



## **Unterrichtung 20/312**

der Landesregierung

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

Die Landesregierung unterrichtet den Schleswig-Holsteinischen Landtag gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 1 Parlamentsinformationsgesetz (PIG).

Federführend ist das Ministerium für Justiz und Gesundheit.

Zuständiger Ausschuss: Sozialausschuss



Die Präsidentin  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages  
Frau Kristina Herbst, MdL  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Ministerin

13. Januar 2026

**Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land  
Schleswig-Holstein – Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz**

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

anliegend übersende ich Ihnen den Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein – Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 1 Parlamentsinformationsgesetz zur Unterrichtung. Die Verbandsanhörung wird in Kürze eingeleitet.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Kerstin von der Decken

Anlage: Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land  
Schleswig-Holstein – Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz



## **Gesetzentwurf**

der Landesregierung Ministerin für Justiz und Gesundheit

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

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

### **A. Problem**

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

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

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

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

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

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

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

### **B. Lösung**

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

Nach dem Vorbild der Gesundheitsleitstelle wird die Integrierte Leitstelle als Rettungsleitstelle zukünftig aufgrund (digitaler) Vernetzung in der Lage sein, sektorenfremde Hilfeersuchen fallabschließend weiterzugeben.

Die Möglichkeit, auf Hilfeersuchen entsprechend der medizinischen Dringlichkeit reagieren zu können, entlastet die Notfallrettung und schafft Kapazitäten für dringliche Notfälle. Während die Vorhaltung von Rettungswachen weiterhin darauf ausgerichtet sein muss, den dringlichsten Notfall in 12 Minuten in 100 Prozent aller Fälle erreichen zu können – ausgenommen wie bereits in der aktuellen Fassung der Durchführungsverordnung zum Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetz die geographisch erschwert zugänglichen Orte – kann zukünftig durch eine evaluierungspflichtige, medizinische Einsatzklassifizierung im Sinne einer schnellen Rettung dringlicher Notfälle die medizinische Dringlichkeit abgestuft und damit eine dem individuellen Hilfeersuchen angepasste Eintreffzeit eines geeigneten Rettungsmittels sichergestellt werden. Daneben wird im Sinne der wirtschaftlichen Vorhaltung insbesondere im ländlichen Raum die Möglichkeit eröffnet, sogenannte Rettungsstandorte zu etablieren. Sie stellen als Minus zur normierten Rettungswache eine dynamische, flexible und wirtschaftliche Möglichkeit zur Sicherstellung der Notfallrettung dar.

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

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

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

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

Auch der vorbeugende Rettungsdienst ist ein Kernelement der gesetzlichen Neuerungen. Er stellt die Abkehr von einem rein reaktiven System, hin zu einem proaktiven Ansatz, vergleichbar dem vorbeugendem Brandschutz dar. Dem Problem der Überlastung rettungsdienstlicher Ressourcen durch soziale oder pflegerische Notfälle sowie High-Frequent-User (häufig chronisch kranke Personen mit fehlender ambulanter Anbindung oder in komplexen Lebenssituationen) kann dadurch begegnet werden, im Rahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes diese Patienten frühzeitig zu

identifizieren und Maßnahmen einzuleiten, um eine Versorgungsverbesserung herbeizuführen. So kann nicht nur der Bindung von Rettungsmitteln für „Nicht-Notfälle“ vorgebeugt, sondern auch die individuelle Patientenversorgung verbessert werden. Langfristig wird erwartet, dass gezielte präventive Maßnahmen zu einer Kostensenkung im Rettungsdienst sowie im klinischen Kontext führen können, weil die Präventivmaßnahme in der Regel kostengünstiger ist als die Akuttherapie und unnötige Klinikaufenthalte vermieden werden können.

Der Gesetzentwurf sieht insgesamt eine stärkere rettungsdienstbereichsübergreifende und landeseinheitliche Vorgehensweise vor. Die überregionale Vernetzung bietet die Grundlage für die optimale Nutzung knapper rettungsdienstlicher Ressourcen. Diese wird mit Blick auf die anstehende Krankenhausstrukturreform und erwartungsgemäß längere Transportzeiten noch weiter an Relevanz gewinnen. Landeseinheitliche Standards stellen sicher, dass jede Patientin und jeder Patient im Land mit der gleichen Versorgungsqualität rechnen darf.

### **C. Alternativen**

Keine.

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

#### **1. Kosten**

Keine. Leistungen des Rettungsdienstes werden über die Krankenkassen der Patientinnen und Patienten abgerechnet.

#### **2. Verwaltungsaufwand**

Aus den gesetzlichen Vorschriften kann sich eine kurzfristige und einmalige Zunahme des Verwaltungsaufwandes bei den Kreisen und kreisfreien Städten in ihrer Funktion als Träger des Rettungsdienstes ergeben. So werden mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der gleichwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten die Herstellung landeseinheitlicher Standards gefordert, die im Rahmen der Befassung in den jeweiligen Gremien entsprechend erarbeitet und schließlich durch die Rettungsdienstträger umgesetzt werden müssten.

#### **3. Auswirkungen auf die private Wirtschaft**

Keine.

### **E. Nachhaltigkeit**

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

### **F. Länderübergreifende Zusammenarbeit**

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

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

Die nach Artikel 28 der Landesverfassung erforderliche Unterrichtung des Landtages erfolgt durch Zuleitung des Gesetzentwurfs nebst Begründung.

## **H. Federführung**

Federführend ist die Ministerin für Justiz und Gesundheit.



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

**Vom**

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Inhaltsübersicht**

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

§ 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich

§ 2 Begriffsbestimmungen

§ 3 Aufgabenträgerschaft

§ 4 Aufgabenwahrnehmung

§ 5 Luftrettung

§ 6 Zusammenarbeit im Rettungsdienst

§ 7 Beauftragung von Dritten

§ 8 Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur

§ 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien

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

§ 10 Kosten

§ 11 Vereinbarung über Benutzungsentgelte des Rettungsdienstes

§ 12 Vereinbarung über Benutzungsentgelte der Luftrettung

§ 13 Schiedsstelle und Schiedsverfahren

**Abschnitt 3 Rettungsmittel, Telenotfallmedizin**

§ 14 Rettungsmittel

§ 15 Besetzung der Rettungsmittel

§ 16 Notärztliche Versorgung

§ 17 Notarztindikationskatalog

§ 18 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung

§ 19 Experimentierklausel

§ 20 Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes

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

§ 21 Ärztliche Leitung Rettungsdienst

§ 22 Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

§ 23 Fortbildung des Rettungsdienstpersonals

#### **Abschnitt 5 Leitstelle, Behandlungskapazitätennachweis**

§ 24 Integrierte Leitstelle

§ 25 Behandlungskapazitätennachweis

#### **Abschnitt 6 Qualitätsmanagement**

§ 26 Qualitätsmanagement

§ 27 Zentrale Stelle Rettungsdienst

#### **Abschnitt 7 Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme**

§ 28 Organisierte Erste Hilfe

§ 29 App-basiertes Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem

#### **Abschnitt 8 Werksrettungsdienst, Aufsicht, Ordnungswidrigkeiten, Verordnungsermächtigung**

§ 30 Werksrettungsdienst

§ 31 Zuständigkeit und Aufsicht

§ 32 Ordnungswidrigkeiten

§ 33 Verordnungsermächtigung

§ 34 Schutz von Bezeichnungen

§ 35 Missbrauch und Fehlgebrauch von Notrufeinrichtungen

## **Abschnitt 9 Schlussbestimmungen**

§ 36 Übergangsbestimmung

§ 37 Einschränkung von Grundrechten

§ 38 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

### **§ 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich**

- (1) Ziel dieses Gesetzes ist es, der Bevölkerung bedarfs- und fachgerecht Leistungen des Rettungsdienstes zu tragbaren Kosten zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Leistungen des Rettungsdienstes umfassen die Notfallrettung, den Intensivtransport, den Krankentransport und die Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und unbeschadet anderer Rechtsvorschriften. Leistungen des Rettungsdienstes nach Satz 1 sind insbesondere
  1. die Umsetzung und Überprüfung eines landeseinheitlich geeinten Mindeststandards von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für das Rettungsdienstfachpersonal, auch hinsichtlich der (Vorab-)Delegation heilkundlicher Maßnahmen im Sinne von § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197), auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter soweit die Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nicht bereits durch die Pflicht zu eigenverantwortlichem Handeln abgedeckt ist (§ 22 Absatz 1 und Absatz 2) inklusive deren Qualitätssicherung,
  2. die Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen Mindestausstattung und -ausrüstung der Rettungsmittel (§ 14),
  3. die Überprüfung der Einhaltung der Fortbildungsverpflichtungen für das Rettungsdienstfachpersonal.
- (3) Hilfeersuchen, die nicht der Notfallrettung zuzuordnen sind, sollen in die den Bedarfen der Patientin oder des Patienten entsprechenden Versorgungssektoren weitergeleitet werden. Die Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden

Zusammenarbeit sind auszuschöpfen. Das umfasst insbesondere auch den Ausbau und die Unterhaltung von Schnittstellen in andere Versorgungssektoren und die Zusammenarbeit in Bezug auf die Vermeidung und Vorbeugung der Entstehung von gesundheitlichen Notfällen und der Fehlbeanspruchung des Rettungsdienstes.

- (4) Der Rettungsdienst wird durch die Luftrettung ergänzt (§ 5).
- (5) Rettungsdienst ist staatliche Aufgabe und durch die Träger des Rettungsdienstes sicherzustellen.
- (6) Außerhalb des Rettungsdienstes dürfen Krankentransporte nur auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 20 durchgeführt werden.
- (7) Dieses Gesetz gilt nicht für
  - 1. die Betreuung und Beförderung behinderter Menschen, sofern die Betreuungs- und Beförderungsbedürftigkeit ausschließlich auf die Behinderung zurückzuführen ist,
  - 2. Krankenfahrten,
  - 3. Krankentransporte im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung,
  - 4. betriebliche Maßnahmen nach dem Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236), oder dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch; soweit Beförderungen in eine geeignete Behandlungseinrichtung im Einvernehmen mit der Rettungsleitstelle durchgeführt werden sollen, gelten die §§ 14 und 15 entsprechend,
  - 5. die von Versicherungen beauftragte Patientenrückholung in das Land, in dem die Hauptwohnung im Sinne des Melderechts liegt, einschließlich Anschlusstransport bei einem vorhergehenden Lufttransport,
  - 6. Leistungen nach den Rettungsdienstgesetzen der anderen Länder in der Bundesrepublik Deutschland, soweit ausschließlich der Zielort innerhalb von Schleswig-Holstein und der Schwerpunkt der Leistungserbringung außerhalb von Schleswig-Holstein liegen,
  - 7. die medizinische Versorgung und die Beförderung von Personen auf der Grundlage des Landeskatastrophenschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Dezember 2000 (GVObI. Schl.-H. S. 664), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. März 2022 (GVObI. Schl.-H. S. 274), sowie der für die Polizei, die Bundespolizei und die Bundeswehr geltenden Gesetze.

## **§ 2 Begriffsbestimmungen**

- (1) Notfallrettung ist die präklinische notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Sie umfasst das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung und soweit der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten es erfordert den Notfalltransport. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich die Patientin oder der Patient in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.
- (2) Das Notfallmanagement für rettungsdienstliche Notfälle nach Absatz 1 umfasst
  1. die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens,
  2. die Vermittlung der erforderlichen Hilfe, insbesondere die Disposition eines geeigneten Rettungsmittels einschließlich weiterer einsatzunterstützender Maßnahmen,
  3. die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen einschließlich Telefonreanimation,
  4. die Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den §§ 28 und 29 bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen.
- (3) Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung vor Ort nach dem Stand der Wissenschaft und Technik durch Rettungsdienstfachpersonal, auch unter Zuhilfenahme telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung. Sie kann auch durch die Weitergabe in geeignete ambulante Versorgungsangebote erfolgen.
- (4) Der Notfalltransport umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in eine der nächstgelegenen, verfügbaren und medizinisch geeigneten Behandlungseinrichtungen. Die Möglichkeit einer Notfallzuweisung sowie einer begründeten Sonderzuweisung bleibt hiervon unberührt. Der Notfalltransport umfasst auch die aus zwingenden medizinischen Gründen zur Abwendung von unmittelbarer Lebensgefahr, oder der Gefahr einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, erforderliche Verlegung in eine andere Behandlungseinrichtung sowie die notfallmedizinische Versorgung während des Transports.
- (5) Krankentransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung und Beförderung von verletzten, erkrankten oder sonst in einer Körperfunktion beeinträchtigten Personen, die keine Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind und

während der Fahrt einer medizinischen Versorgung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

- (6) Sekundärtransport ist die Beförderung von in einer Behandlungseinrichtung bereits medizinisch versorgten Personen in einem geeigneten Rettungsmittel zur medizinisch erforderlichen Behandlung in eine andere Behandlungseinrichtung. Der Sekundärtransport umfasst, soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung. Sekundärtransporte können sowohl dem Krankentransport, als auch dem Notfall- oder dem Intensivtransport zuzurechnen sein. Maßgeblich sind die den Einzelfall bestimmenden Umstände. Es gelten dann die jeweils im Einzelfall einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (7) Intensivtransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung einer Person, die während des Transportes einer intensivmedizinischen Versorgung mit einem für Intensivtransporte geeigneten Rettungsmittel bedarf.
- (8) Ein rettungsdienstliches Großschadensereignis liegt bei einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (MANVE) vor, bei dem anzunehmen ist, dass mit den besetzten Rettungsmitteln aus dem Rettungsdienstbereich eine Versorgung der Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort oder ihre Beförderung nicht gewährleistet ist oder, dass eine Koordinierung der notfallmedizinischen oder rettungstechnischen Maßnahmen notwendig ist.
- (9) Rettungsdienstfachpersonal im Sinne dieses Gesetzes ist das Personal, das auf Rettungsmitteln nach § 14 eingesetzt werden kann.
- (10) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist, wer nach Abschluss der Ausbildung mindestens 100 Einsätze, davon maximal 50 im Rahmen einer praktischen Einsatzsimulation, in der Notfallrettung absolviert hat.
- (11) Eine Integrierte Leitstelle ist eine Rettungsleitstelle, die die gesetzlichen Aufgaben einer Rettungsleitstelle und einer Feuerwehreinsatzleitstelle wahrnimmt.
- (12) Das standardisierte Notrufabfrageprotokoll unterstützt die Notrufbearbeitung und Einsatzdisposition durch die Integrierten Leitstellen nach dem Stand von Wissenschaft und Technik durch standardisierte, digitale und algorithmusbasierte Informationsabfragen sowie Entscheidungsregeln zur Reaktion auf ein Hilfeersuchen mit den bedarfsgerechten rettungsdienstlichen Maßnahmen.
- (13) Rettungsstandorte dienen in Ergänzung zu Rettungs- und Notarztwachen der Sicherstellung der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstrukturen durch die Vorhaltung von Rettungsdienstfahrzeugen und -fachpersonal.

Rettungsstandorte sind organisatorisch der nächstgelegenen Rettungs- oder Notarztwache zugeordnet.

- (14) Kostenträger im Sinne dieses Gesetzes sind die Krankenkassen oder Krankenkassenverbände, der Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Verband der privaten Krankenversicherungen.

### **§ 3 Aufgabenträgerschaft**

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

### **§ 4 Aufgabenwahrnehmung**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung haben den Rettungsdienst bedarfsgerecht, flächendeckend und gleichmäßig nach dem Stand der Wissenschaft und Technik sowie wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen. In diesem Rahmen haben die Träger des Rettungsdienstes sicherzustellen, dass

1. Rettungswachen und Notarztwachen errichtet und betrieben werden, sowie dass diese mit Rettungsmitteln, Rettungsdienstfachpersonal und rettungsdienstlicher Ausrüstung ausgestattet werden; ergänzend können Rettungsstandorte errichtet werden,
  2. Rettungsleitstellen errichtet und betrieben werden und,
  3. für eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung von Rettungsmitteln bei sanitätsdienstlicher Veranstaltungsabsicherung gesorgt ist sowie
  4. eine Struktur zur Bewältigung von Großschadensereignissen vorgehalten wird.
- (2) Sofern Träger des Rettungsdienstes von einer telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung Gebrauch machen, ist diese nach landeseinheitlichen Standards einzusetzen (§ 18).
- (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung sind Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und Trägern der Luftrettung auszuschöpfen. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung unterstützen sich im Bedarfsfall; dies gilt auch für Ersuchen aus anderen Ländern. Das gilt auch für die Organisations- und Kommunikationsstrukturen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit.
- (4) Die nach Landesrecht zuständigen Behörden im Sinne des § 21 Absatz 1 Satz 1 des Zivilschutz und die Katastrophenhilfegesetzes vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726), zuletzt geändert durch Artikel 144 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328), sind im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung dieses Gesetzes die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung.
- (5) Für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben sind geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder pädiatrische Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser und pädiatrischer Patientinnen und Patienten fest. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer Besetzung rettungsdienstträgerübergreifend von den jeweils vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.
- (6) Zu den Aufgaben der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung zählen auch



1. die Unterrichtung der Angehörigen oder Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten auf deren Nachfrage,
  2. die freiwillige Mitwirkung an der wissenschaftlichen Forschung und an akademischen Arbeiten zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Aufgabenerfüllung,
  3. Maßnahmen zur Sicherstellung der Hygiene, des Infektionsschutzes und zum Umgang mit Medizinprodukten,
  4. Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes.
- (7) Die Einsätze des Rettungsdienstes und der Luftrettung sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation ist schriftlich oder elektronisch zu speichern. Die Sprach- und die Textkommunikation der Rettungsleitstelle ist elektronisch zu speichern.
- (8) Zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz dürfen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung Nummer 2016/679<sup>1</sup> verarbeitet werden. § 12 des Landesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend.

