die persönlich haftend und nicht weisungsgebunden ausgeübt werden. Beides trifft für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Schleswig-Holstein nicht zu. Sie sind ganz überwiegend abhängig beschäftigt, für sie gilt das Amtshaftungsprivileg und sie müssen schon von daher der Weisungsbefugnis der kommunalen Aufgabenträger unterliegen.

Auch das NotSanG sieht keine generell eigenverantwortliche Berufsausübung vor, sondern unterscheidet zwischen eigenverantwortlich auszuführenden Aufgaben und solchen, die eigenständig im Rahmen der Mitwirkung auszuführen sind. Insbesondere die Befugnis zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Erstversorgungsmaßnahmen in § 2a NotSanG stellt dabei einen Ausnahmetatbestand dar, der nur bei Vorliegen ganz bestimmter, situationsbezogener Voraussetzungen gilt und zudem zeitlich begrenzt ist. Dies entspricht mitnichten einer vollumfänglich eigenverantwortlichen, weisungsfreien Berufsausübung. Da für die Träger Amtshaftung für das Handeln ihrer Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter besteht, wäre dies auch keinesfalls hinnehmbar. Wer haftet, muss auch steuern können.

„NotSanG § 2a:

Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver oder medikamentöser Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

- 1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und*
- 2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.“*

Zu den eigenständig im Rahmen der Mitwirkung durchzuführenden invasiven und medikamentösen Maßnahmen gehört insbesondere die eigenständige Durchführung standardmäßig ärztlich vorgegebener heilkundlicher Maßnahmen. Die Versorgung anhand landesweit einheitlicher Mindeststandards und ärztlich verantworteter Standardarbeitsanweisungen muss den regelhaften organisatorischen Handlungsrahmen bilden. Insofern muss auch im SHRDG deutlich werden, dass es sich bei diesen eigenständig durchzuführenden Maßnahmen um den Regelfall und bei der eigenverantwortlichen Durchführung um einen Ausnahmetatbestand handelt, der rechtlich an die im NotSanG vorgegebenen Voraussetzungen gebunden ist.

Dass es sich bei der begrenzten Heilkundeerlaubnis nach § 2a NotSanG um einen Ausnahmetatbestand handelt, wird auch in den Ausführungen der Bundesdrucksache 19/24447 S. 84ff deutlich, auf die in der Gesetzesbegründung ausdrücklich verwiesen wird. Hier heißt es:

„Nummer 2 grenzt die Heilkundeübertragung insoweit ein, als diese erforderlich sein muss, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden. Sie gilt mithin für solche Einsatzsituationen, in denen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bisher im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes agieren mussten, um Patientinnen oder Patienten zu helfen. Hierdurch wird für die Berufsangehörigen mehr Rechtssicherheit geschaffen, da sie in diesen Fällen insbesondere nicht mehr auf den Rechtfertigungsgrund des § 34 des Strafgesetzbuches angewiesen sind.“

„Mit Blick auf die besondere Verantwortung, auch Haftungsverantwortung, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei der eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten übernehmen, ist die Regelung des neuen § 2a des Notfallsanitätergesetzes von dem Grundgedanken getragen, dass sie diese Verantwortung nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen müssen. Insbesondere den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst kommt hier eine wichtige Rolle zu, indem sie ihre Möglichkeiten zur Delegation entsprechend nutzen. Einen wichtigen Beitrag leisten dabei die standardmäßigen Vorgaben bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen, deren Qualität und Passgenauigkeit mit entscheidend dafür sein kann, wie oft Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei Ausübung ihres Berufs eine eigene heilkundliche Entscheidung zu treffen und zu verantworten haben werden. Es ist daher entscheidend, dass die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst diese standardmäßigen Vorgaben in ihren Zuständigkeitsbereichen auch verankern“

Der Bundesgesetzgeber macht demnach sehr deutlich, dass der Ausnahmetatbestand des § 2a NotSanG insbesondere dann genutzt werden soll, wenn keine passende Handlungsanweisung des Trägers vorhanden ist (bzw. diese den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nicht bekannt oder vorliegend ist). Eine generell eigenverantwortliche, weisungsfreie Berufsausübung wird eindeutig nicht vorgesehen.

Neben der Streichung des bisherigen Absatz 1 Satz 1 ist § 21 daher systematisch neu zu ordnen. Die Regelung zu den landesweit einheitlichen Standardarbeitsanweisungen wird als neuer Absatz 1 vorangestellt, die ärztliche oder teleärztliche Einzelfalldelegation als Absatz 2 fortgeführt und die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2a NotSanG als Absatz 3 nachgeordnet.

§ 21 Absatz 4 ist ersatzlos zu streichen

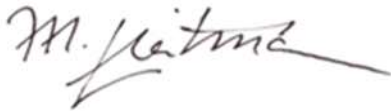
Mit diesem Absatz schreibt der Gesetzgeber den Rettungsdienststrägern vor, bestimmte, folgenreiche Entscheidungen in Notfalleinsätzen ausschließlich der individuellen Einschätzung der jeweils beteiligten Rettungsfachkraft überlassen zu müssen. Er macht es den Trägern damit unmöglich, für bestimmte Einsatzsituationen Anweisungen zur Vorgehensweise verbindlich vorzugeben.

Gerade die Frage der Entsendung oder Vorenthaltung notärztlicher Behandlung und der Durchführung oder Unterlassung eines Transports in die Klinik sind in bestimmten Notfallkonstellationen fachlich und rechtlich komplex und, wie Gerichtsverfahren der jüngeren Zeit gezeigt haben, von immenser Haftungsrelevanz. Entsprechend enthalten die Standardarbeitsanweisungen vieler Träger Vorgaben zur Hinzuziehung notärztlicher Ressourcen bei bestimmten, besonders bedrohlichen Notfallsituationen. Ebenso gibt es Handlungsanweisungen zu den Themen „Transportverweigerung“ und „Transportverzicht“, die durch die Arbeitsgemeinschaft der Rettungsdienststräger verabschiedet wurden. Sie untersagen beispielsweise einen Transportverzicht bei Vorliegen bestimmter Ausschlusskriterien oder Hochrisikofaktoren, unabhängig von der individuellen Einschätzung einzelner Einsatzkräfte.

Diese Handlungsanweisungen bieten hohe Rechtssicherheit für die Träger wie auch für die Einsatzkräfte und haben sich sehr bewährt. Mit § 21 Absatz 4 würde ihre Verbindlichkeit aufgehoben. Dies ist nicht hinnehmbar.