### **§ 5 Luftrettung**

- (1) Das Land legt die Standorte der Rettungstransporthubschrauber als Standorte der Luftrettung im Benehmen mit den Kostenträgern und im Benehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes fest.
- (2) Die Luftrettung erfolgt in der Notfallrettung auf der Grundlage des Notarztindikationskataloges nach § 17. Darüber hinaus kann die Luftrettung auch dann eingesetzt werden, wenn sie für die Einsatzbewältigung unerlässlich ist.
- (3) Die Beauftragung nach § 7 Absatz 4 kann als Dienstleistungskonzession erfolgen. In diesem Fall
  1. tragen die Beauftragten abweichend von § 10 Absatz 1 die auftragsgemäßen Kosten,
  2. vereinbaren die Beauftragten gemäß § 12 die Benutzungsentgelte.

### **§ 6 Zusammenarbeit**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sind zur Zusammenarbeit und zum Austausch in allen wesentlichen, insbesondere den

---

<sup>1</sup> Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (ABl. L 119 vom 4. Mai 2016, S. 1, zuletzt ber. ABl. L 074 vom 4. März 2021 S. 35)

nach diesem Gesetz landesweit einheitlich auszugestaltenden Angelegenheiten der rettungsdienstlichen Versorgung verpflichtet.

- (2) Zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit stellen die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung in Anwendung des § 90a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Mitwirkung im Gesundheitsversorgungsrat sicher. Näheres regelt das Landeskrankenhausgesetz vom 10. Dezember 2020 (GVOBl. Schl.-H. S 1004), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juni 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 458) in seiner jeweils geltenden Fassung.
- (3) Für die Mitwirkung nach Absatz 2 sind als stimmberechtigte Mitglieder eine Vertreterin oder ein Vertreter sowie eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter der Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung zu bestimmen und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium zu benennen. Als nichtstimmberechtigte Mitglieder sind eine Vertreterin oder ein Vertreter sowie eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter der Rettungsdienstdurchführer, der Luftrettungsdienstdurchführer, der Integrierten Leitstellen und der Zentralen Stelle Rettungsdienst nach § 27 zu benennen.

## **§ 7 Beauftragung von Dritten**

- (1) Der Träger des Rettungsdienstes kann Dritte damit beauftragen, die operativen Aufgaben des Rettungsdienstes zu erfüllen. Hierbei kann er den Kreis auf die Leistungserbringer beschränken, die gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen im Sinne des § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, ber. S. 3245), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400 S. 48) sind. Gemeinnützig ist eine Organisation oder Vereinigung, wenn die Voraussetzungen des § 52 der Abgabenordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 24) erfüllt werden.
- (2) Die Beauftragung nach Absatz 1 erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Vertrag als Dienstleistungsauftrag.
- (3) Bei der Beauftragung nach Absatz 1 sollen Kriterien einbezogen werden, die sich auf die Bewältigung von Großschadensereignissen beziehen.
- (4) Das Land schließt öffentlich-rechtliche Verträge über die operative Erfüllung der Aufgaben der Luftrettung. Der Kreis Ostholstein kann für den Zeitraum in dem ihm von der Bundesrepublik Deutschland ein Rettungstransporthubschrauber für Zwecke des Zivil- und Katastrophenschutzes zur Verfügung gestellt wird für den Standort Siblin öffentlich-rechtliche Verträge abschließen.
- (5) Die Aufgabenverantwortung der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung wird durch eine Beauftragung gemäß der Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

### **§ 8 Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur**

- (1) Die rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur muss darauf ausgelegt sein, dass die Zeitspanne zwischen der Alarmierung des Rettungsmittels durch die Rettungsleitstelle und dem Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels am Einsatzort nicht mehr als zwölf Minuten beträgt. Planungsrelevante Rettungsmittel für die rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur sind der Rettungswagen und das Rettungseinsatzfahrzeug in Verbindung mit einem Notfallkrankentransportwagen.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für geografisch erschwert zugängliche Einsatzorte. Geografisch erschwert zugängliche Einsatzorte sind solche, bei denen mit den bodengebundenen Rettungsmitteln und der in diesen zur Verfügung stehenden rettungsdienstlichen Ausrüstung der Zugang zur Patientin oder zum Patienten nicht über eine befestigte Straße sichergestellt werden kann. Hierzu zählen insbesondere Inseln und Halligen. In diesen Ausnahmefällen ist unter Berücksichtigung aller Umstände eine auf das Hilfeersuchen abgestimmte Rettung unverzüglich sicherzustellen.
- (3) Die Festlegung der Vorhaltungsstruktur der Luftrettung obliegt dem Land im Benehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern.

### **§ 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien**

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

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

### **§ 10 Kosten**

- (1) Die Kosten des Rettungsdienstes tragen die Träger des Rettungsdienstes; für die Luftrettung die Träger der Luftrettung.

- (2) Zu den Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung gehören alle nach den geltenden haushaltsrechtlichen Regelungen der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten.
- (3) Zu den Kosten nach Absatz 2 gehören auch alle Kosten, die den Trägern des Rettungsdienstes oder den Beauftragten als Trägern der Ausbildung nach dem NotSanG im Rahmen der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung nach dem Rettungsdienstgesetz entstehen, insbesondere:
1. Ausbildungsvergütung,
  2. Personalnebenkosten und Personalersatzkosten,
  3. Lehr- und Lernmittel,
  4. von der staatlich anerkannten Schule in Rechnung gestellte Kosten,
  5. Kosten der staatlichen Prüfungen,
  6. Kosten der praktischen Ausbildung an der genehmigten Lehrrettungswache und am geeigneten Krankenhaus.
- (4) Soweit rettungsdienstliche Einrichtungen, Personal und Material auch Zwecken des Katastrophenschutzes und des Brandschutzes dienen, bleiben die hierdurch entstandenen Kosten bei der Bemessung der Benutzungsentgelte außer Betracht.
- (5) Das Land kann darüber hinaus im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel Zuwendungen zu den Kosten der erforderlichen mittel- und langfristigen Maßnahmen, vorrangig für solche Maßnahmen, die überregional wirken, gewähren.

### **§ 11 Vereinbarung über Benutzungsentgelte des Rettungsdienstes**

- (1) Jeder Träger des Rettungsdienstes vereinbart für die von ihm nach diesem Gesetz zu erbringenden Aufgaben öffentlich-rechtliche Benutzungsentgelte mit den Kostenträgern. Die Gesamtkosten sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Vollkostendeckung).
- (2) Grundlage der Verhandlung über die Vereinbarung der Benutzungsentgelte sind die Kosten im Sinne des § 10. Sie sind nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu berechnen.
- (3) Die Kosten für Sonderrettungsmittel nach § 4 Absatz 5 sind auf Grundlage der Kostenkalkulation des jeweiligen Trägers des Rettungsdienstes der diese vorhält, auf die Benutzungsentgelte aller Träger des Rettungsdienstes nach einem festzulegenden Verteilungsschlüssel umzulegen. Der Verteilungsschlüssel ist im Rahmen der Konzeptionierung nach § 4 Absatz 5 festzulegen.

- (4) Die Träger des Rettungsdienstes sind verpflichtet, den Kostenträgern die vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen des Vorjahres in Form des Kosten- und Leistungsnachweises in elektronischer, vollständiger und nachprüfbarer Form spätestens bis zum 30. April des Folgejahres zuzuleiten. Die Zuleitung stellt die Aufforderung zur Verhandlungsaufnahme dar. Die Verhandlungen über die Benutzungsentgelte für das Folgejahr sind spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Einreichung der vollständigen und nachprüfbaren Unterlagen abzuschließen. Sofern nach § 7 Dritte 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 weiteren verfahrensmäßigen und inhaltlichen Einzelheiten zu den Vereinbarungen nach Absatz 1 legen die Träger des Rettungsdienstes oder deren Landesverbände und die Kostenträger gemäß Absatz 1 einvernehmlich fest. Vereinbarungen über Benutzungsentgelte gelten bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung fort.
- (5) Kommt eine Anschlussvereinbarung für das Folgejahr nicht bis zum 30. Oktober des laufenden Jahres zustande, gelten die auf der Grundlage der gemäß Absatz 3 Satz 1 übermittelten Rechnungsabschlussunterlagen ermittelten Benutzungsentgelte als vereinbart, sofern nicht die Schiedsstelle nach § 13 angerufen wird. Wurden entsprechende Rechnungsabschlussunterlagen vom Träger des Rettungsdienstes 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 nachprüfbaren Rechnungsabschlussunterlagen vereinbart wurden fort. Abweichendes können die Träger des Rettungsdienstes in begründeten Fällen im Einvernehmen mit den Kostenträgern vereinbaren.
- (6) Die vereinbarten Benutzungsentgelte gelten gegenüber allen Benutzerinnen und Benutzern des Rettungsdienstes, den Gemeinden als Behörden für Brandschutz und technische Hilfeleistungen und den Kostenträgern.

### **§ 12 Vereinbarung über Benutzungsentgelte der Luftrettung**

- (1) Jeder Träger der Luftrettung vereinbart für die von ihm nach diesem Gesetz zu erbringenden Aufgaben öffentlich-rechtliche Benutzungsentgelte mit den Kostenträgern. Die Gesamtkosten der Luftrettung sind durch die Summe der Benutzungsentgelte zu refinanzieren (Vollkostendeckung).
- (2) Grundlage der Verhandlung über die Vereinbarung der Benutzungsentgelte sind die Kosten im Sinne des § 10. Sie sind nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu berechnen.

- (3) Die Träger der Luftrettung oder die Beauftragten nach § 7 Absatz 4 sind verpflichtet, den Kostenträgern gemäß Absatz 1 die vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen des Vorjahres in Form des Kosten- und Leistungsnachweises in elektronischer, vollständiger und nachprüfbarer Form bis zum 30. April des Folgejahres zuzuleiten. Die Zuleitung stellt die Aufforderung zur Verhandlungsaufnahme dar. Sofern Dritte nach § 7 Absatz 4 mit der Durchführung beauftragt sind, ist deren Jahresabschlussergebnis bezogen auf die operative Aufgabenerfüllung des Rettungsdienstes im jeweiligen Rettungsdienstbereich von einer Wirtschaftsprüferin oder einem Wirtschaftsprüfer zu testieren und unverzüglich nachzureichen. Die Verhandlungen für das Folgejahr sind spätestens innerhalb eines Monats nach Zuleitung der Rechnungsabschlussunterlagen gemäß Satz 1 aufzunehmen und möglichst innerhalb von drei Monaten nach Verhandlungsaufnahme, spätestens bis zum 30. Oktober des laufenden Jahres, abzuschließen. Die weiteren verfahrensmäßigen und inhaltlichen Einzelheiten zu den Vereinbarungen nach Absatz 1 legen die Träger der Luftrettung und die Kostenträger einvernehmlich fest. Vereinbarungen über Benutzungsentgelte gelten bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung fort.
- (4) Kommt eine Anschlussvereinbarung nicht bis zum 30. Oktober des laufenden Jahres zustande, gelten ab 1. November des laufenden Jahres die vom jeweiligen Träger der Luftrettung auf der Grundlage der von ihm gemäß Absatz 3 Satz 1 übermittelten Rechnungsabschlussunterlagen ermittelten Benutzungsentgelte als vereinbart, sofern nicht die Schiedsstelle nach § 13 angerufen wird.
- (5) Die vereinbarten Benutzungsentgelte werden auf der Grundlage dieses Gesetzes erhoben und gelten gegenüber allen Benutzerinnen und Benutzern der Luftrettung, den Gemeinden als Behörden für Brandschutz und technische Hilfeleistungen und den Kostenträgern.

### **§ 13 Schiedsstelle und Schiedsverfahren**

- (1) Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den Trägern des Rettungsdienstes, den Trägern der Luftrettung, oder Beauftragten nach § 7 Absatz 4, sowie Durchführern mit einer Genehmigung nach § 20 und den Kostenträgern über Kosten und Entgelte nach den §§ 10 bis 12 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, die die verfahrensmäßigen Belange des bodengebundenen Rettungsdienstes, der Luftrettung und der Durchführung von Krankentransporten mit einer Genehmigung nach § 20 berücksichtigt.
- (2) Die Schiedsstelle ist anlassbezogen, je nach Streitgegenstand paritätisch mit jeweils drei Vertreterinnen und Vertretern der streitgegenständlichen Parteien

sowie einer oder einem Vorsitzenden zu besetzen. Die Stellvertretung ist sicherzustellen.

(3) Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 2 sind

1. eine Person mit der Befähigung zum Richteramt als Vorsitzende oder Vorsitzender,
2. drei Vertreterinnen oder Vertreter der Träger des Rettungsdienstes oder der Träger der Luftrettung oder der Beauftragten nach § 7 Absatz 4 oder der Inhaber einer Genehmigung zur Durchführung von Krankentransporten nach § 20,
3. drei Vertreterinnen oder Vertreter der Kostenträger.

(4) Die oder der Vorsitzende wird von den Trägern des Rettungsdienstes, den Trägern der Luftrettung und den Kostenträgern einvernehmlich benannt. Kommt binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes keine Einigung über die Vorsitzende oder den Vorsitzenden zustande, oder werden binnen der gleichen Frist andere Mitglieder der Schiedsstelle nicht benannt, so bestimmt sie das für das Rettungswesen zuständige Ministerium.

(5) Die Schiedsstelle kann von jeder Partei nach Absatz 1 angerufen werden. Sie wird auf schriftlichen Antrag von der oder dem Vorsitzenden einberufen. Sie entscheidet durch Verwaltungsakt. Vor Erhebung der verwaltungsgerichtlichen Klage gegen die Entscheidung bedarf es keiner Nachprüfung in einem Vorverfahren.

(6) Die Schiedsstelle hat die Aufgabe

1. Entscheidungen über Benutzungsentgelte herbeizuführen,
2. bei nicht hergestelltem Einvernehmen zwischen den Trägern des Rettungsdienstes oder der Luftrettung und den Kostenträgern soweit es die Vorschriften dieses Gesetzes vorsehen, das Einvernehmen zu ersetzen,
3. Über die Entgeltrelevanz von Sachverhalten zu entscheiden.

(7) Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten nach der Anrufung abschließend zu entscheiden. Entscheidungen der Schiedsstelle gelten als Vereinbarung über Benutzungsentgelte. Gegen Entscheidungen der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

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

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

#### **§ 14 Rettungsmittel**

(1) Rettungsmittel nach diesem Gesetz sind:

1. Notarzteinsetzfahrzeuge (NEF) die die Anforderungen der DIN 75079 erfüllen, sind für die notärztliche Versorgung nach § 16 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 17 zu verwenden,
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, sind für die Notfallrettung und den Notfalltransport nach § 2 Absatz 1 und 4 zu verwenden,
3. Krankentransportwagen (KTW), die mindestens 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 erfüllen, sind für Krankentransporte nach § 2 Absatz 5 zu verwenden,
4. Notfallkrankentransportwagen (N-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 B erfüllen, sind für Krankentransporte nach § 2 Absatz 5 zu verwenden und können in Verbindung mit einem Rettungsmittel nach Nummer 1, 2 oder 5 auch für den Notfalltransport nach § 2 Absatz 4 verwendet werden,
5. Rettungseinsatzfahrzeuge (REF), die eine landeseinheitliche und für die Aufgabenerfüllung erforderliche Ausstattung aufweisen, können im Sinne der notfallmedizinischen Versorgung nach § 2 Absatz 3 insbesondere zur Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls oder zur Reduzierung der Vor-Ort-Zeit von parallel zum Rettungseinsatzfahrzeug alarmierten Rettungsmitteln verwendet werden.

(2) Unter Beibehaltung der technischen und personellen Anforderungen können Rettungswagen als Mehrzweckfahrzeuge auch im Krankentransport eingesetzt werden.

(3) Sonderrettungsmittel nach diesem Gesetz sind:

1. Verlegungsarzteinsetzfahrzeuge (VEF), die der Zubringung der Verlegungsärztin oder des Verlegungsarztes dienen und für diese Aufgabe ausgestattet sind,



2. Intensivtransportwagen (ITW), die die Anforderungen der DIN 75076 (Medizinische Fahrzeuge und ihre Ausrüstung - Luftfahrzeuge zum Rettungssysteme – Intensivtransportwagen (ITW) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung; Ausgabe Mai 2012, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und für Intensivtransporte nach § 2 Absatz 7 zu verwenden sind,
  3. Rettungswagen, die für den Transport von adipösen Patientinnen und Patienten ausgestattet sind,
  4. Rettungsmittel, welche zum Transport von pädiatrischen Patientinnen und Patienten ausgestattet sind.
- (4) Luftrettungsmittel nach diesem Gesetz sind Rettungstransporthubschrauber (RTH), die die erforderlichen luftfahrttechnischen Anforderungen und die Anforderungen der DIN EN 13718 (Medizinische Fahrzeuge und ihre Ausrüstung - Luftfahrzeuge zum Patiententransport - Teil 1: Anforderungen an medizinische Geräte, die in Luftfahrzeugen zum Patiententransport verwendet werden; Deutsche Fassung EN 13718-1:2014+A1:2020, Ausgabe Oktober 2020, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen.
- (5) Rettungsmittel nach den Absätzen 1 bis 4 sind entsprechend der spezifischen Aufgabenstellung und nach dem Stand von Wissenschaft und Technik landesweit einheitlich auszustatten.

### **§ 15 Besetzung der Rettungsmittel**

- (1) Notarzteinsatzfahrzeuge sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer weiteren Person zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, ist.
- (2) Rettungswagen und Mehrzweckfahrzeuge sind mit zwei Personen zu besetzen, von denen eine Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter und die andere mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist. Anstelle der Rettungssanitäterin oder des Rettungssanitäters kann auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter eingesetzt werden, die oder der die ersten 24 Monate der Ausbildung in Vollzeitform bereits absolviert und die Zwischenkompetenzprüfung nach § 13 Absatz 2 Satz 2 NotSanG erfolgreich absolviert hat; bei Ausbildung in Teilzeit verlängert sich der Zeitraum entsprechend.
- (3) Krankentransportwagen sind mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter sind. Eine oder einer der Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter muss mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein. Die andere Person kann

auch Auszubildende oder Auszubildender im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sein.

- (4) Notfallkrankentransportwagen sind mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sind.
- (5) Rettungseinsatzfahrzeuge sind mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen, die oder der eine zusätzliche landesweit einheitliche Qualifizierungsmaßnahme für diese Tätigkeit erfolgreich abgeschlossen hat.
- (6) Intensivtransportwagen sind mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besetzen, die oder der über die Qualifikation nach § 16 Absatz 2 und zusätzlich über eine wissenschaftlich anerkannte Qualifikation für Intensivtransporte verfügt. Darüber hinaus sind Intensivtransportwagen entsprechend Absatz 2 zu besetzen, wobei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter zusätzlich für Intensivtransporte qualifiziert sein muss; die Qualifikation wird von den Trägern des Rettungsdienstes landesweit einheitlich unter Beachtung wissenschaftlich anerkannter Standards und unter Beteiligung der Kostenträger festgelegt. Anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters kann auch eine Pflegefachkraft mit der Fachweiterbildung Intensivpflege eingesetzt werden.
- (7) Sofern ein Transport pädiatrischer Patienten erfolgt, soll das jeweilige Rettungsmittel, mit entsprechendem pädiatrischem Fachpersonal besetzt werden.
- (8) Verlegungsarzteinsatzfahrzeuge sind mindestens mit einer Verlegungsärztin oder einem Verlegungsarzt zu besetzen.
- (9) Rettungstransporthubschrauber sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter (medizinische Besatzung) zu besetzen. Die medizinische Besatzung muss für die besonderen Aufgabenstellungen in der Luftrettung aus- und fortgebildet sein; dazu gehört auch die Aus- und Fortbildung nach luftrechtlichen Vorgaben zur Übernahme fliegerischer Assistenz.
- (10) Abweichungen von den Absätzen 1 bis 8 sind nur in besonders gelagerten und begründeten Fällen, insbesondere bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses zulässig und sind zu dokumentieren.

### **§ 16 Notärztliche Versorgung**

- (1) Die notärztliche Versorgung ist Teil der Notfallrettung. Der Notarzteinsatz erfolgt auf der Grundlage eines landesweit einheitlichen Notarztindikationskatalogs (§ 17).

- (2) Notärztinnen und Notärzte müssen über die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder eine von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen.
- (3) Im Rahmen der notärztlichen Versorgung und unter Beachtung der Grundsätze von Patientensicherheit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit sind die Möglichkeiten telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung auszuschöpfen.

### **§ 17 Notarztindikationskatalog**

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

### **§ 18 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung**

- (1) Ein telenotfallmedizinisches System umfasst alle technischen Komponenten für die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung des Rettungsdienstfachpersonals bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten auf Grundlage der Echtzeitübertragung medizinischer Daten insbesondere auch Vitaldaten umfassend in Form von Text-, Sprach-, Video- und Bilddaten.
- (2) Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung dient insbesondere der
  - 1. Ferndiagnostik und Fernbehandlung durch die Telenotärztinnen und Telenotärzte,
  - 2. medizinischen Beratung und Unterstützung des im Einsatz befindlichen Rettungsdienstfachpersonals,
  - 3. Delegation heilkundlicher Maßnahmen an die vor Ort befindlichen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter,
  - 4. Verkürzung des notarztfreien Intervalls bis zum Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes vor Ort,
  - 5. Verkürzung der Bindezeiten und Verringerung der Einsatzzahlen notärztlich besetzter Rettungsmittel oder
  - 6. Begleitung von Notfall- und Sekundärtransporten sofern eine Arztbegleitung notwendig und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist.
- (3) Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung setzt voraus, dass

1. das telenotärztliche System nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik betrieben wird und
  2. das telenotärztliche System organisatorisch und technisch in die rettungsdienstlichen Strukturen der Träger des Rettungsdienstes eingebunden ist und
  3. die dafür vorgesehenen Rettungsmittel gemäß § 14 technisch für die Nutzung des telenotärztlichen Systems ausgestattet sind.
- (4) Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen zusätzlich zu der in § 16 Absatz 2 geforderten Qualifikation über die Qualifikation „Telenotärztin“ oder „Telenotarzt“ oder eine von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen.

### **§ 19 Experimentierklausel**

- (1) Zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung oder der Wirtschaftlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung dienen, kann das für das Rettungswesen zuständige Ministerium Abweichungen von den Vorgaben dieses Gesetzes zulassen, soweit anzunehmen ist, dass die Patientenversorgung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Besatzung nicht beeinträchtigt werden.
- (2) Im Rahmen eines Antrages ist darzulegen, für welches Erprobungsvorhaben die Ausnahme beantragt wird, von welchen Vorschriften abgewichen werden soll und zu welchem Zweck die Abweichung beantragt und wie diese finanziert wird. Zur Antragstellung berechtigt sind die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung sowie die Träger der Integrierten Leitstellen.
- (3) Die Ausnahmen sind grundsätzlich zeitlich zu befristen. Die Frist soll zwei Jahre nicht überschreiten. Die Frist kann auf Antrag um weitere zwei Jahre verlängert werden, sofern dies für die Erprobung des Versorgungskonzepts erforderlich ist.
- (4) Der oder die Antragstellende hat die Durchführung des Erprobungsverfahrens nach Maßgaben des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums zu dokumentieren, zu evaluieren und über das Ergebnis zu berichten
- (5) Für die geplante Abweichung von gesetzlichen Vorschriften sind die Absätze 1 bis 4 entsprechend anzuwenden.

### **§ 20 Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes**

- (1) Wer Krankentransporte mit Krankentransportwagen außerhalb des Rettungsdienstes durchführen will, bedarf der Genehmigung und ist Unternehmerin

oder Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes. Genehmigungsverfahren sind durchzuführen für die Ersterteilung von Genehmigungen, die Neuerteilung abgelaufener Genehmigungen, die Übertragung von Genehmigungen, den Austausch von Krankentransportwagen und wesentliche Änderungen des Betriebs. Der Antrag auf Genehmigung ist schriftlich bei dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu stellen, in dessen Bezirk Krankentransporte durchgeführt werden sollen. Soweit sich die Genehmigung auf angrenzende Rettungsdienstbereiche auswirken würde, sind die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte anzuhören. Beauftragte nach § 7 Absatz 1 sind im jeweiligen Rettungsdienstbereich nicht antragsberechtigt. Vor einer Entscheidung ist der Rettungsdienstträger anzuhören.

- (2) Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn
1. die Sicherheit und die Leistungsfähigkeit des Betriebs gewährleistet sind,
  2. keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit der Unternehmerin oder des Unternehmers und, soweit vorhanden, der für die Führung der Geschäfte bestellten Personen offenbaren, und
  3. die Unternehmerin oder der Unternehmer oder die für die Führung der Geschäfte bestellten Personen fachlich geeignet sind, wofür entweder der Nachweis durch Ablegung einer Prüfung vor einem Prüfungsausschuss der Industrie- und Handelskammer zu führen ist oder durch eine angemessene Tätigkeit in leitender Funktion in einem Unternehmen, das Krankentransporte durchführt, als geführt gilt.
- (3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn zu erwarten ist, dass durch ihren Gebrauch das öffentliche Interesse an einem funktionsfähigen Krankentransport nach diesem Gesetz beeinträchtigt wird.
- (4) Die Kosten sind in entsprechender Anwendung der §§ 10 und 11 von der Unternehmerin oder dem Unternehmer mit den Kostenträgern zu verhandeln.
- (5) Eine Genehmigung kann für längstens sechs Jahre erteilt werden.
- (6) Mit der Genehmigung geht die Verpflichtung einher, den Betrieb im genehmigten Umfang aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.
- (7) Die Absätze 2 und 3 gelten für einen Antrag auf Neuerteilung einer abgelaufenen Genehmigung entsprechend. Sind die Leistungen während der Geltungsdauer der abgelaufenen Genehmigung ordnungsgemäß erbracht worden, ist dies bei der Entscheidung über einen Antrag nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen. Absatz 3 gilt nicht für den Austausch von Krankentransportwagen, soweit der Genehmigungsumfang unverändert bleibt. Zur Feststellung der Auswirkungen früher erteilter Genehmigungen kann die zuständige Behör-

de vor der Entscheidung über neue Anträge einen Beobachtungszeitraum festlegen, der höchstens ein Jahr seit der letzten Erteilung einer Genehmigung andauern soll.

- (8) Für die Veräußerung oder Weiterführung des Unternehmens an oder durch Dritte gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend. Sie ist nur insoweit möglich, als der Dritte die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt.

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

##### **§ 21 Ärztliche Leitung Rettungsdienst**

- (1) Für die Aufgabenerfüllung nach § 1 Absatz 2 haben die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung zum Zwecke der medizinisch fachlichen Beratung eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) zu bestellen. Hierbei sind die Möglichkeiten der rettungsdienstbereichsübergreifenden Zusammenarbeit auszuschöpfen. Die Aufgaben- und Ausführungsverantwortung verbleibt beim Träger des Rettungsdienstes oder Träger der Luftrettung.
- (2) Zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst kann nur bestellt werden, wer die Fortbildung „Ärztlicher Leiter/ Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ sowie die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer absolviert hat.
- (3) Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst soll auch nach ihrer Bestellung regelmäßig im Notarztdienst, nach Möglichkeit auch im Rahmen von Intensivtransporten sowie der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung, tätig werden.

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

- (1) Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch telenotärztlichen, Versorgung sollen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, entsprechend der im Rahmen ihrer Ausbildung gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 1 NotSanG vermittelten Kompetenzen, heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver oder medikamentöser Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.
- (2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern das Zustandsbild der Patientin oder des Patienten dies erfordert. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden (§ 1 Absatz 2

Nummer 1) oder im Einzelfall ärztlich veranlasst werden. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

- (3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen eine (Tele-) Notärztin oder einen (Tele-) Notarzt hinzuziehen, sofern das Zustandsbild der Patientin oder des Patienten nach Einschätzung durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter die Hinzuziehung (tele-) notärztlicher Unterstützung erforderlich macht. Für den Fall, dass die Einschätzung des Zustandsbildes die Hinzuziehung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung als nicht erforderlich erscheinen lässt, muss die bereits erfolgte Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden.
- (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 4. August 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 182), zur Verabreichung von Betäubungsmitteln nach dem BtMG befugt.

### **§ 23 Fortbildung**

- (1) Der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung ist verpflichtet das Rettungsdienstfachpersonal jährlich fortzubilden. Im Falle einer Beauftragung nach § 7 ist diese Verpflichtung dem oder der Beauftragten aufzuerlegen. Hierfür sollen trägerübergreifende Fortbildungskonzepte entwickelt werden, die die Möglichkeiten zur Durchführung der theoretischen Fortbildung im Rahmen von Online-Angeboten angemessen berücksichtigen.
- (2) Notärztinnen und Notärzte sind jährlich durchschnittlich 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Davon müssen mindestens acht Stunden gemeinsam mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern durchgeführt werden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet.
- (3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind jährlich durchschnittlich 40 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet. Davon sind mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren und mindestens acht Stunden gemeinsamen mit Notärztinnen und Notärzten durchzuführen. Die gemeinsamen Fortbildungsmaßnahmen der Notärztinnen und Notärzte, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und der Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sollen insbesondere folgende Inhalte umfassen:

1. Training von Reanimationsmaßnahmen,
  2. Versorgung von Kindernotfällen und in der Geburtshilfe sowie
  3. Behandlung von schwerverletzten Patientinnen und Patienten, auch im Rahmen eines rettungsdienstlichen Großschadenereignisses.
- (4) Die Notfallsanitäterin und der Notfallsanitäter, die für besondere Aufgaben, insbesondere den Einsatz auf dem REF oder dem ITW, eingesetzt werden, sind für diese Tätigkeiten zusätzlich landeseinheitlich und themenspezifisch fortzubilden.
- (5) Das in der Integrierten Leitstellen gemäß § 24 Absatz 5 eingesetzte Personal ist jährlich durchschnittlich 24 Stunden in leitstellenspezifischen Themen und sechzehn Stunden in rettungsdienstlichen Belangen fortzubilden. Das in der Schichtführung oder Schichtleitung eingesetzte Personal ist darüber hinaus jährlich durchschnittlich 16 Stunden in fachaufgabenbezogenen Belangen fortzubilden.
- (6) Im Bereich der Luftrettung erstreckt sich die Fortbildungspflicht nach diesem Gesetz auf die medizinische Besatzung. Sie ist neben den Vorgaben in Absatz 2 und 3 insbesondere in fliegerischen und flugmedizinischen Besonderheiten nach Vorgaben der Träger der Luftrettung fortzubilden ist.
- (7) In der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung eingesetztes Rettungsdienstfachpersonal muss für diese Tätigkeit zusätzlich in einem Umfang von acht Stunden jährlich fortgebildet werden.
- (8) Zur Erhaltung der Qualifikation ist das durch den Träger des Rettungsdienstes für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) bestellte Personal zusätzlich in einem Umfang von acht Stunden jährlich in für die Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadenslagen relevanten Themen fortzubilden.

## **Abschnitt 5 Leitstelle, Behandlungskapazitätennachweis**

### **§ 24 Integrierte Leitstelle**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes stellen sicher, dass zum Zwecke des Notfallmanagements, nach Möglichkeit trägerübergreifend, Integrierte Leitstellen errichtet und betrieben werden. Die Integrierten Leitstellen können insbesondere gemeinsam mit der nach § 6 Absatz 2 Nummer 8 des Landeskatastrophenschutzgesetzes vom 10. Dezember 2000 (GVBl. Schl. H. S. 664) die Gewährleistung des Meldewesens und der Alarmierung durchführenden Stelle, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Polizei unter getrennter Aufgabenwahrnehmung und getrennter Verarbeitung personenbezogener Daten, betrieben werden.