Es kann nicht Aufgabe des Gesetzes sein, mittels pauschaler Vorschriften bis in einzelne, operative Entscheidungsprozesse der Einsatzabwicklung hinein zu regulieren und dadurch den fachlich wie haftungsrechtlich verantwortlichen Rettungsdienstträgern zentrale Steuerungsinstrumente zu nehmen, mit denen sie in komplexen Lagen Patienten- und Rechtssicherheit gewährleisten. Dieser Absatz muss daher ersatzlos entfallen. Der konkrete Änderungsvorschlag für § 21 ist der Anlage zu entnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'M. Ziertmann', with a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Marc Ziertmann
Gf. Vorstandsmitglied
Städteverband Schleswig-Holstein

Inhalt	
Abschnitt 1 Ziel, Aufgabenbeschreibung, Trägerschaft des Rettungsdienstes	3
§ 2 Begriffsbestimmungen	3
§ 3 Aufgabenträgerschaft	6
§ 4 Aufgabenwahrnehmung	6
Abschnitt 2 Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung	10
§ 10 Kosten	10
§ 11 Vereinbarung über Benutzungsentgelte des Rettungsdienstes und der Luftrettung	10
§ 12 Schiedsstelle und Schiedsverfahren	13
Abschnitt 3 Rettungsmittel, Telenotfallmedizin	13
§ 13 Rettungsmittel	13
§ 14 Besetzung der Rettungsmittel	15
§ 16 Notarztindikationskatalog	15
§ 17 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung	16
§ 18 Experimentierklausel	17
Abschnitt 4 Personal, Fortbildung	17
§ 20 Leitung Medizinische Versorgung	17
§ 21 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	18
§ 22 Fortbildung	20
Abschnitt 5 Leitstelle, Behandlungskapazitätenachweis	22
§ 23 Integrierte Leitstelle	22
§ 24 Behandlungskapazitätenachweis	24
Abschnitt 6 Qualitätssicherung	24
§ 25 Qualitätsmanagement	24
§ 26 Zentrale Stelle Rettungsdienst	25
Abschnitt 7 Ersthelfersysteme	25
§ 28 Organisierte Erste Hilfe	25

Abschnitt 8 Großschadensereignisse, Werksrettungsdienst	26
§ 29 Rettungsdienstliche Großschadensereignisse	26
§ 30 Werksrettungsdienst	26
Abschnitt 10 Schlussbestimmungen	27
§ 36 Übergangsbestimmungen	27
§ 38 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	28

Abschnitt 1 Ziel, Aufgabenbeschreibung, Trägerschaft des Rettungsdienstes	
§ 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.	Es wird angeregt, in der Definition der Notfallrettung den Begriff „präklinisch“ durch „außerklinisch“ zu ersetzen. Der Begriff „präklinisch“ suggeriert begrifflich eine nachfolgende klinische Weiterbehandlung und wird damit dem vorgesehenen Verständnis der Notfallrettung nicht vollständig gerecht. Insbesondere kann eine notfallmedizinische Versorgung auch abschließend am Einsatzort erfolgen, ohne dass sich ein Transport oder eine klinische Weiterbehandlung anschließt. Der Begriff „außerklinisch“ bildet das Aufgabenspektrum der Notfallrettung daher präziser und ergebnisoffener ab. Für Satz 1 wird folgende Formulierung vorgeschlagen: <i>„Notfallrettung ist die außerklinische notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten.“</i> Die Terminologie sollte im gesamten Gesetzentwurf einheitlich angepasst und der Begriff „präklinisch“ durch „außerklinisch“ ersetzt werden.
(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.	Steht das Wort „Behandlungseinrichtung“ als Synonym für Krankenhaus oder sind damit tatsächlich alle Behandlungseinrichtungen wie z. B. Arztpraxen, Geburtshäuser, etc. gemeint? Wie verhält sich die Regelung zu Abs. 3 hierzu, wo auch die Weitergabe (Weiterleitung) „in geeignete ambulante Versorgungsangebote“ geregelt wird. Gibt es einen Unterschied? Wären „ambulante Versorgungsangebote“ dann z. B. auch Behandlungseinrichtungen (Hausarzt-Praxis etc.)? Es bedarf einer Definition von Behandlungseinrichtungen im Sinne des Gesetzes. Satz 1: Auch hier besteht weiterhin ein Auslegungsspielraum, welche Behandlungseinrichtung wirklich „eine“ der nächstgelegenen Behandlungseinrichtungen ist (z. B. nach der geografischen Entfernung („Luftlinie“) oder der zeitlichen Erreichbarkeit). Dies sollte klarer/offener geregelt werden.

	Es wird vorgeschlagen, Satz 1 wie folgt zu ändern: <i>„[...] Transport in eine verfügbare, medizinisch geeignete Behandlungseinrichtung und zwar in der Regel in die dementsprechende nächstgelegene.“</i>
(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.	Die Ergänzung „mit Ausnahme der Krankentrage“ ist erforderlich, um den Krankentransport deutlicher von Krankenfahrten, insbesondere von reinen Liegendtransporten, abzugrenzen. Allein die Notwendigkeit einer liegenden Beförderung darf nicht dazu führen, dass ein Transport dem Rettungsdienst zugeordnet wird. Maßgeblich muss vielmehr sein, ob während der Beförderung eine medizinische Betreuung oder – über die bloße Transportmöglichkeit im Liegen hinaus – die besondere Ausstattung eines Krankentransportwagens erforderlich ist. Die derzeitige Praxis führt dazu, dass in erheblichem Umfang reine Liegendtransporte durch den Rettungsdienst erbracht werden, obwohl keine rettungsdienstliche Versorgung erforderlich ist. Dies bindet qualifizierte personelle und technische Ressourcen, die für die eigentlichen Aufgaben des Rettungsdienstes benötigt werden. Eine gesetzlich eindeutige Abgrenzung trägt daher dazu bei, Fehlzusordnungen zu vermeiden, den Rettungsdienst von sachfremden Transportleistungen zu entlasten und vorhandene Ressourcen bedarfsgerecht einzusetzen. Folgende Änderung wird vorgeschlagen: <i>„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 – mit Ausnahme der Krankentrage – der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.“</i>
(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	Die vorgesehene Definition des Sekundärtransports sollte präzisiert werden. Der Begriff der „Behandlungseinrichtung“ ist sehr weit gefasst (siehe Ausführungen zu § 2 Abs. 4) und kann zu Abgrenzungsproblemen hinsichtlich der Frage führen, welche Beförderungen tatsächlich als Sekundärtransporte dem Rettungsdienst zuzuordnen sind. Kennzeichnend für einen Sekundärtransport sollte sein, dass eine bereits in einer Einrichtung der stationären medizinischen Versorgung behandelte Patientin oder ein bereits dort behandelter Patient zur medizinisch erforderlichen Weiterbehandlung in eine

bestimmenden Umstände. Es gelten dann die jeweils im Einzelfall einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.	andere Einrichtung der stationären oder vorstationären medizinischen Versorgung befördert wird. Zur Konkretisierung wird folgende Formulierung vorgeschlagen: <i>„Sekundärtransport ist die Beförderung von Patientinnen und Patienten aus einer Behandlungseinrichtung der stationären medizinischen Versorgung zur medizinisch erforderlichen Behandlung in eine andere Behandlungseinrichtung der stationären oder vorstationären medizinischen Versorgung.“</i> Die Änderung könnte die Anpassung von § 1 Abs. 6 Nr. 3 notwendig machen, da danach der Transport von stationär aufgenommen Patientinnen und Patienten nicht die Aufgabe des Rettungsdienstes ist.
(11) Eine Integrierte Leitstelle ist eine Rettungsleitstelle, die die gesetzlichen Aufgaben einer Rettungsleitstelle und einer Feuerwehreinsatzleitstelle wahrnimmt.	Es sollten im Gesetz die unterschiedlichen Organisationsformen von Integrierten Leitstellen definiert werden. Konkreter Ergänzungsvorschlag für einen zweiten Satz: <i>„Nimmt sie diese Aufgaben für die Zuständigkeitsbereiche mehrerer Rettungsdienststräger wahr, ist sie eine Integrierte Regionalleitstelle. Eine Integrierte Regionalleitstelle, die unter gemeinsamer Nutzung räumlicher und technischer Infrastruktur mit einer Leitstelle der Polizei betrieben wird, ist eine Kooperative Regionalleitstelle.“</i> Es wäre hier folgerichtig den normativen Bezug zum § 3 Absatz 1 Nummer 3 des Brandschutzgesetzes vom 10. Februar 1996 (GVBl. Schl.-H. S. 299) darzulegen. Die Aufgaben zwischen diesem Abs. und den Aufgaben in § 24 Abs. 1 erschließen sich nur schwer.
(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.	Die Definition der Fehlfahrt sollte im Hinblick auf die auf Bundesebene vorgesehene Reform der Notfallversorgung überprüft werden. Nach dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808) soll die medizinische Versorgung vor Ort ausdrücklich als Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden. Eine Versorgung durch den Rettungsdienst, bei der nach erfolgter Behandlung vor Ort kein Transport in eine weitere Versorgungseinrichtung erforderlich ist, stellt danach gerade eine reguläre Form der rettungsdienstlichen Versorgung dar.

	Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht sachgerecht, Einsätze, bei denen Patientinnen und Patienten durch Rettungsdienstfachpersonal, ärztliches oder telenotärztliches Personal vor Ort abschließend versorgt werden können, generell als „Fehlfahrten“ einzuordnen. Dies könnte zu einem Wertungswiderspruch zwischen dem SHRDG und der auf Bundesebene angestrebten Weiterentwicklung des Rettungsdienstes von einer transportorientierten hin zu einer eigenständigen medizinischen Versorgungsleistung führen. Es wird daher angeregt, die Definition der Fehlfahrt entsprechend anzupassen und insbesondere medizinisch indizierte, fallabschließende Versorgungen vor Ort hiervon auszunehmen.
§ 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.	Die „kommunalen Gestaltungsspielräume“ oder die pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben nach diesem Gesetz sind nicht zu erkennen. Bei pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben kann die kreisfreie Stadt oder der Kreis über das „ob“ der Aufgabenerledigung nicht entscheiden. Stattdessen aber besteht Ermessen im Rahmen des „wie“ der Aufgabenerfüllung, siehe § 2 Abs. 2 GO bzw. § 2 Abs. 2 KrO. In Anbetracht der hier zwingenden, erheblichen neuen Regelungstiefe im Gesetzentwurf und in den Verordnungen kann kaum mehr von einem Spielraum beim „wie“ der Aufgabenerfüllung ausgegangen werden. Zunächst ist anzumerken, dass schon das aktuelle SHRDG an ein Gesetz über Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung erinnert, nun aber bleibt in der neuen Fassung praktisch nichts mehr übrig, was an eine Selbstverwaltungsaufgabe erinnern könnte. Allenfalls in einigen wenigen Randbereichen kann man den Charakter einer Selbstverwaltungsaufgabe noch erkennen.
§ 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	Die vorgesehene Verpflichtung der Träger des Rettungsdienstes, im Rahmen der sanitätsdienstlichen Absicherung von Veranstaltungen eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung von Rettungsmitteln sicherzustellen, sollte im Hinblick auf die hiermit verbundenen finanziellen Auswirkungen näher betrachtet werden. Insbesondere bei Großveranstaltungen, die mit Gewinnerzielungsabsicht durchgeführt werden, kann die erforderliche zusätzliche Vorhaltung von Rettungsmitteln zu einem erheblichen personellen und finanziellen Mehraufwand für den Rettungsdienst führen. Dabei sind an die veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung grundsätzlich dieselben qualitativen Anforderungen zu stellen wie an den Regelrettungsdienst. Vor dem Hintergrund der zugleich verfolgten Zielsetzung des Bundes, die Kostenentwicklung im Rettungsdienst zu begrenzen, sollte geprüft werden, inwieweit es sachgerecht ist, einen ausschließlich durch eine kommerzielle Veranstaltung veranlassten zusätzlichen Vorhaltebedarf der allgemeinen rettungsdienstlichen Vorhaltung zuzuordnen und damit einen wesentlichen Teil der hierdurch entstehenden Kosten über die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. In anderen Bundesländern bestehen bzw. werden zunehmend Modelle diskutiert oder angewandt, nach denen Veranstalter gewinnorientierter Veranstaltungen an den Kosten der hierdurch erforderlich werdenden zusätzlichen rettungsdienstlichen Vorhaltung beteiligt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch für Schleswig-Holstein geprüft werden, ob und in welcher Form eine angemessene Beteiligung der Veranstalter an den veranstaltungsbedingt entstehenden zusätzlichen Vorhaltekosten in Betracht kommen kann.
4. eine Struktur zur Bewältigung von Großschadensereignissen vorgehalten wird.	
(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	Das Land kann hier nur die Träger auffordern, dass sie die Möglichkeiten ausschöpfen sollen – es ist keine Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung.

unterstützen; dies gilt auch für Ersuchen aus anderen Ländern. Das gilt auch für die Organisations- und Kommunikationsstrukturen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit.	In Satz 3 ist unklar: Was ist damit gemeint? „Organisations- und Kommunikationsstrukturen in der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit“? Soll dass der Zivilschutz- bzw. Katastrophenschutz sein? Maßnahmen nach z. B nach § 21 ZSKG zur Planung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung? Vor dem Hintergrund ist auch der Begriff „im Bedarfsfall“ im vorherigen Satz nochmal zu definieren. Zugleich wäre zu konkretisieren, dass die Kosten für die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) wohl Kosten des Landes wären oder einer unmissverständlichen Zuordnung zu den Kosten des Rettungsdienstes bedarf. Wobei hier dem nahegelegt wird, zu prüfen, inwiefern das Kosten des Rettungsdienstes sein können und dürfen.
(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.	Siehe Anmerkungen zu Abs. 3.
(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	Die bisherige Regelung zum vorbeugenden Rettungsdienst bleibt hinsichtlich Zielsetzung, Aufgabeninhalt und Abgrenzung zu anderen Versorgungsbereichen zu unbestimmt. Angesichts der damit verbundenen neuen Aufgaben und möglichen finanziellen Auswirkungen bedarf es einer hinreichend konkreten gesetzlichen Definition, die insbesondere den präventiven Charakter, die Vermeidung unnötiger Notfalleinsätze und die sektorenübergreifende Steuerung beschreibt. Zugleich sollte klargestellt werden, dass mit dem vorbeugenden Rettungsdienst keine generelle Verpflichtung der Träger verbunden ist, entsprechende Strukturen oder Kapazitäten dauerhaft vorzuhalten oder sicherzustellen. Vielmehr sollte dieses Instrument bedarfsabhängig dort zum Einsatz kommen können, wo konkrete Versorgungslücken bestehen und deren Schließung durch Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes erforderlich und sachgerecht ist. Die Entscheidung über dessen Einsatz sollte sich daher an den jeweiligen örtlichen Versorgungsstrukturen und dem konkret festgestellten Bedarf orientieren. Die vorgeschlagene Ergänzung schafft insoweit die notwendige Klarheit für eine rechtssichere, bedarfsgerechte und einheitliche Aufgabenwahrnehmung durch die Kreise und kreisfreien Städte. Zur Konkretisierung wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

	<i>„Die Träger des Rettungsdienstes können zur Schließung bestehender Versorgungslücken einen vorbeugenden Rettungsdienst vorsehen. Vorbeugender Rettungsdienst umfasst Maßnahmen, die präventiv ansetzen, also vor dem eigentlichen Notfallereignis erfolgen. Ziel ist, das Risiko eines Notfallereignisses, das zu einem Notruf 112 führen würde, zu verringern oder sein Auftreten zu verzögern. Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes sollen,</i> <i>1. dazu beitragen, das Outcome der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern,</i> <i>2. Hilfesuchende frühzeitig in geeignete Versorgungsformen steuern und so Fehlsteuerungen und unnötige Notfalleinsätze vermeiden.</i> <i>Für die Durchführung des vorbeugenden Rettungsdienstes sind von den Trägern des Rettungsdienstes für ihren jeweiligen Versorgungsbereich Konzepte zu entwickeln. Der vorbeugende Rettungsdienst wirkt auf eine sektorenübergreifende Versorgung von Akut- und Notfallpatienten im jeweiligen Versorgungsbereich hin. Der vorbeugende Rettungsdienst wird für diese Aufgabe und mit Blick auf das jeweilige Trägerkonzept mit geeignetem Personal durchgeführt.“</i>
1. Maßnahmen mit dem Ziel, das Risiko eines Notfallereignisses, das zu einem Notruf führen würde, zu verringern und	Siehe Anmerkungen zu § 7
2. die frühzeitige Steuerung von Hilfeersuchen in die entsprechend geeignete Versorgungsform.	Siehe Anmerkungen zu § 7
(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.	Die Regelungen zur Kommunikation der Integrierten Leitstellen sollten in Gesetzestext und Begründung einheitlich gefasst werden. Da § 4 Abs. 8 Satz 2 SHRDG-E ausdrücklich die „Sprach-, Bild- und Textkommunikation“ erfasst, sollte dies auch in der Gesetzesbegründung entsprechend abgebildet werden. Es wird daher folgende Formulierung vorgeschlagen: „Die Sprach-, Bild- und Textkommunikation der Integrierten Leitstelle ist elektronisch zu speichern.“ Darüber hinaus wird der Begriff „Reaktionszeit“ im Gesetzentwurf nicht durchgehend einheitlich verwendet. Vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich länderübergreifend abgestimmten Qualitätsindikatoren sollte im Zusammenhang mit Leitstellenprozessen

	einheitlich der präzisere Begriff „Notruf-Wartezeit“ verwendet werden. Dies trägt zu einer fachlich eindeutigen und länderübergreifend konsistenten Terminologie bei.
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.	Das Verhältnis zwischen § 10 Abs. 1 und § 2 Abs. 13 ist klarzustellen. Während § 2 Abs. 13 die Krankenkassen und weiteren Sozialleistungsträger als „Kostenträger“ definiert, weist § 10 Abs. 1 die Kostentragung den Kreisen und kreisfreien Städten zu. Dieser Widerspruch gewinnt durch die Refinanzierungsbegrenzungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes besondere Bedeutung, da notwendige Kosten des Rettungsdienstes künftig wohl nicht mehr vollständig durch die Krankenkassen refinanziert werden können.
§ 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).	Die ausdrückliche Verankerung des Grundsatzes der Vollkostendeckung wird begrüßt. Sie entspricht dem Erfordernis, dass die Kreise und kreisfreien Städte als Rettungsdienststräger die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben auskömmlich finanzieren können. Allerdings steht dieser landesrechtliche Anspruch in einem Spannungsverhältnis zu den aktuellen bundesrechtlichen Refinanzierungsregelungen des SGB V. Durch die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten Begrenzungen der Vergütungsentwicklung ist nicht gewährleistet, dass sämtliche notwendigen und nach dem SHRDG entstehenden Kosten tatsächlich über Benutzungsentgelte gegenüber den Krankenkassen refinanziert werden können. Es ist daher klarzustellen, wie die gesetzlich vorgesehene Vollkostendeckung gewährleistet wird, wenn bundesrechtliche Refinanzierungsgrenzen einer vollständigen Finanzierung durch die Krankenkassen entgegenstehen. Verbleibende Finanzierungslücken dürfen nicht zulasten der Kreise und kreisfreien Städte gehen.

	Zentrales Anliegen (vgl. Anschreiben): <i>Die gesetzlich vorgesehene Vollkostendeckung muss sichergestellt werden. Verbleibende Finanzierungslücken dürfen nicht zulasten der Kreise und kreisfreien Städte gehen.</i>
(3) Die Kosten für Sonderrettungsmittel nach § 4 Absatz 5 sind im Rahmen der Kostenkalkulation des jeweiligen Trägers des Rettungsdienstes, der diese vorhält, zu berücksichtigen.	Die vorgesehene Zuordnung der Kosten von Sonderrettungsmitteln zur Kostenkalkulation des jeweils vorhaltenden Rettungsdienstträgers ist vor dem Hintergrund der geänderten bundesrechtlichen Refinanzierungsbedingungen kritisch zu überprüfen. Sonderrettungsmittel werden teilweise von einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten vorgehalten, stehen jedoch für eine überregionale Versorgung zur Verfügung. Soweit aufgrund der neuen Regelungen des SGB V eine vollständige Refinanzierung dieser Kosten nicht mehr gewährleistet ist, entsteht für den jeweils vorhaltenden Rettungsdienstträger ein reales finanzielles Risiko. Es kann nicht Aufgabe einzelner Kreise oder kreisfreier Städte sein, aus eigenen Mitteln Sonderrettungsmittel für die Versorgung anderer Trägergebiete mitzufinanzieren. Eine solche Risikoverteilung könnte zudem die Bereitschaft erheblich beeinträchtigen, künftig überregionale Aufgaben zu übernehmen. Zentrales Anliegen (vgl. Anschreiben): Für überregional eingesetzte Sonderrettungsmittel ist daher eine landesweit tragfähige und vollständige Finanzierung sicherzustellen.
(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	Sofern die maßgeblichen Regelungen des SGB V im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zum SHRDG nicht geändert werden, sind die vorgesehenen Fristen für die Entgeltverhandlungen an die bundesrechtlichen Vorgaben des § 71 SGB V anzupassen. Der Gesetzentwurf sieht einen Abschluss der Verhandlungen spätestens zum 30. September vor. Die für die Vergütungsentwicklung des Folgejahres maßgeblichen Werte nach § 71 Abs. 3 SGB V werden jedoch erst zum 15. September des laufenden Jahres bekannt gegeben.

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.	Damit würde lediglich ein Zeitraum von rund zwei Wochen verbleiben, um die bundesrechtlich maßgeblichen Werte in der Kalkulation und den Verhandlungen zu berücksichtigen und eine Entgeltvereinbarung für das Folgejahr abzuschließen. Dies ist für eine sachgerechte Kalkulation und Verhandlungsführung nicht ausreichend. Sofern die bundesrechtliche Rechtslage unverändert bleibt, sind die Fristen daher so anzupassen, dass nach Bekanntgabe der maßgeblichen Werte nach § 71 Abs. 3 SGB V ein angemessener Zeitraum für die Kalkulation und den Abschluss der Entgeltverhandlungen verbleibt.
(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.	Die Regelung im ersten Satz wird begrüßt, da sich die Regelung seit 2017 in der Praxis bewährt hat. Der Rest wird abgelehnt. Nach Abs. 4 sind alle Rettungsdienststräger zur fristgerechten Abgabe der Rechnungsabschlussunterlagen verpflichtet. Damit ist die Regelung in Satz 2 und folgenden Sätzen hinfällig. Erschwerend hinzu kommt dann der letzte Satz, der den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern die Möglichkeit eröffnet, alle möglichen Abweichungen im Einvernehmen zu regeln. In 2017 wurde die „Fristenregelung“ von den Rettungsdienststrägern in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht, auch weil sich zu der Zeit viele Verhandlungen der Benutzungsentgelte über mehrere Jahre in die Länge gezogen hatten und eine rückwirkende Verhandlung der Benutzungsentgelte dadurch erschwert und nur mit viel Aufwand möglich wurde. Mit dieser Regelung wird bewusst die Rückkehr in die Verhandlungssystematik von vor 2017 inkl. der damit genannten Probleme eröffnet. Ausgehend von der Begründung bleibt auch unklar, warum diese Rückkehr und Abweichung von der bewährten Praxis erfolgen soll. Sofern eine Regelung für notwendig gehalten wird, wenn ein Rettungsdienststräger keine Rechnungsabschlussunterlagen einreichen kann, so können die Kostenträger immer noch die Schiedsstelle anrufen. Dies hätte den Vorteil, dass es dann aber im geordneten Verfahren bleibt. Zugleich könnte der letzte Satz auch als „Druckmittel“ eingesetzt werden, wenn sich die beiden Verhandlungsparteien nicht verständigen wollen. Zur Umsetzung wird folgende Änderung vorgeschlagen: <i>„Satz 2 und die folgenden Sätze sind ersatzlos zu streichen.“</i>