- (2) Die Integrierte Leitstelle hat alle Einsätze des Rettungsdienstes im Zuständigkeitsbereich zu lenken. Der Betrieb und die Erreichbarkeit unter der Notrufnummer 112 sind dauerhaft, ständig und direkt sicherzustellen.
- (3) Die Integrierten Leitstellen im Land Schleswig-Holstein müssen im Rahmen eines landeseinheitlichen digitalen Kommunikations- und Koordinierungssystems leitstellenbereichsübergreifende Kommunikationswege bereit- und aufrechterhalten. Sie sollen vor allem dem Notfallmanagement nach § 2 Absatz 2 dienen und wechselseitig Ausfallsicherheit schaffen.
- (4) Die Integrierte Leitstelle soll sektorenfremde Hilfeersuchen an die entsprechend zuständigen und geeigneten Versorgungssektoren weiterleiten. Die technischen und tatsächlichen Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sind auszuschöpfen.
- (5) Die personelle Besetzung der Rettungsleitstelle hat in der Weise zu erfolgen, dass die Annahme und Bearbeitung von Notrufen sowie die Anleitung von Anrufern in lebensrettenden Maßnahmen in einer angemessenen, landesweit einheitlichen Reaktions- und Erstbearbeitungszeit gewährleistet sind. Die für die Annahme und Bearbeitung von Anrufen unter der Notrufnummer 112 und die Annahme und Bearbeitung von Anrufen zum Zwecke eines anderweitigen Hilfeersuchens unter der Nummer 19222 eingesetzten Personen (Calltaker) sowie die für die Disposition von entsprechenden Rettungsmitteln eingesetzten Personen (Dispatcher) müssen entweder Absolventinnen oder Absolventen einer anerkannten Leitstellenausbildung sein oder mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich einer zusätzlichen Qualifikation für die jeweilige Aufgabenwahrnehmung verfügen.
- (6) Notrufannahme, Notrufbearbeitung und Disposition erfolgen auf der Grundlage eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Sie ist nach landesweit einheitlichen Einsatzstichworten und Einsatzkategorien auszurichten und laufend fortzuentwickeln. Dabei sind auch die Versorgungssektoren außerhalb des Rettungsdienstes zu berücksichtigen.
- (7) Die technische Ausstattung der Integrierten Leitstelle muss dem aktuellen Stand der Technik und den notrufspezifischen Regelungen entsprechen.
- (8) Die Integrierte Leitstelle hat im Bedarfsfall die Unterstützung der Polizei, der Feuerwehr und anderer zur Unterstützung des Rettungsdienstes geeigneter Einrichtungen anzufordern. Dazu gehört auch die Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den §§ 28, 29 bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen.
- (9) Die Integrierte Leitstelle soll mit den Leitstellen der vertragsärztlichen Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten. Die

Zusammenarbeit bedarf einer vertraglichen Regelung über mindestens Art und Umfang der Kooperation sowie zu Datenübermittlung und Kommunikationswegen.

- (10) Die Integrierten Leitstellen gewährleisten die digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit untereinander. Die digitale Einsatzübergabe umfasst die Daten und Metadaten aus der Notrufannahme und der Notrufbearbeitung. Die Integrierten Leitstellen stellen in ihrem Verantwortungsbereich eine gegenseitige Einsatzübergabe zum Zwecke der Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes nach § 1 Absatz 2 auch mit angrenzenden Leitstellenbereichen sicher. Gleiches gilt für Einsatzübergaben in Folge der Zusammenarbeit mit den Leitstellen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß Absatz 9 sowie bei Einsatzübergaben an ambulante Versorgungsangebote.
- (11) Die Disposition von Einsätzen in der Luftrettung sowie von ärztlich begleiteten Sekundärtransporten einschließlich der Einsätze mit Ressourcen für pädiatrische Personen und von Intensivtransporten erfolgt auf der Grundlage eines trägerübergreifenden, landeseinheitlichen Konzeptes durch die Koordinierungsstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte Schleswig-Holstein bei der Integrierten Regionalleitstelle Mitte.

### **§ 25 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.
- (2) Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in geeignete Behandlungseinrichtungen erfolgt in der Notfallrettung auf Grundlage des digitalen Behandlungskapazitätennachweises.
- (3) Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit und zur Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises wird im Rahmen einer Vereinbarung zwischen den am Behandlungskapazitätennachweis beteiligten Stellen festgelegt. Die Mitnutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch andere Bundesländer ist unter Berücksichtigung der landesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen zulässig. Sofern das für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung und das für das Rettungswesen zuständige Ministerium Näheres zum Betrieb und zur Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises sowie die damit im Zusammenhang stehende Datenverarbeitung und Dokumentation durch Rechtsverordnung festlegt (§ 33 Nummer 13), verlieren Vereinbarungen im Sinne des Satz 1 insoweit ihre Wirksamkeit.

- (4) Die den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes.
- (5) Soweit es für ihre Aufgabenerledigung erforderlich ist, dürfen die Katastrophenschutzbehörden Daten zu den Behandlungskapazitäten verarbeiten. Auf Verlangen ist ihnen der aktuelle Stand der Behandlungskapazitäten elektronisch zu übermitteln.

## **Abschnitt 6 Qualitätssicherung**

### **§ 26 Qualitätsmanagement**

- (1) Die Träger des Rettungsdienstes sowie die Träger der Luftrettung stellen ein Qualitätsmanagement auf Grundlage eines landeseinheitlichen Qualitätsmanagementsystems sicher. Dieses Qualitätsmanagementsystem muss allgemein anerkannten Standards des Qualitätsmanagements genügen und ist dementsprechend fortzuschreiben. Dabei muss das Qualitätsmanagementsystem Regelungen zur Zertifizierung und Rezertifizierung der Träger des Rettungsdienstes sowie der Träger der Luftrettung vorsehen. Beauftragte im Sinne des § 7 Absatz 1 und § 7 Absatz 4 wirken an dem Qualitätsmanagement mit.
- (2) Das landeseinheitliche Qualitätsmanagement erfolgt datenbasiert. Einzubeziehen sind alle Daten über die Leistungen des Rettungsdienstes gemäß § 1 Absatz 2. Hierzu zählen auch die Daten zu einsatzrelevanten Faktoren, insbesondere der Art und Anzahl der verfügbaren Rettungsmittel sowie dem eingesetzten Rettungsdienstfachpersonal. Weiterhin 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.

### **§ 27 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 § 26 Absatz 2 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 Daten durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen.
- (2) Ergänzend zu Absatz 1 kann eine Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch im Rahmen wissenschaftlicher Studien erfolgen.

- (3) Die Zentrale Stelle Rettungsdienst unterstützt die Träger des Rettungsdienstes mit ihren Integrierten Leitstellen und die Träger der Luftrettung bei der Festlegung von landesweit einheitlichen übergeordneten Qualitätszielen mit Bezug zur Patientenversorgung und daraus resultierenden Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren sind im Benehmen mit den Kostenträgern festzulegen. Die Zentrale Stelle Rettungsdienst definiert die für die Auswertung erforderlichen Datensätze der Qualitätsindikatoren gemäß Satz 1 in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung.
- (4) Die Auswertungsergebnisse nach Absatz 3 Satz 3 sind öffentlich bereitzustellen und im jeweils für die Aufgabenerfüllung angemessenen Umfang den Kostenträgern und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium im Rahmen der Rechtsaufsicht zugänglich zu machen.
- (5) Im Rahmen der Qualitätssicherung entlang des gesamten Behandlungspfades in der Gesundheitsversorgung sollen Daten anderer an der Gesundheitsversorgung teilnehmenden Einrichtungen, insbesondere der Behandlungseinrichtungen, in die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einbezogen werden.

## **Abschnitt 7 Ersthelfersysteme**

### **§ 28 Organisierte Erste Hilfe**

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

hat, dass die gleichen Qualifikationsanforderungen einheitlich für alle Organisationen und Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen gelten,

4. die Ausrüstung der Einsatzkräfte sowie
  5. eine Dokumentation und die Sicherstellung des Datenschutzes.
- (4) Die Organisierte Erste Hilfe wird von den Rettungsleitstellen nur auf der Grundlage und im Rahmen der Vereinbarung alarmiert. Das gilt nicht für von den Berufsfeuerwehren selbst gestellte organisierte Erste Hilfe.
  - (5) Die Möglichkeiten zur Nutzung von Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen sind auszuschöpfen.
  - (6) Über Vereinbarungen nach Absatz 2 sowie Maßnahmen nach Absatz 4 ist das für das Rettungswesen zuständige Ministerium in Kenntnis zu setzen.
  - (7) Die Einbindung organisierter Erster Hilfe sowie von Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen ist bei der Entwicklung und Fortschreibung des standardisierten Notrufabfrageprotokolls der Integrierten Leitstellen zu berücksichtigen.
  - (8) Kosten der organisierten Ersten Hilfe sind keine Kosten des Rettungsdienstes.

### **§ 29 App-basiertes Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem**

- (1) Im Rahmen der Notfallrettung sollen ergänzend bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels auch außerhalb der organisierten Erste Hilfe gemäß § 28 geeignete Ersthelferinnen und Ersthelfer durch die Integrierte Leitstelle eingebunden werden. App-basierte Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme sind kein Teil der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur nach § 8.
- (2) Die Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfer nach Absatz 1 erfolgt mittels app-basiertem Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem durch die Integrierten Leitstellen. Die Integrierten Leitstellen dürfen zu diesem Zweck Einsatzdaten an die Ersthelferinnen und Ersthelfer über das app-basierte Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem übermitteln.
- (3) Die durch die Einrichtung und den Betrieb eines landeseinheitlichen app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems entstehenden Kosten werden in den Benutzungsentgelten nach § 11 entsprechend berücksichtigt. Dies gilt auch, wenn dieses Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem den Integrierten Leitstellen von einem Dritten bereitgestellt wird.
- (4) Einzelheiten zur Eignung von Ersthelferinnen und Ersthelfern, zur Einsatzindikation, Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation werden durch die Träger des Rettungsdienstes landeseinheitlich festgelegt. Regionale Besonderheiten insbesondere bezogen auf den Einsatzradius des App-basier-

ten Ersthelferinnen und Ersthelfersystems und in der Unterscheidung zwischen urbanen und ruralen Gebieten sollen bei den landeseinheitlichen Einzelheiten zu Einsatzdisposition und Alarmierung Berücksichtigung finden.

## **Abschnitt 8 Werksrettungsdienst, Aufsicht, Ordnungswidrigkeiten, Verordnungsermächtigung**

### **§ 30 Werksrettungsdienst**

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

### **§ 31 Zuständigkeit und Aufsicht**

- (1) Die Aufsicht über Beauftragte im Sinne des § 7 Absatz 1 obliegt dem jeweiligen Träger des Rettungsdienstes. Die Aufsicht über die Beauftragten nach § 7 Absatz 4 obliegt dem jeweiligen Träger der Luftrettung. Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium übt die Aufsicht darüber aus, dass die Träger des Rettungsdienstes, die Beliehenen und die Träger der Luftrettung die Aufgaben nach diesem Gesetz rechtmäßig erfüllen (Rechtsaufsichtsbehörde). Im Übrigen übt sie die Aufsicht über die Durchführer in der Luftrettung im Land Schleswig-Holstein aus.
- (2) Werden die Vorschriften dieses Gesetzes durch das Handeln oder Unterlassen eines Trägers des Rettungsdienstes verletzt, soll die Rechtsaufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass die Rechtsverletzung binnen einer angemessenen Frist behoben wird.
- (3) Die Rechtsaufsichtsbehörde kann abweichend von § 129 GO, § 68 KrO und § 20 des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit (GkZ) in der Fassung vom 28 Februar 2003 (GVObI. Schl.-H. S. 122), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 5. Februar 2025 (GVObI. Schl.-H. 2025/27), in Verbindung mit §

129 GO Maßnahmen im Sinne der §§ 123 und 124 GO und der §§ 62 und 63 KrO im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium treffen. Die Anordnung von Zwangsmaßnahmen nach §§ 125 und 127 GO und den §§ 64 und 66 KrO bleibt dem für Inneres zuständigen Ministerium vorbehalten. Die Rechtsaufsichtsbehörde ist berechtigt, von den Trägern des Rettungsdienstes Informationen zu allen Fragen des Rettungsdienstes anzufordern.

- (4) Zuständig für die Genehmigungserteilung und die Aufsicht über die Unternehmen nach § 20 sowie über den Werksrettungsdienst nach § 30 und die Abwehr von Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen und behördlichen Anordnungen sind die Landrätinnen und Landräte sowie die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte. Sie nehmen diese Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr. Die aufsichtführende Behörde ist befugt, zur Durchführung der Aufsicht und zur Vorbereitung ihrer Entscheidungen die erforderlichen Ermittlungen anzustellen, insbesondere
1. Geschäftsräume und Einsatzfahrzeuge zu kontrollieren,
  2. Einsicht in Bücher und Geschäftspapiere zu nehmen,
  3. Herausgabe von Unterlagen zu verlangen sowie
  4. von der Unternehmerin oder dem Unternehmer und den im Geschäftsbetrieb tätigen Personen Auskunft zu verlangen.
- (5) Zu den genannten Zwecken dürfen die dem Geschäftsbetrieb dienenden Grundstücke und Räume innerhalb der Geschäftszeiten betreten werden. Die Unternehmerin oder der Unternehmer hat der Aufsichtsbehörde alle wesentlichen Veränderungen unverzüglich mitzuteilen.

### **§ 32 Ordnungswidrigkeiten**

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer
1. ohne Träger des Rettungsdienstes oder nach § 5 durch diesen beauftragt ist oder Träger der Luftrettung oder nach § 5 durch diesen beauftragt ist Leistungen des Rettungsdienstes nach § 1 anbietet oder durchführt,
  2. ohne, dass ihm nach § 20 Absatz 1 und 2 eine Genehmigung erteilt wurde Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes durchführt oder
  3. entgegen § 34 Bezeichnungen ohne Zusammenhang zu Aufgaben und Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz verwendet.
- (2) Eine Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.

- (3) Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten ist das für das Rettungswesen zuständige Ministerium.

### **§ 33 Verordnungsermächtigung**

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

1. die räumliche und technische Ausstattung der Rettungswachen und der Notarztwachen, einschließlich der Rettungsstandorte,
2. die Ausgestaltung und die Überprüfung der Einhaltung der bedarfsgerechten Vorhaltungsstruktur (§ 8),
3. Näheres zum Datenschutz, der Datenverarbeitung und der Dokumentation im Zusammenhang mit der Durchführung des Rettungsdienstes nach diesem Gesetz, sowie die Einrichtung und Ausgestaltung einer zentralen Stelle im Sinne datenschutzrechtlicher Verantwortlichkeit,
4. die Inhalte und den Umfang des Qualitätsmanagements, der hierfür einzubeziehenden Daten sowie die erforderlichen Mitwirkungspflichten (§ 26 und § 27),
5. den Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten,
6. die Konkretisierung der Ausstattung und der Besetzung der Rettungsmittel (§§ 14 und 15),
7. die Konkretisierung technischer und personeller Standards der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung (§18),
8. die Ausbildung und die Prüfung zur Rettungssanitäterin und zum Rettungssanitäter, die Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungseinrichtungen für diese Ausbildung,
9. im Einvernehmen mit dem für das Feuerwehrwesen zuständigen Ministerium, Näheres zur Einrichtung und zum Betrieb der Integrierten Leitstelle, zur Qualifikation der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Integrierten Leitstellen, zur räumlichen und technischen Ausstattung sowie zur Einsatzdisposition (§ 24),
10. Näheres zu den Anforderungen an Hygiene und Infektionsschutz sowie den Umgang mit Medizinprodukten (§ 4 Absatz 6 Nummer 3),
11. nähere Anforderungen an die Durchführung der Luftrettung (§ 5) und die Durchführung und Ausgestaltung der zentralen Disposition von Luftrettungsmitteln,



12. Einzelheiten zu den Planungen zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen und zur ELRD sowie im Einvernehmen mit dem für die Stäbe und Lagedarstellung des Landes Schleswig-Holstein zuständigen Ministeriums, Näheres zu Meldewegen bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen.
13. Gemeinsam mit dem für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung zuständigen Ministerium, Näheres zum Betrieb und zur Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises sowie die damit im Zusammenhang stehende Datenverarbeitung und Dokumentation (§ 25),
14. die Konkretisierung der Zusammenarbeit nach § 6.