§ 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.	Die vorgesehene Regelung zur Schiedsstelle sollte vor dem Hintergrund der aktuellen bundesrechtlichen Entwicklungen nochmals überprüft werden. Nach dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sind bei der Festsetzung von Entgelten die Vorgaben des § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V zu beachten. Gleichzeitig sieht auch der Entwurf zur Reform der Notfallversorgung (i. d. F vom 20.04.2026) weiterhin eine Schiedsstelle auf Landesebene vor. Klärungsbedarf besteht dabei sowohl hinsichtlich der künftigen Entscheidungsbefugnisse der Schiedsstelle als auch des Rechtswegs. Insbesondere ist zu klären, welchen Entscheidungsspielraum die Schiedsstelle bei der Festsetzung von Benutzungsentgelten unter den bundesrechtlichen Refinanzierungsvorgaben künftig noch hat. Während der Entwurf zur Reform der Notfallversorgung für Entscheidungen der dort vorgesehenen Schiedsstelle den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit vorsieht, bestimmt § 12 SHRDG-E – soweit bundesrechtlich nichts anderes geregelt ist – für Entscheidungen nach Absatz 5 Nummer 1 und 3 den Verwaltungsrechtsweg. Es wird daher angeregt, § 12 im weiteren Gesetzgebungsverfahren mit den bundesrechtlichen Regelungen abzugleichen und dabei insbesondere die Entscheidungsbefugnisse der Schiedsstelle, ihr Verhältnis zur bundesrechtlich vorgesehenen Schiedsstelle sowie den einschlägigen Rechtsweg eindeutig zu klären.
Abschnitt 3 Rettungsmittel, Telenotfallmedizin	
§ 13 Rettungsmittel	
(1) Rettungsmittel nach diesem Gesetz sind	Ein gesetzlicher Verweis auf eine konkret versionierte Normfassung ist nicht sinnvoll (vgl. § 13 Abs. 1 Nr. 2–4 sowie Abs. 3 und Abs. 4), da hierdurch bei Inkrafttreten des Gesetzes die Gefahr besteht, dass bereits beschaffte und bislang zulässige Rettungsmittel allein aufgrund einer zwischenzeitlich geänderten Normfassung nicht mehr eingesetzt werden dürften. Normverweise sollten daher dynamisch und beschaffungsbezogen ausgestaltet werden, etwa in der Form, dass Rettungsmittel „nach der jeweils zum Zeitpunkt der Beschaffung gültigen Fassung“ der einschlägigen Norm zu beschaffen sind.

	Dies würde zugleich den Bestandsschutz systematisch sicherstellen, der durch die derzeitige Regelung des § 13 Abs. 2 nicht für sämtliche Rettungsmittel mit DIN-Verweis gewährleistet wird.
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,	
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.	Die vorgesehene Formulierung „zu verwenden sind“ begründet dem Wortlaut nach eine verbindliche Einsatzvorgabe für AEF. Dies ist durch eine Kann-Regelung zu ersetzen, wie sie auch in vorherigen Entwurfsständen vorgesehen war. Vorhaltung und Einsatz dieser ergänzenden Rettungsmittel müssen sich nach dem festgestellten Bedarf und den örtlichen Gegebenheiten richten.
(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.	Siehe Anmerkung zu § 13 Abs. 1.
(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	Sofern neben der Notfallrettung auch intensivmedizinische Verlegungen mit Luftrettungsmitteln abgebildet werden sollen, sind die hierfür erforderlichen operativen und technischen Mindestanforderungen sowie eine klare Abgrenzung der unterschiedlichen Einsatzprofile festzulegen. Analog zu den übrigen in § 13 genannten Rettungsmitteln ist

entsprechend ausgestattet sind. Die Anforderungen an Ausstattung, Betrieb und medizinisch-technische Ausrüstung werden durch die Träger der Luftrettung festgelegt.	auch für Luftrettungsmittel eine Bezugnahme auf die einschlägigen Anforderungen der DIN EN 13718 vorzusehen, sodass die jeweiligen Einsatzmöglichkeiten und -grenzen der RTH eindeutig bestimmt sind. Es wird folgende Änderung vorgeschlagen: <i>„Luftrettungsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind Rettungstransporthubschrauber (RTH), die den luftfahrttechnischen und den einschlägigen Anforderungen der DIN EN 13718 entsprechen und für den Transport sowie die Notfallmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten geeignet und entsprechend ausgestattet sind. Soweit Luftrettungsmittel auch für intensivmedizinische Verlegungen eingesetzt werden, sind die hierfür erforderlichen zusätzlichen Anforderungen zu berücksichtigen. Die Anforderungen an Ausstattung, Betrieb und medizinisch-technische Ausrüstung werden durch die Träger der Luftrettung festgelegt.“</i>
§ 14 Besetzung der Rettungsmittel	
(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.	Um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, ist klarzustellen, dass die spezifische landeseinheitliche Fortbildung von der Rettungssanitäterin oder dem Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung zu absolvieren ist. Es wird folgende Änderung zu Satz 2 vorgeschlagen: <i>„Mindestens eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung muss für den Einsatz auf dem AKTW spezifisch landeseinheitlich fortgebildet sein.“</i>
§ 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.	Die Anwender standardisierter Notrufabfrageprotokolle können ausschließlich solche Anpassungen vornehmen, die innerhalb ihres Einflussbereichs liegen. Die Abfragelogik etablierter nationaler oder internationaler Systeme ist regelmäßig nicht kurzfristig und landesspezifisch veränderbar. Praktikabel ist hingegen die Anpassung der Ergebniszuordnung, insbesondere hinsichtlich der Verknüpfung medizinischer Codes mit

	Einsatzkategorien und damit verbundenen Einsatzstichworten (welche erkannte medizinische Indikation, führt zu welcher Reaktion des Systems). Daher ist Satz 2 wie folgt zu ändern: <i>„Der Notarztindikationskatalog in seiner jeweils gültigen Fassung wird verbindlicher Bestandteil der Ergebniszuordnung des standardisierten Notrufabfrageprotokolls.“</i>
(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.	Analog zur Anmerkung zu § 16 Abs. 1 ist der Begriff „standardisierte Notrufabfrageprotokolle“ durch „Ergebniszuordnung der standardisierten Notrufabfrageprotokolle“ zu ersetzen.
§ 17 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung	
--	In vorherigen Entwurfsversionen war die Qualifikation von Telenotärztinnen und Telenotärzten beschrieben. Dies ist in diesem Gesetzentwurf entfallen aber wieder einzufügen. Die telenotärztliche Tätigkeit stellt aufgrund der telemedizinisch gestützten Beurteilung, Beratung und Anordnung besondere Anforderungen an die eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, die über die allgemeine notärztliche Qualifikation hinausgehen. Die zusätzliche Qualifikation stellt sicher, dass die hierfür erforderlichen spezifischen fachlichen, kommunikativen und technischen Kompetenzen nach einheitlichen Standards vermittelt und nachgewiesen werden. Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung ist daher erforderlich, um landeseinheitliche Qualifikationsanforderungen und ein einheitliches Qualitätsniveau der telenotärztlichen Versorgung sicherzustellen. Es wird vorgeschlagen folgenden neuen Abs. 4 einzufügen: <i>„Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen zusätzlich zu der in § 15 Abs. 2 geforderten Qualifikation über die Qualifikation ‚Telenotärztin‘ oder ‚Telenotarzt‘ verfügen.“</i>

§ 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.	Die Einführung einer Experimentierklausel wird weiterhin begrüßt. Unverändert besteht jedoch der Hinweis, dass die Experimentierklausel – sofern sie für sämtliche Bereiche des Rettungsdienstes bzw. des Gesetzes gelten soll – systematisch nicht allein im Abschnitt „Rettungsmittel, Telenotfallmedizin“ verortet ist. Zur Klarstellung ihrer Geltung, insbesondere auch für die Integrierten Leitstellen, ist eine Verankerung am Ende des Abschnitt 1 des Gesetzes sachgerechter.
(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.	Die Notwendigkeit einer gesicherten Finanzierung vor einer möglichen Genehmigung setzt niederschweligen Experimenten hohe Hürden und muss entfallen. Der Begriff „Träger der Integrierten Leitstellen“ erscheint systematisch nicht konsistent zur Begriffslogik des Gesetzes und muss entsprechend angepasst werden.
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.	Eine gesonderte gesetzliche Verpflichtung, dass trägerübergreifende Zusammenarbeit auszuschöpfen ist, ist nicht erforderlich, da die Prüfung und Nutzung sinnvoller Kooperationsmöglichkeiten bereits in § 4 Absatz 3 SHRDG-E angelegt und Bestandteil einer sachgerechten, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Aufgabenwahrnehmung durch die Rettungsdienststräger ist. Die Regelung hat daher keinen eigenständigen zusätzlichen Regelungsgehalt. Es wird vorgeschlagen, den folgenden Satz ersatzlos zu streichen: <i>„Die Möglichkeiten der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sind auszuschöpfen.“</i>
(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	Die Formulierung „bestellen“ ist durch „tätig“ zu ersetzen. Die Verantwortung für die Organisation des Rettungsdienstes und damit auch für die Wahrnehmung der Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst liegt beim jeweiligen Rettungsdienststräger. Um

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.	daraus keine eigenständige, von der Organisationsverantwortung des Trägers losgelöste Rechtsstellung der ÄLRD zu schaffen, ist die Regelung organisationsneutral zu fassen. Es wird folgende Änderung zu Satz 1 vorgeschlagen: <i>„Als Ärztliche Leitung Rettungsdienst kann nur tätig werden, wer die Fortbildung „Ärztlicher Leiter/ Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ absolviert hat und die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer absolviert.“</i>
§ 21 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	
--	§ 21 ist systematisch neu zu ordnen und punktuell anzupassen. Zur ausführlichen Begründung wird auf die Ausführungen im Anschreiben verwiesen. Es wird vorgeschlagen, § 21 wie folgt zu fassen: <i>„(1) 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 Standardarbeitsanweisungen des Trägers des Rettungsdienstes auf Grundlage landesweit einheitlicher Handlungsempfehlungen 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.</i> <i>(2) 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.</i>

	<i>(3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, entsprechend NotSanG § 2 a eigenverantwortlich durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist, Standardarbeitsanweisungen des Trägers nicht vorliegen oder anwendbar sind und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.</i> <i>(4) 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.“</i>
(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.	Siehe vorherige Zeile.
(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.	Siehe vorherige Zeile.
(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	Siehe vorherige Zeile.

delegierenden Notärztin oder Tele-notärztin 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.	Soll ersatzlos gestrichen werden, siehe vorherige Zeile.
(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.	Siehe vorherige Zeile.
§ 22 Fortbildung	
(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.	Die vorgesehene regelmäßige Fortbildung von Notärztinnen und Notärzten wird ausdrücklich unterstützt und ist für die Sicherstellung einer hohen Qualität der notärztlichen Versorgung unverzichtbar. In Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein wurden hierzu bereits sogenannte N-zertifizierte Fortbildungen für das notärztliche Personal entwickelt, die mit CME-Punkten hinterlegt sind und in einem festgelegten Umfang nachgewiesen werden müssen. Diese Entwicklung wird ausdrücklich begrüßt und sollte auch künftig beibehalten und in die neue Regelung einbezogen werden. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Umfang von durchschnittlich 30 Fortbildungsstunden jährlich erscheint jedoch angesichts des bestehenden Fachkräfte- und Personalmangels zu hoch. Fortbildungszeiten stehen zugleich für die unmittelbare notärztliche Versorgung nicht zur Verfügung und können die ohnehin angespannte Personalsituation zusätzlich verschärfen. Entscheidend sollte daher weniger eine Ausweitung des zeitlichen Umfangs

	als vielmehr die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und rettungsdienstspezifischen Fortbildung sein. Es wird daher vorgeschlagen, den jährlichen Fortbildungsumfang von durchschnittlich 30 auf 20 Stunden zu reduzieren und die bewährten N-zertifizierten Fortbildungen weiterhin anzuerkennen. Die vorgesehene qualitative Ausgestaltung, insbesondere das interprofessionelle praktische Training, sollte beibehalten werden. Vorschlag für eine Neufassung: <i>„Notärztinnen und Notärzte haben sich jährlich durchschnittlich 20 Stunden (entsprechend 20 CME Punkten) in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Davon sollen 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.“</i>
(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.	Es erfolgt eine Ausweitung der Fortbildungspflicht von mind. 90 auf mind. 120 Fortbildungsstunden bezogen auf drei Jahre. Grundsätzlich ist es gut, wenn Personal fortgebildet wird. Die Frage ist aber, auf welchen Erkenntnissen das Ministerium die Fortbildungspflicht dementsprechend ausweitet? In Anlehnung § 16 Abs. 3 SHRDG wird folgende Formulierung vorgeschlagen: <i>„Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind im jährlichen Durchschnitt in der Regel 40 Stunden, mindestens aber 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden [...]“</i> Die aktuelle Formulierung lässt den Rettungsdienstträgern und dem Personal den notwendigen Gestaltungsspielraum, z. B. auch, wenn Mitarbeitende auf Grund von Krankheit bspw. kurzfristig einen Fortbildungstag ausfallen lassen müssen. Der dort vorgesehene Fortbildungsaufwand hat sich in den letzten Jahren durchgängig für alle Seiten bewährt. Zudem sind „mindestens acht [Fortbildungs-] Stunden gemeinsamen mit Notärztinnen und Notärzten“ vorzusehen. Um eine konsistente Regelung zu Abs. 2 und der Regelung für Notärztinnen und Notärzte sicherzustellen, ist die Formulierung entsprechend anzupassen, da in Abs. 2 eine Soll-Regelung vorgesehen ist.