### **§ 34 Schutz von Bezeichnungen**

Die Bezeichnungen „Rettungsdienst“, „Notfallrettung“, „Intensivtransport“, „Krankentransport“, „Rettungsleitstelle“, „Rettungswache“, „Notarztwache“, „Rettungsstandort“, „Notärztin“ oder „Notarzt“, „Telenotärztin“ oder „Telenotarzt“, „Leitende Notärztin“ oder „Leitender Notarzt“, „Organisatorische Leiterin“ oder „Organisatorischer Leiter“, „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“, „Einsatzleitung Rettungsdienst“, „Rettungssanitäter“, „Rettungssanitäterin“, „Notfallsanitäter“, „Notfallsanitäterin“, „Rettungswagen“, „Krankentransportwagen“, „Rettungseinsatzfahrzeug“, „Notfallkrankentransportwagen“, „Notarzteinsatzfahrzeug“, „Verlegungsarzteinsatzfahrzeug“, „Schwerlast-Rettungswagen“, „Rettungstransporthubschrauber“, „Intensivtransportwagen“ sowie die Abkürzungen „ÄLRD“, „ELRD“, „NotSan“, „RettSan“, „NEF“, „VEF“, „RTW“, „KTW“, „N-KTW“, „RTH“, „REF“, „S-RTW“ und „ITW“ dürfen nur im Zusammenhang mit Aufgaben und der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz verwendet werden.

### **§ 35 Missbrauch und Fehlgebrauch von Notrufeinrichtungen**

- (1) Wer die kommunikationstechnischen Einrichtungen der Rettungsleitstelle nutzt, ohne dass dem ein Hilfeersuchen zu Grunde liegt, oder eine medizinische Hilfenotwendigkeit vorgibt, die nicht gegeben ist, dem können die Kosten eines daraus resultierenden Einsatzes auferlegt werden. Satz 1 gilt auch für Notrufe mittels des automatischen Notrufs (eCall).
- (2) Absatz 1 gilt entsprechend für einen Fehlalarm durch eCall, bei dem keine Sprachverbindung hergestellt werden kann. Die Verantwortung trägt die Halterin oder der Halter des Fahrzeuges.

## **Abschnitt 9 Schlussbestimmungen**

### **§ 36 Übergangsbestimmung**

Solange die Bundesrepublik Deutschland dem Land einen Rettungstransporthubschrauber für Zwecke des Zivilschutzes zur Verfügung stellt, der in der Luftrettung

eingesetzt wird, ist insoweit der Kreis Ostholstein Träger der Luftrettung und gilt der Luftrettungsstandort Siblin als festgelegt. Sobald die Bundesrepublik Deutschland dem Kreis Ostholstein einen Rettungstransporthubschrauber für Zwecke des Zivilschutzes nicht mehr zur Verfügung stellt geht die Trägerschaft an das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das für Rettungswesen zuständige Ministerium, über.

#### **§ 40 Einschränkung von Grundrechten**

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

#### **§ 41 Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

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

Daniel Günther  
Ministerpräsident

Dr. Sabine Sütterlin-Waack  
Ministerin für Inneres, Kommunales,  
Wohnen und Sport

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

## **Begründung**

### **A. Allgemeine Begründung**

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

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

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

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

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

#### **Zu § 1**

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

Absatz 2 konkretisiert die in Absatz 1 genannten Leistungen und definiert die Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes nach dem Stand von Wissenschaft und Technik. Neben der klassischen Notfallrettung werden auch Intensivtrans-

porte, Krankentransporte sowie die Aufgaben im Rahmen von Großschadensereignissen ausdrücklich erfasst, um die Gesamtheit des rettungsdienstlichen Aufgabenspektrums abzubilden.

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

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

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

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

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

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

Absatz 4 stellt klar, dass die Luftrettung fester Bestandteil des Rettungsdienstes ist. Dies entspricht der bestehenden Versorgungsstruktur und trägt dem Bedarf in einem überwiegend ländlich geprägten Flächenland Rechnung, in dem schnelle Transportzeiten zu spezialisierten Kliniken gewährleistet werden müssen.

Absatz 5 betont den staatlichen Charakter des Rettungsdienstes. Die Gewährleistungsverantwortung liegt bei den Trägern des Rettungsdienstes und den

Trägern der Luftrettung. Dies stellt sicher, dass die Aufgabenerfüllung nicht rein marktwirtschaftlichen Mechanismen überlassen bleibt, sondern nach klar definierten Kriterien erfolgt.

Absatz 6 grenzt den genehmigungspflichtigen Bereich des Krankentransports außerhalb des Rettungsdienstes ab. Die Genehmigungspflicht dient dem Schutz der Patientinnen und Patienten, der Qualitätssicherung sowie der Aufrechterhaltung geordneter Strukturen innerhalb des Rettungsdienstes.

Absatz 7 beschreibt abschließend die Ausnahmen vom Geltungsbereich des Gesetzes. Die aufgeführten Tatbestände betreffen Bereiche, deren Aufgabenstellungen sich inhaltlich von denen des Rettungsdienstes unterscheiden. Die Ausnahmen dienen der Abgrenzung der Zuständigkeiten und vermeiden Überschneidungen sowie Doppelregulierungen. Insbesondere wird klargestellt, dass Beförderungsleistungen im Rahmen von Behindertenbetreuung, Krankenfahrten oder innerklinischen Transporten nicht dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes unterfallen. Gleiches gilt für Maßnahmen des Katastrophenschutzes sowie der Polizei, Bundespolizei und Bundeswehr, da diese eigenen gesetzlichen Vorgaben unterliegen. Die Ausnahme für Leistungen aus anderen Bundesländern berücksichtigt föderale Zuständigkeiten und verhindert eine Überdehnung des Landesrechts.

## **Zu § 2**

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

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

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

Die Vorschrift stellt klar, dass die Disposition eines geeigneten Rettungsmittels und weiterer einsatzunterstützender Maßnahmen integraler Bestandteil des

Notfallmanagements sind. Dies umfasst insbesondere den Einsatz von Organisierter Erster Hilfe, also qualifizierten, strukturierten und im Rettungsdienstsystem verankerten Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen, sowie den Einsatz von App-Retter (mobilen Ersthelfer-Alarmierungssystemen), die bei zeitkritischen Notfällen, insbesondere bei Herz-Kreislaufstillständen, durch kurze Eintreffzeiten die Überlebenschancen signifikant erhöhen. Damit trägt das Gesetz dem Stand der Wissenschaft Rechnung, wonach frühzeitige Ersthelfermaßnahmen einen maßgeblichen Beitrag zur Verbesserung des Patientenoutcomes leisten

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

Diese Regelung stellt klar, dass besonders zeitkritische Notfälle die Einbindung ergänzender Ressourcen erforderlich machen können. Die Verknüpfung mit den §§ 28 und 29 verdeutlicht, dass sowohl ehrenamtliche als auch digitale Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme Teil des Gesamtsystems sind.

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

Der in Absatz 4 beschriebene Notfalltransport umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in eine der nächstgelegenen, verfügbaren und medizinisch geeigneten Behandlungseinrichtungen. Die Möglichkeit einer Notfallzuweisung sowie einer begründeten Sonderzuweisung bleibt hiervon unberührt. Weitere Anforderungen und Verfahrensregelungen zur Sonderzuweisung ergeben sich aus dem Landeskrankenhausgesetz Schleswig-Holstein. Der Notfalltransport umfasst auch die aus zwingenden medizinischen Gründen zur Abwendung von unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderliche Verlegung in eine andere Behandlungseinrichtung sowie die notfallmedizinische Versorgung während des Transports.

Im Absatz 5 wird der Krankentransport als Transport von „Nicht-Notfall-Patientinnen und -Patienten“ definiert, die dennoch eine fachgerechte medizinische Betreuung oder spezielle Ausstattung benötigen. Die Definition entspricht bundesweit üblichen Standards und grenzt klar gegenüber der Notfallrettung ab.

Im Absatz 6 wird der Begriff des Sekundärtransports differenziert gefasst. Die Definition trägt dem Umstand Rechnung, dass Sekundärtransporte je nach medizinischer Lage ein Krankentransport, ein Notfalltransport oder ein Intensivtransport sein können. Entscheidend ist der konkrete Einzelfall. Die Regelung schafft Rechtssicherheit und berücksichtigt die Vielfalt aktueller Transportrealitäten, insbesondere bei spezialisierten Zentren.

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

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

Absatz 9 erläutert, dass Rettungsdienstfachpersonal alle im operativen Rettungsdienst eingesetzten Berufsqualifikationen umfasst. Dazu zählen insbesondere Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter und (Tele-) Notärztinnen und (Tele-) Notärzte.

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

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

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

Absatz 12 definiert das standardisierte Notrufabfrageprotokoll als digital gestütztes, algorithmus- und regelbasiertes Werkzeug zur qualitätsgesicherten Notrufbearbeitung. Die Regelung verbessert die Einheitlichkeit der Disposition.

Absatz 13 führt die Rettungsstandorte als Ergänzung zu Rettungs- und Notarztwachen ein. Sie dienen der flächendeckenden, effizienten Vorhaltung von Rettungsdienstfahrzeugen und -personal. Klarstellend wird geregelt dass Rettungsstandorte organisatorisch der jeweils nächstgelegenen Rettungs- oder Notarztwache zugeordnet sind, so dass Aufgaben wie Gerätetausch, Hygienemaßnahmen und Desinfektion an der zugeordneten Rettungswache durchgeführt werden.

Dies stellt sicher, dass die für Betrieb und Qualitätssicherung erforderliche Infrastruktur verfügbar bleibt, ohne zusätzliche Verwaltungsstrukturen aufzubauen.

### **Zu § 3**

Absatz 1 legt fest, dass die Kreise und kreisfreien Städte die Träger des Rettungsdienstes für ihren jeweiligen Rettungsdienstbereich sind. Die Einordnung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe stellt sicher, dass die Aufgabenerfüllung im eigenen Verantwortungsbereich erfolgt, gleichzeitig aber der staatlich

vorgegebenen Verpflichtung zur Sicherstellung einer leistungsfähigen rettungsdienstlichen Versorgung unterliegt. Diese Kombination gewährleistet sowohl kommunale Gestaltungsspielräume als auch eine landesweit einheitliche Mindestqualität der rettungsdienstlichen Versorgung.

Absatz 2 bestimmt das Land als Träger der Luftrettung. Dies trägt der besonderen Bedeutung und den überregionalen Strukturen der Luftrettung Rechnung, die eine landesweite Koordination erfordern. Die Ausnahme des in Siblin stationierten Zivilschutzhubschraubers hebt hervor, dass dessen Betrieb primär zivil- und katastrophenschutzrechtlichen Aufgaben unterliegt und daher nicht in die landesrechtliche Trägerschaft der regulären Luftrettung fällt.

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

Absatz 4 regelt, dass bei der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ein öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis entsteht. Dies dient der rechtlichen Einordnung der Leistungen und bildet die Grundlage für die Leistungsbeziehungen und Verantwortlichkeiten. Die Regelung umfasst sowohl den bodengebundenen Rettungsdienst als auch die Luftrettung.

Absatz 5 ermöglicht den Trägern des Rettungsdienstes, mit angrenzenden Trägern in anderen Bundesländern öffentlich-rechtliche Vereinbarungen zu schließen. Diese Möglichkeit trägt der praktischen Notwendigkeit Rechnung,



dass Notfallversorgung und Rettungsdienststrukturen oftmals nicht an Landesgrenzen haltmachen. Die Regelung schafft die rechtliche Grundlage für grenzüberschreitende Zusammenarbeit, abgestimmte Vorhaltung und gegenseitige Unterstützung, wodurch Versorgungslücken vermieden und Effizienzpotenziale genutzt werden können.

#### **Zu § 4**

Im Absatz 1 wird festgelegt, dass die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung den Rettungsdienst bedarfsgerecht, flächendeckend und gleichmäßig nach

dem Stand der Wissenschaft und Technik sowie wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen haben. In diesem Rahmen haben die Träger des Rettungsdienstes:

1. Rettungswachen und Notarztwachen zu errichten und zu betreiben sowie diese mit Rettungsmitteln, Rettungsdienstfachpersonal und rettungsdienstlicher Ausrüstung auszustatten; ergänzend können Rettungsstandorte errichtet werden,
2. Rettungsleitstellen zu errichten und zu betreiben,
3. für eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung von Rettungsmitteln bei sanitätsdienstlicher Veranstaltungsabsicherung zu sorgen,
4. eine Struktur zur Bewältigung von Großschadensereignissen zu planen und zu organisieren.

Die für die Erlaubnis einer Veranstaltung zuständige Behörde hat in Absprache mit dem Träger des Rettungsdienstes die Anforderungen an den Sanitätsdienst mit den Planungen des Trägers des Rettungsdienstes abzustimmen. Werden im Rahmen des Sanitätsdienstes Rettungsmittel vorgehalten, die den Anforderungen dieses Gesetzes entsprechen, kann eine Beförderung von Patientinnen und Patienten in die nächstgelegene, verfügbare und medizinisch geeignete Behandlungseinrichtung erfolgen. Die sanitätsdienstliche personelle Gestellung erfolgt in der Regel durch eine Organisation, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Veranstalterin oder dem Veranstalter geschlossen hat

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

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

Im Absatz 4 wird bestimmt, dass die nach Landesrecht zuständigen Behörden im Sinne des § 21 Absatz 1 des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung dieses Gesetzes die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung sind.

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

Im Absatz 6 sind weitere Aufgaben der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung aufgeführt. Diese beinhalten insbesondere:

1. die Unterrichtung der Angehörigen oder Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten auf deren Nachfrage,
2. die freiwillige Mitwirkung an wissenschaftlicher Forschung und akademischen Arbeiten zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Aufgabenerfüllung,
3. Maßnahmen zur Sicherstellung der Hygiene, des Infektionsschutzes und zum Umgang mit Medizinprodukten,
4. Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes.

Im Absatz 7 wird festgelegt, dass die Einsätze des Rettungsdienstes und der Luftrettung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und zu speichern sind. Die Sprach- und Textkommunikation der Rettungsleitstelle ist elektronisch zu speichern.

Im Absatz 8 wird bestimmt, dass zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 verarbeitet werden dürfen. § 12 des Landesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend..

## **Zu § 5**

Im Absatz 1 wird festgelegt, dass das Land die Standorte der Rettungstransporthubschrauber als Standorte der Luftrettung bestimmt. Die Festlegung erfolgt im Benehmen mit den Kostenträgern sowie im Benehmen mit den Trägern des Rettungsdienstes, um eine bedarfsgerechte, flächendeckende und koordinierte Versorgung sicherzustellen.

Im Absatz 2 wird bestimmt, dass die Luftrettung in der Notfallrettung auf Grundlage des landesweit einheitlichen Notarztindikationskataloges nach § 17 erfolgt. Darüber hinaus kann die Luftrettung auch dann eingesetzt werden,

wenn sie für die Einsatzbewältigung, z. B. bei Einsätzen auf den Inseln und Halligen, besonders geeignet oder notwendig ist. Damit wird sichergestellt, dass sowohl medizinische Dringlichkeit als auch operative Erfordernisse angemessen berücksichtigt werden. Die Luftrettung ergänzt den bodengebundenen Rettungsdienst, ersetzt jedoch nicht die Versorgung durch Notärztinnen und Notärzte am Boden.

Im Absatz 3 wird geregelt, dass die Beauftragung nach § 7 Absatz 4 als Dienstleistungskonzession erfolgen kann. In diesem Fall:

1. tragen die Beauftragten abweichend von § 10 Absatz 1 die auftragsgemäßen Kosten,
2. vereinbaren die Beauftragten gemäß § 12 die Benutzungsentgelte.

## **Zu § 6**

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

Im Absatz 2 wird die Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit verankert. Die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung sollen im Rahmen des § 90a Absatz 1 SGB V ihre Mitwirkung im Gesundheitsversorgungsrat sicherstellen. Damit wird gewährleistet, dass rettungsdienstliche Interessen in die übergreifende Versorgungsplanung des Landes eingebunden werden. Das Landeskrankenhausgesetz regelt die näheren Modalitäten. Diese Vorschrift unterstützt die Vernetzung zwischen Rettungsdienst, ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und fördert die sektorenübergreifende Steuerung von Ressourcen.

Im Absatz 3 wird die organisatorische Umsetzung der Mitwirkung nach Absatz 2 konkretisiert. Es wird bestimmt, dass stimmberechtigte Mitglieder der Träger des Rettungsdienstes und der Träger der Luftrettung benennen, einschließlich einer Vertreterin oder eines Vertreters sowie einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters, die dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium zu melden sind. Darüber hinaus sind nichtstimmberechtigte Mitglieder aus den Reihen der Rettungsdienstdurchführer, Luftrettungsdienstdurchführer, integrierten Leitstellen und der Zentralen Stelle Rettungsdienst nach § 27 zu benennen. Die Regelung gewährleistet, dass sowohl die strategische als auch

die operative Perspektive in die Diskussionen und Entscheidungen des Gesundheitsversorgungsrates einfließt und damit die Bedarfe der verschiedenen Versorgungsbereiche angemessen berücksichtigt werden.