	Änderungsvorschlag für den dritten Satz: <i>„Davon sollen mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren und mindestens acht Stunden gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten durchgeführt werden“</i> Weiterhin ist es zulässig, dass Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten auch im Rettungsdienst eingesetzt werden können. Auch diese sind regelmäßig fortzubilden und hier aufzunehmen. Das eine ganze Berufsgruppe nicht mehr im Gesetzentwurf genannt wird, ist irritierend. Hier bedarf es einer Klarstellung, damit z. B. auch die Kosten für die Fortbildungen den Kosten des Rettungsdienstes zugeordnet werden können.
Abschnitt 5 Leitstelle, Behandlungskapazitätsnachweis	
§ 23 Integrierte Leitstelle	
(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.	Die Regelung sollte hinsichtlich des Zeitpunkts des Verantwortungsübergangs konkretisiert werden. Die bisherige Formulierung einer „Eingangsbestätigung“ lässt offen, in welcher Form diese erfolgen muss. Für die Integrierten Leitstellen ist jedoch eine eindeutige und nachvollziehbare Bestätigung der Übernahme durch den anderen Versorgungssektor erforderlich. Es wird vorgeschlagen, die Regelung wie folgt zu fassen: <i>„Ein Hilfeersuchen gilt als übergeben, sobald eine digitale Empfangsbestätigung vorliegt oder ein mündliches Empfangsbekenntnis erfolgt ist.“</i>
(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	Die verwendete Begrifflichkeit sollte präzisiert werden, um die unterschiedlichen zeitlichen Komponenten der Notrufbearbeitung fachlich eindeutig abzubilden. Anstelle der „Reaktions- und Erstbearbeitungszeit“ sollte daher auf die „Notruf-Warte- und Erstbearbeitungszeit“ abgestellt werden. Es wird folgende Formulierung für den ersten Satz vorgeschlagen:

entweder Absolventinnen oder Absolventen einer anerkannten Leitstellenausbildung sein oder mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich einer zusätzlichen Qualifikation für die jeweilige Aufgabenwahrnehmung verfügen.	<i>„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 Notruf-Warte- und Erstbearbeitungszeit gewährleistet sind.“</i> Der passende Begründungstext lautet dann wie folgt: <i>„Während die Notruf-Wartezeit primär von der technischen und personellen Ausstattung der Leitstellen abhängt, wird die Erstbearbeitung durch externe Faktoren wie Sprachbarrieren oder unklare Ortsangaben beeinflusst.“</i>
(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.	Die Anwendung eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls wird grundsätzlich begrüßt. Um zugleich atypische Einsatzlagen rechtssicher abzubilden, in denen eine standardisierte Abfrage im Einzelfall nicht sachgerecht oder nicht vollständig durchführbar ist, sollte die Regelung jedoch einen begrenzten Handlungsspielraum vorsehen. Die Ergänzung „grundsätzlich“ stellt sicher, dass die standardisierte Notrufabfrage den Regelfall bildet, zugleich aber in begründeten atypischen Einsatzlagen sachgerechte Abweichungen möglich bleiben. Es wird daher vorgeschlagen, den ersten Satz wie folgt zu fassen: <i>„Die Not- und Anrufannahme sowie deren Bearbeitung erfolgen grundsätzlich auf der Grundlage eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls.“</i>
(7) Die technische Ausstattung der Integrierten Leitstelle muss dem aktuellen Stand der Technik und den notrufspezifischen Regelungen entsprechen.	Die Vorgaben zur technischen Ausstattung sollten im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung und die Weiterentwicklung der Notrufoommunikation konkretisiert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der europäischen Vorgaben zu Next Generation 112 (NG112) sollte klargestellt werden, dass neben der Sprachkommunikation auch weitere Kommunikationsformen umfasst sind. Es wird daher vorgeschlagen, die Regelung wie folgt zu fassen: <i>„Die technische Ausstattung der Integrierten Leitstelle muss dem aktuellen Stand der Technik und den notrufspezifischen Regelungen für Sprache, Text, Daten- und Multimediainhalte entsprechen.“</i>

§ 24 Behandlungskapazitätennachweis	
(1) Die Integrierten Leitstellen betreiben und unterhalten einen landesweit einheitlichen internetbasierten und datenbankgestützten Behandlungskapazitätennachweis, in dem die an den Behandlungskapazitätennachweis angeschlossenen Behandlungseinrichtungen die jeweiligen aktuellen Behandlungskapazitäten dokumentieren. Dies kann auch von einer bestehenden Integrierten Leitstelle aus zentral für Schleswig-Holstein erfolgen.	Für eine leistungsfähige Notfallversorgung ist ein möglichst reibungsloser Übergang zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus von zentraler Bedeutung. Dabei ist anzuerkennen, dass auch die Notaufnahmen der Krankenhäuser insbesondere bei hohem Patientenaufkommen erheblichen Belastungen und Kapazitätsgrenzen ausgesetzt sein können. Gleichwohl führen längere Übergabezeiten dazu, dass Rettungsmittel gebunden werden und für weitere Einsätze nicht zur Verfügung stehen. Es sollte daher geprüft werden, entweder im SHRDG oder im Landeskrankenhausgesetz eine verbindliche Regelung für eine zeitnahe Übernahme von Patientinnen und Patienten aus dem Rettungsdienst zu schaffen. Als Zielgröße sollte eine Übergabe innerhalb von 15 Minuten vorgesehen werden. Gerade bei erhöhtem Einsatz- und Patientenaufkommen bedarf es verlässlicher und aufeinander abgestimmter Verfahren zwischen Rettungsdienst und Krankenhäusern, um die verfügbaren Ressourcen beider Versorgungsbereiche bestmöglich einzusetzen und die Versorgung insgesamt sicherzustellen.
Abschnitt 6 Qualitätssicherung	
§ 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.	Die Träger haben keinen Einfluss auf die Erhebung, Qualität, Vollständigkeit und Bereitstellung der in den Behandlungseinrichtungen erhobenen Daten. Eine Verantwortlichkeit hierfür kann ihnen daher nicht auferlegt werden. Ihre Verpflichtung kann sich lediglich darauf erstrecken, die von Dritten bereitgestellten Daten im Rahmen des Qualitätsmanagements zu berücksichtigen, soweit diese verfügbar und rechtlich nutzbar sind. Es wird vorgeschlagen, den folgenden Satz 5 nach Satz 4 zu ergänzen: <i>„Eine Verantwortlichkeit der Träger des Rettungsdienstes oder der Träger der Luftrettung für die Erhebung, Qualität, Vollständigkeit oder Bereitstellung dieser Daten besteht nicht.“</i>

§ 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.	Die Aufgabe der Zentralen Stelle Rettungsdienst wird derzeit durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst Schleswig-Holstein (ZSR.SH) AöR wahrgenommen. Sie ist eine AöR der Kreise und kreisfreien Städte; das Land Schleswig-Holstein ist vertraglich eingebunden. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung ist sicherzustellen, dass die bestehende kommunale Trägerschaft und die damit verbundene kommunale Selbstverwaltung unberührt bleiben. Im geltenden SHRDG (§ 6 Abs. 2 Nr. 6) ist ausdrücklich geregelt, dass die Kosten der ZSR.SH Kosten des Rettungsdienstes sind. Diese Klarstellung ist im aktuellen Entwurf entfallen. Es ist daher ausdrücklich aufzunehmen, dass die durch die Aufgabenwahrnehmung der Zentralen Stelle Rettungsdienst entstehenden Kosten, Kosten des Rettungsdienstes sind und bei den Benutzungsentgelten nach § 11 entsprechend berücksichtigt werden. Es wird vorgeschlagen folgenden Abs. 6 zu ergänzen: <i>„(6) Die durch die Aufgabenwahrnehmung der Zentralen Stelle Rettungsdienst entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes im Sinne des § 10 und bei der Bemessung der Benutzungsentgelte nach § 11 zu berücksichtigen.“</i>
Abschnitt 7 Ersthelfersysteme	
§ 28 Organisierte Erste Hilfe	
(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.	Die vorgesehene Regelung sollte im Hinblick auf ihre praktischen Auswirkungen überprüft werden. In der Praxis bestehen bereits bewährte und funktionierende Absprachen zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Organisationen der Organisierten Ersten Hilfe, die eine sachgerechte und unbürokratische Zusammenarbeit ermöglichen. Die nun vorgesehene Anerkennung einzelner Verbrauchskosten birgt die Gefahr, zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu verursachen, ohne dass dem ein entsprechender Mehrwert gegenübersteht. Insbesondere die einsatzbezogene Erfassung, Abrechnung und Prüfung einzelner Verbrauchskosten könnte dazu führen, dass Rechnungen gestellt,

	geprüft und vergleichsweise geringe Beträge zwischen den Beteiligten verrechnet werden müssen. Es wird daher angeregt, die bestehenden und in der Praxis bewährten Vereinbarungen und Absprachen weiterhin zu ermöglichen und bei der Ausgestaltung der Regelung darauf zu achten, zusätzliche Abrechnungs- und Verwaltungsverfahren zu vermeiden. Ziel sollte eine möglichst einfache und unbürokratische Handhabung sein.
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.	Die Wiederaufnahme einer Regelung zu rettungsdienstlichen Großschadensereignissen wird ausdrücklich begrüßt. Die systematische Verortung in Abschnitt 8 ist jedoch nicht sachgerecht: Sie erweckt den Eindruck einer inhaltlichen Zuordnung zum Werksrettungsdienst, obwohl die Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadensereignisse Aufgabe der Rettungsdienstträger ist. Die Regelung ist daher in Abschnitt 1, im Anschluss an die rettungsdienstlichen Einsatzkategorien, zu verorten.
§ 30 Werksrettungsdienst	
(1) Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium kann anordnen, dass Eigentümerinnen oder Eigentümer, Betreiberinnen oder Betreiber oder Bauherrinnen 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.	Die Beteiligung des örtlich zuständigen Rettungsdienstträgers bei der Bestimmung der erforderlichen Kapazitäten des Werksrettungsdienstes ist im Gesetz selbst festzuschreiben. In diesem Zusammenhang sind auch die Voraussetzungen für die Anordnung eines Werksrettungsdienstes zu konkretisieren. Insbesondere ist festzulegen, nach welchen Kriterien ein „stark erhöhter Bedarf an Rettungsmitteln“ bzw. das Erfordernis einer „besonderen Ausrüstung“ festgestellt wird. In Abs. 1 wird vorgeschlagen, nach Satz 2 folgenden Satz einzufügen: <i>„Vor der Anordnung eines Werksrettungsdienstes und bei der Bestimmung der erforderlichen Kapazitäten ist der örtlich zuständige Träger des Rettungsdienstes zu beteiligen.“</i>

(2) Der Werksrettungsdienst ist so auszurichten, dass möglichst alle Einsätze in der Einrichtung bewältigt werden können.	Die Regelung zur Unterstützung des Werksrettungsdienstes durch den öffentlichen Rettungsdienst ist entfallen. § 29 Abs. 2 ermöglicht lediglich eine Einbindung in die Planungen für Großschadensereignisse und ersetzt keine Regelung für den Regelbetrieb. § 30 ist um folgenden Absatz 3 zu ergänzen: <i>„(3) Der Werksrettungsdienst kann die Unterstützung durch den Rettungsdienst anfordern.“</i>
Abschnitt 10 Schlussbestimmungen	
§ 36 Übergangsbestimmungen	
(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.	Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kopplung der Einführung der Einsatzkategorien an die Inbetriebnahme des einheitlichen Einsatzleitsystems ist kritisch zu bewerten. Etwaige Verzögerungen im Projektverlauf würden unmittelbar zu einer entsprechenden Verzögerung bei der Umsetzung der fachlich gebotenen und systementlastenden Einsatzkategorisierung führen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Integrierten Leitstellen auch bei planmäßigem Projektfortschritt schrittweise an das einheitliche Einsatzleitsystem angebunden werden. Eine gleichzeitige Umsetzung zu einem festen Stichtag wäre unter diesen Rahmenbedingungen nicht realisierbar. Darüber hinaus ergibt sich ein systematischer Widerspruch: Die Einführung der Einsatzkategorien ist fachlich bereits vor Inbetriebnahme des einheitlichen Einsatzleitsystems möglich und sinnvoll. Gleichzeitig gilt bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin die undifferenzierte Vorgabe einer einheitlichen Hilfsfrist, was den intendierten Effekt einer prioritätsabhängigen Steuerung konterkariert. Ggf. sollte über die zügige Einführung in einer Pilotregion nachgedacht werden, um schnellstmöglich Erfahrungen für das landesweite Rollout zu gewinnen. Es wird vorgeschlagen den Abs. 2 wie folgt zu ändern: <i>„Die Einsatzkategorien nach § 9 sind bis zum 31.12.2027, spätestens jedoch mit Inbetriebnahme des einheitlichen Einsatzleitsystems, anzuwenden. Bis zu diesem Zeitpunkt sind rettungsdienstliche Notfalleinsätze in der Regel innerhalb von 12 Minuten mit einem geeigneten Rettungsmittel zu bedienen.“</i>

	Dies gewährleistet sowohl Planungssicherheit als auch eine unabhängige fachliche Weiterentwicklung. Terminologie „Notfall Klein“ Im Begründungstext zu § 36 Absatz 2 wird der Bezug zum „Notfall Klein“ verwendet. Dieser ist im aktuellen Schadenartenkatalog nicht mehr enthalten. Die entsprechende Einsatzkategorie wird dort als „Akutfall“ mit der Kurzbezeichnung „AKUT“ geführt. Zur Sicherstellung fachlicher Konsistenz und eindeutiger Terminologie ist der Begründungstext entsprechend anzupassen.
§ 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 (GVObI. Schl.-H. S. 802), außer Kraft. Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden. Kiel,.....	Das Gesetz sollte nicht bereits am Tag nach seiner Verkündung, sondern frühestens zum 1. Januar 2027 und erst dann in Kraft treten, wenn die für seine Umsetzung wesentlichen Durchführungsverordnungen vorliegen. Der Gesetzentwurf enthält zahlreiche Vorgaben, deren konkrete Ausgestaltung erst durch diese Verordnungen erfolgen wird. Für die Rettungsdienstträger ist es erforderlich, die maßgeblichen rechtlichen Rahmenbedingungen rechtzeitig zu kennen, um notwendige organisatorische, personelle und technische Anpassungen verlässlich vorbereiten und umsetzen zu können. Ein Inkrafttreten sollte daher erst erfolgen, wenn die erforderlichen untergesetzlichen Regelungen vorliegen und den Rettungsdienstträgern eine angemessene Vorbereitungs- und Umsetzungsfrist eingeräumt wurde. Konkreter Änderungsvorschlag für den ersten Satzteil: <i>„Dieses Gesetz tritt [frühestens] am 1. Januar 2027 [und nicht vor Inkrafttreten der für seine Umsetzung erforderlichen Rechtsverordnungen] in Kraft.“</i>