### **Zu § 7**

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

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

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

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

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

### **Zu § 8**

Ziel des § 8 ist es, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige präklinische Notfallversorgung im gesamten Landesgebiet sicherzustellen. Die Vorschrift adressiert dabei nicht die individuell im Einzelfall zu erreichende Eintreffzeit eines Rettungsmittels am Einsatzort, sondern definiert ein planerisches Zielmaß, das die Grundlage für die Ausgestaltung, Bemessung und Stationierung der Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich bildet. Damit wird klargestellt, dass die festgelegte Zeitspanne als strukturbezogener Orientierungswert der Vorhalteplanung dient und nicht als einzelne, einzelfallbezogene Einhaltungsverpflichtung zu verstehen ist. Für die Planung der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur gelten jene Rettungsmittel als maßgeblich, die den Kern der rettungsdienstlichen Versorgung bilden. Dazu zählen insbesondere der Rettungswagen (RTW) sowie das Rettungseinsatzfahrzeug (REF) in Kombination mit einem Notfall-Krankentransportwagen (N-KTW).

Durch die Festlegung dieser planungsrelevanten Rettungsmittel wird eine differenzierte und am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierte Planungsgrundlage geschaffen, die rettungsdienstliche Einsatzszenarien berücksichtigt. Die Regelung ermöglicht eine flexible und zugleich qualitätsgesicherte Strukturplanung, die den unterschiedlichen regionalen Bedarfen und Versorgungssituationen Rechnung trägt.

Absatz 1 benennt eine maximal 12-minütige Zeitspanne zwischen der Alarmierung eines geeigneten Rettungsmittels durch die Integrierte Leitstelle und dessen Eintreffen am Einsatzort als Planungsgrundlage für die Ausgestaltung der Vorhaltungsstruktur. Dieses Maß dient der Simulation und Bewertung von Standorten und Vorhaltezeiten bei der rettungsdienstlichen Bedarfsplanung. Es handelt sich ausdrücklich nicht um eine einzuhaltende Zielvorgabe für den konkreten Einzelfall. Die Regelung verfolgt das Ziel, in der Gesamtheit aller Einsätze eine leistungsfähige Struktur zu schaffen, die eine zügige Notfallversorgung mit hoher Verlässlichkeit gewährleistet.

Absatz 2 enthält eine Ausnahmebestimmung für Einsatzorte, die geografisch erschwert zugänglich sind, etwa Halligen oder andere Gebiete, die nicht über eine befestigte Straße erreichbar sind. In diesen Fällen ist die 12-Minuten-Marke als planerisches Ziel regelmäßig nicht realisierbar. Die Vorschrift verlangt stattdessen, unter Berücksichtigung aller Umstände eine alsbald mögliche, auf das Hilfeersuchen abgestimmte rettungsdienstliche Versorgung sicherzustellen.

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

## **Zu § 9**

Neu ist die Einführung der sogenannten rettungsdienstlichen Einsatzkategorien in § 9. Gemeinsam mit der rettungsdienstlichen Vorhaltungsstruktur markieren die rettungsdienstlichen Einsatzkategorien eine Abkehr von der bisherigen Hilfsfrist. So gilt die zwölf-Minuten-Marke nicht mehr grundsätzlich für alle

Einsätze. Dies führt dazu, dass Hilfeersuchen bedarfsgerecht und nach ihrer Dringlichkeit versorgt werden. Auf diese Weise können beispielsweise bei einem höheren Aufkommen von Einsätzen mit geringerer Dringlichkeit Rettungsmittel im Rettungsdienstbereich für Einsätze mit hoher Dringlichkeit zurückgehalten und die weniger dringenden Einsätze zu einem späteren, geeigneten Zeitpunkt bearbeitet werden. So können knappe personelle und materielle Mittel ressourcenschonend im Rettungsdienst eingesetzt werden, ohne dabei die Versorgung der Bevölkerung sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden im Rettungsdienst zu gefährden.

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

In Absatz 2 wird definiert, dass Einsatzkategorien solche sind, aus denen sowohl die Eintreffzeit als auch das bedarfsgerechte Rettungsmittel resultiert. Die Kategorisierung des individuellen Hilfeersuchens erfolgt mithilfe des standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Die Berücksichtigung der Transportzeit in die Behandlungseinrichtung ermöglicht die Einbindung der Prähospitalzeit zur Kategorisierung. Die rettungsdienstlichen Einsatzkategorien sind landesweit einheitlich zu gestalten.

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

## **Zu § 10**

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

Absatz 2 stellt anders als bisher auf alle der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten ab. Damit wird auf eine abschließende Aufzählung verzichtet und Flexibilität geschaffen. Ausdrücklich zu den Kosten des Rettungsdienstes gehören die Kosten die für die Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zwingend erforderlich und üblich sind und darüber hinaus dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V bleibt hiervon unberührt. Absatz 3 legt ausdrücklich fest, dass alle im Zusammenhang mit der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern stehenden Kosten zu den Kosten des Rettungsdienstes zählen.

Absatz 4 stellt klar, dass Kosten, die dadurch entstehen, dass rettungsdienstliche Einrichtungen, deren Personal oder Material zugleich für Aufgaben des Katastrophenschutzes oder des Brandschutzes vorgehalten werden, nicht in die Berechnung der Benutzungsentgelte einfließen dürfen.

Absatz 5 schafft die rechtliche Grundlage für das Land, im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel, Zuwendungen zu gewähren. Dadurch soll vor allem die Möglichkeit eröffnet werden, innovative Ansätze im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung finanziell zu unterstützen, sofern sie auch von überregionaler Bedeutung sein können.

### **Zu § 11**

Wie bisher werden Benutzungsentgelte zwischen dem kommunalen Rettungsdienstträger und den Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vereinbart. Wie bisher wird weiterhin am bewährten Kostendeckungsprinzip festgehalten.

Mit Absatz 3 wird nunmehr eine Umlage für die Refinanzierung von trägerübergreifend genutzten Sonderrettungsmitteln eingeführt, um die regionalen Benutzungsentgelte gleichermaßen zu belasten.

In Absatz 5 wird eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist auf den 30. Oktober vorgenommen. Sollten gesetzlich festgelegte Termine auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzliche Feiertage fallen, gilt gemäß § 87 Abs. 1 LVwG § 193 BGB entsprechend. Fällt also der gesetzlich festgelegte Termin auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag

### **Zu § 12**

Mit § 12 wird erstmals eine eigenständige Regelung zur Erhebung und Vereinbarung öffentlich-rechtlicher Benutzungsentgelte für die Luftrettung geschaffen. Ziel ist die Sicherstellung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit und Kostendeckung der durch die Träger der Luftrettung zu erbringenden Leistungen. Die Vorschrift schafft die notwendige rechtliche Grundlage für die Entgeltvereinbarungen zwischen den Trägern der Luftrettung und den Kostenträgern und regelt zugleich das Verfahren, die Kalkulationsgrundlagen sowie das Vorgehen bei ausbleibender Einigung

### **Zu § 13**

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

Der Anwendungsbereich wird somit auf die Durchführer mit einer Genehmigung nach § 20 ausgeweitet. Damit sollen wirtschaftlich haltbare und gleichwertige Refinanzierungslösungen auch für Durchführer von Krankentransporten außerhalb des Rettungsdienstes sichergestellt werden.

Die Schiedsstelle muss auch bei Streitigkeiten entscheiden können, wo nicht zwingend ein Benutzungsentgelt festgelegt werden muss, also ob ein Sachverhalt überhaupt in die Benutzungsentgelte einzukalkulieren ist. Nicht zwingend ergibt sich daraus die Festlegung von Benutzungsentgelten. Dieses ist bereits jetzt im letzten Jahrzehnt öfters vorgekommen.

### **Zu § 14**

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

- NEF (Notarzteinsatzfahrzeuge): Erfüllen die Anforderungen der DIN EN 75079 und gewährleisten eine medizinisch adäquate Versorgung durch notärztliches Personal vor Ort.
- RTW (Rettungswagen): Entsprechen der DIN EN 1789 Typ C und sind für die Notfallversorgung und den Transport von Notfallpatienten ausgelegt.
- KTW (Krankentransportwagen): DIN EN 1789 Typ A1 oder A2 – für den qualifizierten, aber nicht notfallbezogenen Patiententransport.
- N-KTW (Notfall-Krankentransportwagen): Nach DIN EN 1789 Typ B – für minder dringliche, aber medizinisch betreuungsbedürftige Transporte geeignet. Ein Einsatz in Verbindung mit einem REF ist möglich.
- REF (Rettungseinsatzfahrzeuge): Dienen insbesondere der Verkürzung versorgungsfreier Intervalle (z. B. First-Responder-Funktion). Ein Einsatz in Verbindung mit einem N-KTW ist möglich. Ein REF ist so ausgestattet, dass es für die Anforderungen des Aufgabenbereiches geeignet ist.

Der Absatz 2 ermöglicht den Trägern des Rettungsdienstes Mehrzweckfahrzeuge für eine wirtschaftliche und flexible Nutzung in Regionen mit niedriger Einsatzdichte oder schwankender Inanspruchnahme, etwa im ländlichen Raum. Sie sind so ausgestattet, dass sie sowohl für den Notfalleinsatz als auch für den Krankentransport geeignet sind. Damit können sie zur Effizienzsteigerung und Reduzierung von Leerzeiten beitragen, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

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

- VEF (Verlegungsarzteinsatzfahrzeug): Unterstützen Sekundärtransporte durch Zubringen von Verlegungsärztinnen oder -ärzten, oft zwischen



Maximalversorgern oder auf Anforderung bei spezialisierten Verlegungen. Sie sind so ausgestattet, dass sie für die Anforderungen des Aufgabenbereiches geeignet sind.

- ITW (Intensivtransportwagen): Entsprechend der DIN EN 75076 – Hochspezialisierte Fahrzeuge mit intensivmedizinischer Ausstattung zur Betreuung von kritisch kranken Patienten während des Transports. Darüber hinaus können Rettungswagen, die den Anforderungen nach DIN 75076 entsprechen, auch als Intensivtransportwagen eingesetzt werden, wodurch eine flexible Nutzung vorhandener Ressourcen für besonders kritisch zu versorgende Patientinnen und Patienten ermöglicht wird.
- RTW für adipöse Patientinnen oder Patienten: Berücksichtigen die besonderen Anforderungen an Technik, Sicherheit und Personal.
- Rettungsmittel für pädiatrische Patientinnen oder Patienten: Speziell ausgestattet für die Versorgung von Kindern und Neugeborenen mit entsprechender Medizintechnik und Personalbedarf.

Im Absatz 4 wird der Rettungstransporthubschrauber (RTH) als einziges Luftrettungsmittel im Gesetz definiert. Durch die Bezugnahme auf luftfahrttechnische Vorschriften und die DIN EN 13718 wird sichergestellt, dass luftfahrt- und medizinische Anforderungen gleichermaßen eingehalten werden. Diese Norm regelt u. a. Sicherheitsstandards, medizinische Ausstattung und Kennzeichnung.

Der Absatz 5 regelt die Vorgabe für ein landesweit einheitliches Rettungsmittelausbau- und Fahrzeugkonzept, inkl. der Ausstattung nach dem Stand von Wissenschaft und Technik und stellt sicher, dass:

1. alle Patientinnen und Patienten gleiche Versorgungsstandards unabhängig vom Standort erhalten,
2. die Ausrüstungsverwendung interoperabel möglich ist (z. B. bei Zusammenarbeit verschiedener Organisationen),
3. eine effiziente Beschaffung und Schulung erfolgen kann,
4. die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen für Personal und Patienten eingehalten werden.

Dies ist ein zentraler Baustein für eine qualitätsgesicherte, standardisierte rettungsdienstliche Versorgung im gesamten Landesgebiet.

## **Zu § 15**

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

Absatz 1 legt die personelle Mindestbesetzung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) fest. Diese müssen mit einer Notärztin oder einem Notarzt sowie mindestens einer Rettungssanitäterin oder einem Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung besetzt sein. Mit dieser Regelung wird dem besonderen Charakter des arztgleiteten Notfalleinsatzes Rechnung getragen, bei dem eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal erforderlich ist. Die Wahl der Qualifikation „Rettungssanitäterin bzw. Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung“ (anstelle einer höherqualifizierten Notfallsanitäterin bzw. eines Notfallsanitäters) trägt dem Umstand Rechnung, dass es sich bei Notarzteinsatzfahrzeugen nicht um primäre Transportmittel handelt, sondern um Zubringerfahrzeuge zur notärztlichen Versorgung. Die Funktion der nichtärztlichen Besatzung konzentriert sich auf Transport, Assistenzleistungen, Kommunikation sowie auf die Unterstützung der Notärztin oder des Notarztes am Einsatzort. Eine einsatzerfahrene Rettungssanitäterin oder ein einsatzerfahrener Rettungssanitäter verfügt über die dafür erforderliche Handlungssicherheit. Die Einsatzerfahrung stellt sicher, dass auch unter einsatztaktisch herausfordernden Bedingungen ein sicherer und effizienter Ablauf gewährleistet ist.

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

Abweichend kann diese Funktion auch von Auszubildenden übernommen werden, sofern sie mindestens die ersten 24 Monate der Ausbildung absolviert und zusätzlich die Zwischenkompetenzprüfung erfolgreich bestanden haben. Dabei ist klarzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Ausbildung grundsätzlich vorrangig als Auszubildende eingesetzt werden und nicht regelhaft als zweite Einsatzkraft fest eingeplant werden, um dem Ausbildungscharakter und dem pädagogischen Auftrag der praktischen Lehrrettungswachen gerecht zu werden. Die Regelung trägt dem Bedarf an qualifizierten Praxisanteilen während der Ausbildung Rechnung, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.

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

Absatz 4 schreibt für Notfall-Krankentransportwagen (N-KTW) eine Mindestbesetzung mit zwei einsatzerfahrenen Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitätern vor. Diese Rettungsmittel dienen der Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten mit niedrigerer Versorgungsstufe und erfordern ein erhöhtes Maß an Erfahrung und eigenständigem Handeln.

Absatz 5 betrifft Rettungseinsatzfahrzeuge (REF), die ausschließlich mit Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitätern zu besetzen sind, die eine zusätzliche landeseinheitlich geregelte Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Fahrzeuge übernehmen insbesondere Führungs- oder Sonderaufgaben im Einsatz. Absatz 6 regelt die Besetzung von Intensivtransport-

wagen (ITW). Neben einer Ärztin oder einem Arzt mit spezieller Zusatzqualifikation nach § 16 Absatz 2 ist eine nichtärztliche Besetzung entsprechend Absatz 2 vorgesehen, wobei die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter zusätzlich intensivtransportqualifiziert sein muss. Alternativ kann eine entsprechend weitergebildete Pflegefachkraft mit der Fachweiterbildung Intensivpflege eingesetzt werden. Diese differenzierte Öffnung stärkt die Versorgungskapazität im Spezialtransport und berücksichtigt unterschiedliche berufliche Qualifikationswege. Für spezielle Einsätze, wie den Transport von Säuglingen, können zusätzliche ärztliche oder pflegerische Fachkräfte vorgesehen werden.

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

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

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

Absatz 9 regelt die medizinische Besetzung von Rettungstransporthubschraubern (RTH), die aus einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter besteht. Die eingesetzten Personen müssen über eine spezielle Aus- und Fortbildung für die besonderen Anforderungen der Luftrettung verfügen, einschließlich luftrechtlicher Anforderungen zur fliegerischen Assistenz. Damit wird dem spezialisierten Charakter dieser Einsätze Rechnung getragen.

Absatz 10 ermöglicht Abweichungen von den Regelbesetzungen der Absätze 1 bis 8 nur in ausdrücklich begründeten Ausnahmefällen, insbesondere bei Großschadenslagen. Damit wird eine flexible Einsatzfähigkeit unter außergewöhnlichen Bedingungen ermöglicht, ohne die Strukturregelungen des Regelbetriebs zu unterlaufen.

Die Dokumentationspflicht dient der Transparenz, der Qualitätssicherung sowie der nachträglichen Bewertung der Einsatzlage. Sie stellt sicher, dass Abweichungen nicht zur Regel werden und ermöglicht gleichzeitig eine spätere

Analyse, um gegebenenfalls strukturelle oder organisatorische Verbesserungen ableiten zu können. Die Regelung wahrt somit den Ausgleich zwischen verbindlichen Standards im Regelbetrieb und der erforderlichen Handlungsfreiheit des Rettungsdienstes in außergewöhnlichen Einsatzsituationen.

### **Zu § 16**

Durch § 16 wird die notärztliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein, im Wesentlichen wie im bisherigen SHRDG, strukturell klar gefasst und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zweckmäßig ausgestaltet. Zielsetzung der Regelung ist die nachhaltige Verbesserung der Qualität, Verfügbarkeit und Effizienz der notärztlichen Versorgung sowie die eindeutige Zuordnung von Zuständigkeiten. Insgesamt wird durch die gesetzlichen Vorgaben sowohl Rechts- als auch Planungssicherheit geschaffen. Gleichzeitig wird die fachliche Qualität gefördert und ein leistungsfähiges, zukunftsgerichtetes Rettungsdienstsystem im Land Schleswig-Holstein unterstützt.

Der Absatz 4 fördert die Nutzung telenotfallmedizinischer Technologien zur Unterstützung der notärztlichen Versorgung. Telenotfallmedizin ermöglicht eine zielgerichtete, bedarfsgerechte und zeitnahe medizinische Versorgung, insbesondere in Regionen mit eingeschränkter Verfügbarkeit von Notärztinnen und Notärzten oder bei verlängerten Anfahrtszeiten.

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

### **Zu § 17**

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

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

Der Katalog wird zudem als verbindlicher Bestandteil des standardisierten Notrufabfrageprotokolls implementiert, wodurch die Alarmierung von Notärzten systematisch, nachvollziehbar und evidenzbasiert erfolgt. Dies fördert eine

transparente, einheitliche und medizinisch begründete Entscheidungspraxis in Leitstellen und sichert gleichzeitig die Qualität der präklinischen Versorgung.

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

### **Zu § 18**

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

Absatz 1 schafft eine klare Definition der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung und stellt damit sicher, dass unter telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung im Land Schleswig-Holstein in jedem Rettungsdienstbereich das gleiche verstanden wird und damit auch jedem Rettungsdienststräger soweit auf der anderen Seite jeder Patientin oder jedem Patienten die gleichen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen eröffnet werden.

Absatz 2 präzisiert nicht abschließend die denkbaren Anwendungsfelder. Insbesondere im Rahmen der Nummer 3 wird eine rechtliche Grundlage für die telenotfallmedizinische Delegation heilkundlicher Maßnahmen geschaffen. Die Delegation erfolgt individuell und fallbezogen durch die Telenotärztin oder den Telenotarzt auf Anforderung der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters. Auch im Rahmen eines Sekundärtransportes kann die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung eingesetzt werden sofern diese ausreichend ist.

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

Die in Absatz 4 geforderte spezielle Qualifikation, die über die allgemeine Notarztqualifikation hinausgeht ist notwendig, um unter den erschwerten Bedingungen der räumlichen Trennung vom Patienten beziehungsweise der Patientin in Verbindung mit der Kompetenz im Umgang mit dem System und der Delegation die verantwortungsvolle Aufgabe der Telenotärztin beziehungsweise des Telenotarztes wahrzunehmen und gleichzeitig die Patientensicherheit auf höchstem Niveau zu halten.

### **Zu § 19**

Damit der medizinische und technologische Fortschritt, sowie die Erprobung neuer Versorgungskonzepte auch künftig Einzug in den Rettungsdienst finden kann, ist die Experimentierklausel etabliert worden, mit deren Hilfe neue ret-

tungsdienstliche Versorgungskonzepte in Pilotprojekten erprobt werden können. So wird die Möglichkeit eröffnet, rettungsdienstliche Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung oder der Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes dienen, auf der Grundlage einer sog. Experimentierklausel auf ihre Praxistauglichkeit hin zu untersuchen. Die im Vergleich zum bisherigen Verfahren nach 12 Absatz 5 SHRDG alte Fassung formulierte Umkehr in Bezug auf die Refinanzierungszusage ist dem Verfahren insgesamt zuträglicher und dient der Verfahrensverschlinkung.

## **Zu § 20**

Die Durchführung von Krankentransporten außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes bedarf der Genehmigung. Die entsprechenden Voraussetzungen werden im Rahmen des § 20 normiert. Zuständig für die Genehmigungserteilung sind die Landrätinnen und Landräte sowie die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte. Diesen obliegt die Ausgestaltung der Genehmigung und unterliegt somit kommunal- und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen (Auflagen und Nebenbestimmungen eines Verwaltungsaktes).

Absatz 2 Nummer 2 erfordert eine Wertung von Tatsachen, verbunden mit einer Prognose über das künftige Verhalten des Gewerbetreibenden. Die Tatsachen, auf die die Unzuverlässigkeit gestützt werden soll müssen sich auf die Durchführung von Krankentransporten beziehen. Indizien für Zweifel an der Zuverlässigkeit können sich insbesondere ergeben, wenn bekannt oder zu erwarten ist, dass einschlägig verurteilte Straftaten der §§ 315 ff. StGB in der Person des Unternehmers oder Verstöße gegen § 35 StVO die gemäß § 49 Absatz 4 Nummer 2 StVO als Ordnungswidrigkeit geahndet wurden, vorliegen.

## **Zu § 21**

§ 21 stellt die Trägerverantwortung zur Bestellung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst klar zum Zwecke der medizinisch fachlichen Beratung und hebt die beim Träger verbleibende Aufgaben- und Ausführungsverantwortung in besonderem Maße hervor. Die rein deklaratorische Neuformulierung soll das Bewusstsein für die beim Rettungsdienstträger liegende Aufgaben- und Ausführungsverantwortung stärken.

Die Anforderungen an Ärztliche Leitungen sind unter Absatz 2 konkretisiert und sollen sicherstellen, dass ein Mindestmaß an Kompetenzen für die zu erbringende Fachberatung sichergestellt wird. Zu diesem Zwecke wird auf die Empfehlungen der Bundesärztekammer verwiesen. Nach dem aktuellen BÄK-Curriculum vom 13. Februar 2025 setzt diese die Qualifikation als LNA voraus. Weitere Voraussetzungen für den Erwerb des BÄK-Curriculums ÄLRD sind:

1. Nachweis der Anerkennung als Fachärztin bzw. Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung sowie der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin;

2. Nachweis von mindestens zwei Jahren regelmäßiger und andauernder Tätigkeit als Notärztin bzw. Notarzt, mindestens jedoch 500 eigenständig absolvierte Notarzteinätze (primäre und sekundäre) nach Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin;
3. Erfahrung in der eigenverantwortlichen Führung von Personen und in Strukturen.

Eine regelmäßige Aktualisierung der aufgabenspezifischen Kompetenzen eines ÄLRD durch die Teilnahme an spezifischen Veranstaltungen wird empfohlen, z. B. ÄLRD-Tagungen.

Absatz 3 regelt im Sinne einer Inübunghaltung und der Nähe zum operativen rettungsdienstlichen Geschehen die regelmäßige Teilnahme am Notarztdienst.

## **Zu § 22**

Mit § 22 werden erstmals landeseinheitliche Berufsausübungsregelungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter etabliert. Mit dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters aus dem Jahr 2013 (NotSanG) hat der Bund ein umfassendes Ausbildungsgesetz geschaffen. Dies führt zu einer Diskrepanz und zur Notwendigkeit, die bundesweit definierten Kompetenzen auf Landesebene angelehnt an die nach dem NotSanG zu vermittelnden Kompetenzen und Fähigkeiten, rechtlich abzusichern und zu konkretisieren. Die zentralen Gründe für die Neuregelung sind:

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

Absatz 1 überführt hierzu die Regelungen des § 2a NotSanG als Berufsausübungsregelung in die Landesgesetzgebung. Die im § 4 Absatz 2 Nummer 1 NotSanG im Rahmen der Ausbildung vermittelten Fähigkeiten werden als erlernt und beherrscht anerkannt und eine entsprechende Umsetzung im Rahmen eigenverantwortlicher Durchführung von Maßnahmen unter den Voraus-

setzungen des Absatzes 1 erwartet. Ob nach den Voraussetzungen des Absatz 1 eigenverantwortlich heilkundliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, beurteilt die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter auf Grundlage des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen ab dem Zeitpunkt, in dem sie eigenverantwortlich über eine Behandlungsmaßnahme entscheiden, eine heilkundliche Tätigkeit an der Patientin oder an dem Patienten durch, sodass sie ab diesem Zeitpunkt auch haftungsrechtlich die alleinige Verantwortung für die Durchführung der Maßnahme tragen. Die Grundsätze der Amtshaftung bleiben davon unberührt.

Durch die auch im NotSanG verwendete Formulierung „oder“ wird klargestellt, dass die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen keinen direkten Bezug zu einer Notarztanforderung hat, sondern die Eigenverantwortlichkeit der Durchführung zeitlich bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt gilt. Dies können neben der Möglichkeit einer notärztlichen Vorstellung, die ebenso telenotärztlich erfolgen kann, auch andere Möglichkeiten einer ärztlichen Vorstellung sein. Im Übrigen wird auf die Ausführungen des Bundestages in der Bundestagsdrucksache 19/24447, S. 85 ff., verwiesen.

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

Absatz 2 greift die entsprechend § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG erlernten Kompetenzen im Rahmen der eigenständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung auf. Sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten dies erfordert und dazu Handlungsempfehlungen, die durch Ärztliche Leitungen standardisiert vorgegeben, überprüft und verantwortet werden, oder im Einzelfall ärztlich veranlasst werden, handeln Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach diesen Vorgaben. Die Handlungsempfehlungen müssen dafür im Einzelfall eindeutig sein und keine Entscheidungsspielräume betreffend das „Ob“ und das „Wie“ der Durchführung einer Maßnahme mehr offen lassen. Darüber hinaus müssen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit den Handlungsempfehlungen vertraut sein, davon kann aufgrund der arbeitnehmerischen und gesetzlichen Verpflichtungen zur Fortbildung grundsätzlich ausgegangen werden. Die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen ist, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen durch Absatz 2 nicht ausgeschlossen. Im Übrigen wird auf die Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 9 - 3000 - 032/19 verwiesen.

Absatz 3 ermöglicht es den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, nach eigener Einschätzung des Patientenzustandes vor Ort über die Erforderlichkeit der Hinzuziehung beziehungsweise Abbestellung einer primär mit alarmierten Notärztin oder eines primär mit alarmierten Notarztes zu entscheiden. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ersteinschätzung der Patientin oder des Patienten vor Ort mehr Aufschluss über das Zustandsbild erlaubt, als der telefonische Notruf und ein Beitrag zum effizienten Einsatz rettungsdienstlicher Ressourcen geleistet werden.



Absatz 4 stellt die Erforderlichkeit und die Notwendigkeit von standardisierten Vorgaben zur Gabe von Betäubungsmitteln durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heraus. Rettungsdienstträger sollen daraufhin wirken, entsprechende zu etablieren, um Patientinnen und Patienten die Linderung von Beschwerden auch unter Anwendung von Betäubungsmitteln zu ermöglichen.

## **Zu § 23**

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

Absatz 1 verpflichtet die Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie der Luftrettung, jährlich Fortbildungsmaßnahmen für das ärztliche und nichtärztliche medizinische Personal sicherzustellen. Damit wird eine klare Verantwortungsstruktur etabliert. Zudem wird mit der Regelung angestrebt, trägerübergreifende Fortbildungskonzepte zu entwickeln, um Inhalte zu vereinheitlichen, Ressourcen zu bündeln und Synergien zu schaffen. Online-Formate sollen in geeigneter Weise berücksichtigt werden, um eine flexible, zeitgemäße und zugängliche Fortbildungsorganisation zu ermöglichen.

Absatz 2 normiert erstmalig auch den Umfang der Fortbildung von Notärztinnen und Notärzten. Diese sind jährlich durchschnittlich dreißig Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden.

Absatz 3 enthält konkrete quantitative und qualitative Anforderungen an die jährliche Fortbildung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter. Vorgeschrieben ist ein Umfang von durchschnittlich 40 Fortbildungsstunden pro Jahr, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr und die beiden Vorjahre (Dreijahresmittel). Davon müssen mindestens 20 Stunden in kombinierter Form (Theorie und Praxis) sowie mindestens 8 Stunden im Rahmen interprofessioneller Trainings mit Notärztinnen und Notärzten absolviert werden. Diese gemeinsamen Fortbildungen sollen vorrangig praxisrelevante Schwerpunkte behandeln, insbesondere:

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

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

Gemeinsame Fortbildungen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit Notärztinnen und Notärzten dienen der Stärkung des Crew-Ressource-Managements und damit der Patientensicherheit. Hier ist der Fokus auf das Rettungsdienstfachpersonal gelegt zwecks Optimierung der notfallmedizinischen Patientenversorgung.

Absatz 4 enthält eine spezielle Regelung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die auf einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) eingesetzt werden. Sie müssen vor dem Einsatz eine Qualifizierung absolvieren, die den besonderen Anforderungen dieser Funktion gerecht wird.

Absatz 5 verpflichtet zur jährlichen Fortbildung von in der Rettungsleitstelle eingesetztem Personal. Diese muss mindestens 24 Stunden betragen und auf leitstellenspezifische Inhalte ausgerichtet sein. Damit wird der wachsenden Komplexität und Verantwortung des Leitstellenpersonals in der Einsatzsteuerung Rechnung getragen.

Absatz 6 konkretisiert die Fortbildungspflicht für das medizinische Personal in der Luftrettung. Zusätzlich zu den allgemeinen Anforderungen nach Absatz 2 sind Schulungsinhalte zu fliegerischen und flugmedizinischen Besonderheiten verpflichtend. Diese richten sich nach den Vorgaben der jeweiligen Träger der Luftrettung und tragen der besonderen Einsatzumgebung Rechnung.

Absatz 7 regelt die Fortbildungsanforderung für Personal, das in der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung tätig ist. Ein Umfang von mindestens acht Stunden jährlich stellt sicher, dass das Personal in der Anwendung der Technik, in medizinischen Entscheidungsprozessen auf Distanz und in der Zusammenarbeit mit den Rettungsteams vor Ort kontinuierlich geschult bleibt.

Absatz 8 legt fest, dass für Einsatzleitungen Rettungsdienst (ELRD) jährlich acht Fortbildungsstunden in spezifischen Themen zur Bewältigung von Großschadenslagen zu absolvieren sind. Die Funktion der ELRD erfordert besondere Kompetenzen in Taktik, Kommunikation und Führungsstruktur, weshalb eine gezielte Fortbildung erforderlich ist.

## **Zu § 24**

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

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

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

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

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

Absatz 5 stellt Anforderungen an die personelle Besetzung der Leitstellen. Es wird sichergestellt, dass Anrufe unter der Notrufnummer 112 (sowie unter der 19222) in angemessener Zeit angenommen, bewertet und disponiert werden können. Dafür müssen qualifizierte „Calltaker“ und „Dispatcher“ eingesetzt werden, die entweder eine anerkannte Leitstellenausbildung oder eine entsprechende berufliche Ausbildung mit Zusatzqualifikation nachweisen können. Ziel ist eine landesweit einheitliche und qualitätsgesicherte Notrufbearbeitung.

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

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

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

Absatz 9 sieht eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vor. Ziel ist es, Schnittstellenprobleme im Bereich der Notfallversor-

gung zu minimieren und eine bedarfsgerechte Weiterleitung an nicht-rettungsdienstliche Akteure zu ermöglichen. Die Norm sieht ebenfalls Mindestanforderungen für die zu vereinbarenden vertraglichen Regelungen vor.

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

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

## **Zu § 25**

Die Regelungen über den Behandlungskapazitätenachweis werden in § 25 weiter ausgeführt als es bisher der Fall war.

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

Absatz 2 legt fest, dass die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in der Notfallrettung an geeignete Behandlungseinrichtungen auf Grundlage des Behandlungskapazitätenachweises erfolgt. Dies gilt grundsätzlich auch für den Massenanfall an Verletzten und Erkrankten im Rahmen rettungsdienstlicher Großschadensereignisse.

In Absatz 3 ist festgehalten, dass Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises durch die Beteiligten in einer Vereinbarung geregelt wird. Diese Norm hebt somit den bereits bestehenden BKN-Nutzerbeirat sowie die im Jahr 2022 inkraftgetretene Vereinbarung zur Organisation des Betriebes des Behandlungskapazitätenachweises nach § 17 Abs. 6 des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (alte Fassung) zwischen den Trägern der Leitstellen, den Trägern des Rettungsdienstes und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein auf eine gesetzliche Grundlage. Unter Berücksichtigung landesda-

tenschutzrechtlicher Bestimmungen ist die Mitnutzung des Behandlungskapazitätennachweises auch durch andere Bundesländer möglich. Mit dieser Regelung sollen die bestehenden Bestrebungen, benachbarte Bundesländer in den Behandlungskapazitätennachweis einzubinden, erleichtert werden. Das Gesetz behält in Satz 3 dem für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung sowie dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium vor, Näheres zum Betrieb und zur Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch den Rettungsdienst sowie die damit im Zusammenhang stehende Datenverarbeitung und Dokumentation durch Rechtsverordnung festzulegen, was in soweit zu einem Verlust der Wirksamkeit bestehender Vereinbarungen führen kann. Diese Ermächtigung soll ausschließlich konkreten und verbindlichen Regelungen von Einzelheiten vorenthalten sein, an denen das Land ein gewichtiges und übergeordnetes Interesse hat.

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

## **Zu § 26**

Der neue § 26 ersetzt die bisherigen Regelungen des SHRDG zur Qualitätssicherung sowie die Bestimmungen der Durchführungsverordnung. Die Qualitätsanforderungen im Rettungsdienst werden damit auf eine einheitliche, im Gesetz selbst verankerte Grundlage gestellt. Durch die gesetzliche Neuregelung werden die Anforderungen an das Qualitätsmanagement vereinheitlicht, modernisiert und patientenorientiert ausgerichtet.

Nach der bisherigen Rechtslage waren die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach landesweit einheitlichen Kriterien durchzuführen und wissenschaftlich anerkannte Qualitätsmanagementsysteme einzuführen. Die Durchführungsverordnung konkretisierte diese Vorgaben durch eine Pflicht zur Zertifizierung und Rezertifizierung.

Mit der Neuregelung wird eine klare und unmittelbar gesetzliche Grundlage geschaffen, welche die bisherigen Regelungen ersetzt. Sie sieht die verbindliche Einführung eines landeseinheitlichen Qualitätsmanagementsystems vor und geht damit über die bislang bestehende bloße Verpflichtung zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus. Ergänzend wird eine Pflicht zur kontinuierlichen Fortschreibung des Qualitätsmanagementsystems eingeführt, um den medizinischen, technischen und organisatorischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Schließlich wird die Einbindung der Beauftragten nach § 7 ausdrücklich festgeschrieben, wodurch Fachkompetenz und Praxisnähe in der Umsetzung gestärkt werden. Insgesamt wird das Qualitätsmanagement damit rechtlich gefestigt, vereinheitlicht und in seiner Transparenz deutlich verbessert.

Im Absatz 2 wird die bisherige Regelung zur Datenerhebung und -auswertung durch eine zentrale Stelle weiterentwickelt. Während die bisherige Fassung des SHRDG bereits eine elektronische Datenerfassung und -analyse vorsah,

konkretisiert der neue § 26 sowohl die Datenbasis als auch den Betrachtungsumfang. Künftig ist der gesamte Einsatzprozess vom Hilfeersuchen bis zur Übergabe der Patientinnen und Patienten an eine Behandlungseinrichtung einzubeziehen. Diese Regelung wird durch Regelungen im Landeskrankengesetz komplementiert. Darüber hinaus sind einsatzrelevante Faktoren wie die Verfügbarkeit von Rettungsmitteln und das eingesetzte Personal ausdrücklich zu berücksichtigen. Ergänzend werden auch Daten der Behandlungseinrichtungen erfasst, soweit sie für die Analyse der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen erforderlich sind. Damit wird die Qualitätssicherung von einer sektoralen Betrachtung hin zu einem integrativen Qualitätsmanagement weiterentwickelt, das den Rettungsdienst in seiner Gesamtheit sowie in seinen Schnittstellen zur klinischen Versorgung abbildet.

### **Zu § 27**

Mit dem neuen § 27 wird die Aufgabenübertragung des landesweit einheitlichen Qualitätsmanagements an eine Zentrale Stelle Rettungsdienst direkt im Gesetz festgehalten. In der gesetzlichen Regelung werden die konkreten Maßnahmen des Qualitätsmanagements sowie die Aufgaben dieser zentralen Stelle weitergehend konkretisiert und weitere Aufgaben ergänzt.

Absatz 1 weist die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung an, eine Zentrale Stelle Rettungsdienst im Rahmen des Qualitätsmanagement mit der landeseinheitlichen Auswertung der Daten nach § 26 Absatz 2 sowie auf dieser Grundlage mit der Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rettungsdienst zu beauftragen. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung werden verpflichtet, die entsprechenden Daten in standardisierter und pseudonymisierter Form an die zentrale Stelle zu übermitteln oder standardisierte technische Schnittstellen für das Abrufen der Daten durch eine Zentrale Stelle Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen. Die umfassende und zentrale Auswertung der genannten Daten sollen das Qualitätsmanagement sicherstellen und zur landesweiten Vereinheitlichung beitragen. Durch die Vereinheitlichung wird eine Vergleichbarkeit der Strukturen im Rettungswesen hergestellt, die es vereinfacht, Analysen und Erkenntnisse zu gewinnen, die einer Optimierung dienlich sind und eine Evaluierung getroffener Maßnahmen ermöglicht.

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

Die Träger des Rettungsdienstes mit Ihren Integrierten Leitstellen sowie die Träger der Luftrettung werden nach Absatz 3 von der Zentralen Stelle Rettungsdienst unterstützt bei der Festlegung von landesweit einheitlichen übergeordneten Qualitätszielen und den daraus resultierenden Qualitätsindikatoren. Dabei sind die Qualitätsindikatoren im Benehmen mit den Kostenträgern festzulegen. Die für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Datensätze werden durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes und den Trägern der Luftrettung definiert.

Absatz 4 legt fest, dass die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung die zentrale Stelle ebenfalls beauftragen, statistische Daten einheitlich öffentlich bereitzustellen. Die freie Verfügbarkeit statistischer Daten des Rettungsdienstes erhöht die Transparenz des Rettungswesens und vereinfacht den Zugriff auf jene Daten für Institutionen, Einrichtungen und Organisationen der Wissenschaft und Presse und der Öffentlichkeit im Allgemeinen. Weiterhin werden die Daten im jeweils für die Aufgabenerfüllung angemessenen Umfang den Kostenträgern und dem für das Rettungswesen zuständigen Ministerium im Rahmen der Rechtsaufsicht zugänglich zu machen.

Absatz 5 regelt, dass Daten anderer an der Gesundheitsversorgung teilnehmenden Einrichtungen in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der ganzheitlichen Qualitätssicherung einbezogen werden sollen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Daten der Behandlungseinrichtungen, wobei diese Aufzählung bewusst nicht-enumerativ ist. Die Norm eröffnet in erster Linie die Möglichkeit, dass Daten, die außerhalb des Rettungsdienstes erhoben werden, einbezogen werden können, sodass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes auch über Sektorengrenzen hinaus gemessen werden kann.

## **Zu § 28**

An der Regelung zur Organisierten Ersten Hilfe an sich hat sich in der Neufassung zunächst nichts geändert. Neu ist die Ausgliederung der app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme in einen eigenen Paragraphen, die zuvor unter den Begriff der Organisierten Ersten Hilfe subsumiert wurde.

Organisierte Erste Hilfe wird von Interessierten auf freiwilliger Basis und damit regional in unterschiedlichem Maße ausgeprägt wahrgenommen. Mit Absatz 2 werden Rahmenbedingungen vorgegeben, die die Organisierte Erste Hilfe planbar und fachlich nachvollziehbar machen sollen. Die Träger des Rettungsdienstes sollen Vereinbarungen mit Interessierten, die Organisierte Erste Hilfe erbringen wollen, abschließen. Dadurch wird die Organisierte Erste Hilfe jedoch nicht Bestandteil der unter der rettungsdienstlichen Vorhaltestruktur zu berücksichtigenden Planungsmaßnahmen. Die Alarmierung erfolgt durch die Rettungsleitstelle auf Grundlage der Vereinbarungen. Letzteres gilt nicht für Einsätze der Berufsfeuerwehren als Organisierte Erste Hilfe (Absatz 4).

In Abgrenzung zu den app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersystemen ist die Organisierte Erste Hilfe üblicherweise (aber nicht ausschließlich) in organisationsgebundenen Systemen zu verstehen, wie etwa die als „First Responder“ oder „Helfer vor Ort“ bekannten Einheiten Freiwilliger Feuerwehren, der Polizei oder der Hilfsorganisationen. Somit handelt es sich in jedem Fall um Ressourcen, die außerhalb des Rettungsdienstes vorgehalten werden. Deshalb sind die Kosten der Organisierten Ersten Hilfe keine Kosten des Rettungsdienstes (Absatz 7) sondern Kosten der Organisation, die freiwillig Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen zur Verfügung stellt. Diese befinden sich außerhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes. Kosten, die den Leitstellen beispielsweise bei der Integration und Pflege von Stammdaten und Schnittstellen von Einrichtungen Organisierter Erste Hilfe insbesondere bei IT-Systemen entstehen, werden der Gesamtsystematik nach und nach dem Prinzip der Vollkostendeckung den Kosten der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zugerechnet.

Neu ist mit Absatz 4 die Vorgabe, dass die Möglichkeiten zur Nutzung von Ersthelferinnen- und Ersthelferstrukturen auszuschöpfen ist. Somit soll sichergestellt sein, dass eine strukturierte Einbeziehung von an der organisierten Ersten Hilfe Interessierten in die Notfallversorgung ermöglicht wird und stattfindet und dabei auch neuartige Konzepte und moderne Herangehensweisen berücksichtigt werden.

## **Zu § 29**

Neu ist mit der Einführung des § 29 die Regelung der app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme als eigenständiger Rechtsbegriff und als eigenes System neben der Organisierten Ersten Hilfe. Bestehende Systeme werden somit bestätigt und verstetigt. Ein app-basiertes Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem ist ein System zur Einbindung der Zivilbevölkerung in die Notfallversorgung zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls, für den raschen Beginn lebensrettender Sofortmaßnahmen und insbesondere zum konsequenten und flächendeckenden Einsatz Automatisierter Externer Defibrillatoren (AED) durch freiwillige Ersthelferinnen und Ersthelfer vor Eintreffen des Rettungsdienstes. Es umfasst die Möglichkeit zur Disposition und Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch eine Rettungsleitstelle mithilfe einer digitalen Anwendung für mobile Endgeräte zu rettungsdienstlichen Einsätzen. Zu einem app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem gehört auch die Stammdatenpflege registrierter und geeigneter Ersthelferinnen und Ersthelfer sowie ein AED-Register. Mit einem solchen System soll eine Erhöhung der Überlebenschancen und eine Minimierung von Folgeschäden für Patientinnen und Patienten mit einem Herz-Kreislaufstillstand erreicht werden. Der Einsatz app-basierter Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Träger des Rettungsdienstes.

Absatz 2 regelt, dass die Alarmierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer mittels eines landeseinheitlichen, app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersystems durch die Integrierten Leitstellen erfolgt. Einsatzdaten dürfen zu diesem Zweck durch die Leitstellen über das app-basierte Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem an die Ersthelferinnen und Ersthelfer übermittelt werden. Die Landeseinheitlichkeit bezieht sich dabei auf die Technik und das System selbst, sodass landesweit ein einheitliches System zur Verfügung steht, welches überregional und leitstellenübergreifend eingesetzt wird.

Mit Absatz 3 wird eingeführt, dass die durch das app-basierte Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem entstehenden Kosten durch die Benutzungsentgelte refinanziert sind. Dies gilt auch, wenn dieses System den Leitstellen von einem Dritten bereitgestellt wird. Mit dieser Regelung wird insbesondere die Verstetigung bestehender Systeme sichergestellt, die bislang durch Fördergelder finanziert worden sind. Die Einbindung der app-basierten Ersthelferinnen- und Ersthelfersysteme in das kostenträgerfinanzierte Entgeltsystem schafft langfristige Sicherheit und Planbarkeit gegenüber den Systembetreibern.

Die Einbindung von von Ersthelferinnen und Ersthelfer ist im Rahmen des Notfallmanagements und aufgrund § 24 Absatz 1 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nummer 4 sowie § 24 Absatz 8 ein den Trägern des Rettungsdienstes zurechenbarer Teil der Aufgabenwahrnehmung dieses Gesetzes. Für die Einbindung Dritter zur Erfüllung dieser Leistung können daher, sofern diese auch



von Hilfsorganisationen angeboten wird, die Möglichkeiten der Bereichsausnahme nach § 107 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen ausgeschöpft werden.

Ersthelferinnen und Ersthelfer müssen entsprechend Absatz 1 geeignet sein. Einzelheiten über die Eignung von Ersthelferinnen und Ersthelfern sowie zur Einsatzindikation, Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation werden nach Absatz 4 landeseinheitlich festgelegt. Die Träger des Rettungsdienstes mit ihren Leitstellen legen dies gemeinsam und idealerweise im Benehmen mit den Betreibern fest. Regionale Schwerpunkte und Besonderheiten können Berücksichtigung finden. Dies ist insbesondere bei der Bestimmung des Einsatzradius sinnvoll, indem eine festgelegte Anzahl an Ersthelferinnen und Ersthelfern um einen bestimmten Einsatzort herum alarmiert werden sollen. So ist es sinnvoll, in urbanen Gebieten einen kürzeren Radius zu wählen als in ländlichen Gegenden, wo eine geringere Verfügbarkeit von Ersthelferinnen und Ersthelfern zu erwarten ist. Satz 2 trägt diesem Bedarf Rechnung.

### **Zu § 30**

Die Regelungen zum Werksrettungsdienst folgen dem Beispiel des Brandschutzgesetzes („Werksfeuerwehr“). Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium kann die Vorhaltung eines Werksrettungsdienstes – außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes – anordnen. Verpflichtet werden können Eigentümerinnen und Eigentümer, Betreiberinnen und Betreiber oder Bauherinnen und Bauherren. Nach Absatz 1 sind Kriterien ein stark erhöhter Bedarf an Rettungsmitteln oder die Erforderlichkeit einer speziellen Ausrüstung. Der Werksrettungsdienst soll die planbaren Einsätze eigenständig bewältigen können (Absatz 2). Die Vorschriften an die Ausstattung, Ausrüstung und Besetzung der Rettungsmittel einschließlich der Qualifikation im notärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Bereich sowie die Regelungen über Datenschutz und Dokumentation gelten entsprechend bzw. sinngemäß, da der Werksrettungsdienst auch Beförderungen zur weiteren Behandlung durchführen darf. Der Rettungsdienststräger, in dessen Rettungsdienstbereich sich der angeordnete Werksrettungsdienst befindet, wirkt an der Bestimmung der erforderlichen Kapazitäten mit. Der öffentliche Rettungsdienst wird bei vorzuhaltendem Werksrettungsdienst subsidiär tätig (Absatz 4). Für den Vollzug gelten die Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes.

### **Zu § 31**

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

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

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

### **Zu § 32**

Der Paragraf zu den Ordnungswidrigkeiten wurde umfassend neu gefasst. Ordnungswidrigkeitstatbestände sind nunmehr das Anbieten von Leistungen des Rettungsdienstes, ohne dazu nach diesem Gesetz befugt zu sein, das Durchführen von Krankentransporten nach § 20 ohne Genehmigung sowie die missbräuchliche Bezeichnung von nach § 34 geschützten Begriffen.

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

### **Zu § 33**

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

### **Zu § 34**

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

### **Zu § 35**

Der Missbrauch von Notruffeinrichtungen kann als Straftat (§ 145 Absatz 1 StGB) verfolgt werden. In Zeiten stetig zunehmender Möglichkeiten der mobilen Kommunikation stellt die Nutzung des Notrufs zu Zwecken, denen kein Hilfebegehren bzw. kein Notfall zu Grunde liegt, eine nicht unerhebliche Belastung für die Rettungsleitstellen dar. Im Zweifel könnte dadurch eine tatsächlich erforderliche Hilfeleistung verzögert werden. Neben die Möglichkeit der Strafverfolgung wird durch die Regelung in § 35 die möglicherweise stärker greifende Option gestellt, denjenigen Personen, die den Notruf missbräuchlich nutzen, zumindest dann Kosten aufzuerlegen, wenn daraus ein tatsächlicher nicht erforderlicher Einsatz resultiert.

### **Zu § 36**

Diese Vorschrift enthält eine notwendige Übergangsregelung für die Luftrettung. Aufgrund der tatsächlich vorhandenen Struktur der Luftrettung in Schleswig-Holstein muss für den Standort Sibirien eine Sonderregelung gelten. Grund für diese Übergangsregelung ist, dass dem Land Schleswig-Holstein vom Bund für Zwecke des Zivil- und Katastrophenschutzes ein Zivilschutzhubschrauber zur Verfügung gestellt wird, der in der Luftrettung eingesetzt werden

darf und dafür auch eingesetzt wird. Um die sich daraus ergebenden – auch finanziellen – Synergien weiterhin erschließen zu können, ist der Weiterbetrieb von Sibli in der Trägerschaft des Kreises Ostholstein geboten - mindestens solange, wie dieser Rettungstransporthubschrauber zur Verfügung gestellt wird.

**Zu §37**

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

**Zu § 38**

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