

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN LANDESVERBÄNDE



(federführend 2016)



Städtetag Schleswig-Holstein • Reventlouallee 6 • 24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Herrn Vorsitzenden Peter Eichstädt

Per Mail: Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

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

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/6926

Unser Zeichen: 37.30.01 jür/ze-ma
(bei Antwort bitte angeben)

Datum: 18.11.2016

Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes Gesetzentwurf der Landesregierung LT-Drs. 18/4586

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags hat die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Landesverbände mit Schreiben vom 13. Oktober 2016 gebeten, zum Entwurf eines Rettungsdienstgesetzes (RDG) Drucksache 18/4586 Stellung zu nehmen. Dem kommen wir im Folgenden gerne nach.

I. Vorbemerkung zur Problematik der praktischen Trennung von Finanzierungs- und Aufgabenverantwortung

Die praktische Trennung der Finanzierungs- und Aufgabenverantwortung stellt ein grundlegendes Problem des Rettungsdienstgesetzes dar. Auf der einen Seite stehen die kreisfreien Städte und Kreise als Aufgabenträger (Rettungsdienstträger). Auf der anderen Seite stehen derzeit die Krankenkassen oder Krankenkassenverbände und der Verband der privaten Krankenversicherungen als Kostenträger.

In den letzten zwei Jahren haben die Rettungsdienstträger darauf hingewirkt, dass durch eine Novelle des RDG den Rettungsdienstträgern die Aufgabenwahrnehmung erleichtert wird. So sollen u.a. Kosten, die den Rettungsdienstträgern aufgrund der Aufgabenwahrnehmung entstanden sind aber zwischen den Aufgaben- und Kostenträgern streitig waren, grundsätz-

lich als Kosten des Rettungsdienstes gelten. Ebenfalls sollen Fristen festgelegt werden, damit sich die Aufgabenwahrnehmung nicht durch andauernde Verhandlungen zwischen Aufgaben- und Kostenträger verzögert. Demgegenüber haben die Kostenträger darauf hingewirkt, die eigene Einflussnahme auf die Kosten zu vergrößern bzw. hervorzuheben. Der aktuell im geltenden § 6 Abs. 2 RDG und in § 4 Abs. 1 des Gesetzentwurfes festgeschriebene Grundsatz, dass der Rettungsdienst sparsam und wirtschaftlich zu erbringen ist, wurde durch weitere Hinweise auf die wirtschaftliche Aufgabenwahrnehmung unterstrichen (z.B. § 6 Abs. 2). Dadurch, dass beispielsweise zukünftig die Standorte der Luftrettung nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern festgelegt werden sollen, können die Kostenträger mehr Einfluss auf die Kosten nehmen (§ 19 Abs. 1). Der systembedingte Interessenskonflikt wird nicht für die Zukunft und nicht nachhaltig durch das Gesetz aufgelöst. Daher wirkt das Ziel des Gesetzes eher wie eine Problembeschreibung oder ein Appell an die Aufgaben- und Kostenträger, die vorgeschriebene Zusammenarbeit fortzusetzen:

„Ziel dieses Gesetzes ist es, der Bevölkerung bedarfs- und fachgerecht Leistungen des Rettungsdienstes zu tragbaren Kosten zur Verfügung zu stellen. Zudem soll die Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein zukunftsorientiert und nachhaltig gesichert werden (LT-Drs. 18/4586, unter B).“

Vor dem Hintergrund, dass die Kostenträger auch für die Kosten des Rettungsdienstes aufkommen sollen, sind die Regelungen, welche die Aufgabenerfüllung unter den Vorbehalt der Kostenträger stellen, auf den ersten Blick bestechend überzeugend und nachzuvollziehen. Bei einer näheren Betrachtung der Regelung verändert sich aber das Bild bzw. die Kommunalen Landesverbände lehnen angesichts der folgenden Punkte derartige Regelungen in den vorgelegten Formulierungen ab:

- a. Kraft Gesetz haben die kreisfreien Städte und Kreise die Aufgabe „Rettungsdienst“ als eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahrzunehmen (§ 3 Abs. 1). Nach § 4 Abs. 1 ist Rettungsdienst - wie bisher - bedarfsgerecht, flächendeckend, gleichmäßig, wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen. Angesichts der Vorgabe der (Selbstverwaltungs-) Aufgabe und der Rahmenbedingungen (wirtschaftlich und sparsam) ist eine weitere Einschränkung des Ermessensspielraums nicht nachzuvollziehen und folglich abzulehnen.
- b. Die Herstellung des Einvernehmens beispielsweise nach § 6 Abs. 4 bedeutet konkret, dass alle fünfzehn kreisfreien Städte und Kreise für jede Investition jeweils das Einvernehmen mit den Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden und dem Verband der privaten Krankenversicherungen nach § 7 Abs. 1 herstellen müssen. Angesichts von Streitigkeiten im Hinblick auf die Einhaltung des Arbeitsschutzes wird die Erweiterung um die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung als weiteren Kostenträger zwar als Gewinn gesehen, wird aber auch den Abstimmungsaufwand verschärfen. Bei allem Verständnis dafür, dass die Kostenträger bei der Finanzierung des Rettungsdienstes zu beteiligen sind, kann die Landesregierung diese Regelung nicht ernsthaft ausweiten wollen bzw. kann in den Vorbemerkungen zum Gesetzentwurf dann nicht angeführt werden, dass kein Verwaltungsaufwand entsteht. Diese Einschätzung der Landesregierung kann nicht nachvollzogen werden. Angesichts der Erfahrung der kreisfreien Städte und Kreise bestehen erhebliche Bedenken, dass eine Regelung, die einen er-

höhten Abstimmungsaufwand nach sich zieht, auch den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Abs. 1) entspricht. Daher wird diese Regelung abgelehnt.

- c. Der Gesetzgeber führt in dem aktuellen Gesetzentwurf erneut das verpflichtende Einvernehmen mit den Kostenträgern für jede Neu- und Erweiterungsinvestitionen ein. Auf Basis des Haushaltsrechts bedeutet dies nichts anderes, dass für jeden Gegenstand der Medizin- und Rettungstechnik, der keine reine Ersatzbeschaffung ist, ab einem Wert von 1000 EUR ein auf drei Monate befristetes (zeitlich in der Regel ausgeschöpftes) Konsensverfahren mit den Kostenträgern einzuleiten ist, das nach unseren Erfahrungen oftmals in ein ebenfalls auf drei Monate angelegtes Schiedsstellenverfahren mündet. Beispielhaft steht hierfür die Einführung eines Spezialfahrzeuges für adipöse Patienten am Standort Rendsburg, dessen Einführung sich viele Jahre verzögerte, da das Einvernehmen seitens der Kostenträger verweigert wurde. Schlussendlich folgte die Schiedsstelle dem Antrag des Rettungsdienstträgers, so dass das Spezialfahrzeug in den Rettungsdienst eingeführt werden konnte und seither zahlreich im ganzen Land Schleswig-Holstein zum Einsatz kommt. Dies gilt auch für das zweite Spezialfahrzeug am Standort in der Hansestadt Lübeck. Einem Teil der Bevölkerung ein derartiges Spezialfahrzeug vorzuenthalten bzw. die Einführung eines derartigen Spezialfahrzeugs zu verzögern, ist nicht nachzuvollziehen. Folglich sind auch aus medizinisch-fachlich Gründen derartige Regelungen abzulehnen.
- d. Es bestehen Zweifel, ob die medizinisch-fachlichen Kapazitäten auf Seiten der Kostenträger vorhanden sein werden, die über rettungsdienstrelevante Sachverhalte zu entscheiden haben. In diesem Zusammenhang schrieb bereits im Jahr 2001 das Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein im Rahmen einer Stellungnahme hinsichtlich der Umstellung von Gebühren auf Benutzerentgelte im Rettungsdienst:

„[...] dass die nach dem Rettungsdienstgesetz und der Durchführungsverordnung bei der Aufgabenerfüllung einzuhaltenden Vorgaben nicht Verhandlungsgegenstand sein können [...]. Zur Vermeidung einer Senkung der in Schleswig-Holstein erreichten relativ hohen Qualität des Rettungsdienstes sollte zusätzlich auf die allgemeingültigen, rettungsdienstlichen und präklinisch-medizinischen Standards abgestellt werden (MASGV SH).“

Angesichts dessen, dass die (öffentlich-rechtlichen und privaten) Kostenträger gegenwärtig die Gesetzgebungskompetenz des Landes Schleswig-Holstein hinsichtlich der Finanzierung des Berufsbildes des Notfallsanitäters grundsätzlich und – insbesondere am Verhandlungstisch - in Frage stellen, hat die Aussage aus dem Jahr 2001 nicht an Bedeutung verloren bzw. gab es offenbar damals schon Bedenken, dass mit der Einführung der Benutzerentgelte die Leistungen im Rettungsdienst nicht mehr vom Land Schleswig-Holstein kraft Gesetz festgelegt werden, sondern am Verhandlungstisch von den Kostenträgern bestimmt werden. Auch vor diesem Hintergrund und aus aktuellem Anlass sind die beabsichtigten Regelungen hinsichtlich der Herstellung des Einvernehmens abzulehnen.

Insgesamt vermittelt der Gesetzentwurf durch die zahlreichen Hinweise auf eine wirtschaftliche und sparsame Aufgabenerfüllung den Eindruck, dass nur die Kostenträger wirtschaftliche Interessen im Rettungsdienst verfolgen, und sich die Rettungsdienststräger z.B. aus gesundheitspolitischen Interessen per se unwirtschaftlich verhalten. Dabei wird aber völlig außer Acht gelassen, dass insbesondere die Krankenkassen im Hinblick auf die Kosten sehr starke und individuelle wirtschaftliche Interessen verfolgen müssen, um beispielsweise im Krankenkassenwettbewerb bestehen zu können. Die neu in den Gesetzentwurf aufgenommene Regelung, dass im Rahmen von Verhandlungen über *Benutzerentgelte* „*berechtigte Interessen der Kostenträger* (§ 7 Abs. 2)“ zu berücksichtigen sind, wird auch aus den folgenden Gründen abgelehnt.

II. Vorbemerkung zur Finanzierung des Berufsbildes Notfallsanitäter

Die Finanzierung des neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters ist in Schleswig-Holstein zwischen Aufgaben- und Kostenträgern strittig. Derzeitig sind in der Angelegenheit drei Verfahren beim Schleswig-Holsteinischen Verwaltungsgericht anhängig. Die Klagen der Kostenträger wurden den Kommunalen Landesverbänden zur Verfügung gestellt. Den Klagen liegen drei Schiedsstellenverfahren zugrunde, die alle zugunsten der Rettungsdienststräger entschieden wurden. Auch die Schiedsstelle stellt fest, dass die Kostenträger das Berufsbild des Notfallsanitäters zu finanzieren haben. Im Wesentlichen stellen die Kostenträger die Gesetzgebungskompetenz des Landes Schleswig-Holstein in Frage und sehen einen Verstoß gegen höherrangiges Recht z.B. Art. 72 Abs. 1 und 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sowie § 133 SGB V.

Es soll an dieser Stelle darauf verzichtet werden, auf alle anerkennenden Artikel und Veröffentlichungen von Krankenkassen oder Krankenkassenverbände hinsichtlich der Finanzierung des Berufsbildes des Notfallsanitäters einzugehen. Ein Blick über die Landesgrenze hinaus darf aber nicht fehlen. Die Landesvertretung Hamburg des vdek führte im September 2016 zur Finanzierung des Berufsbildes des Notfallsanitäters das Folgende aus:

„[Die Krankenkassen] sind auch in besonderer Weise betroffen, da der Bundesgesetzgeber ihnen die Aus- und Weiterbildungskosten für die neuen Rettungssanitäter vollständig auferlegt hat. Dies ist insoweit einmalig, als bei allen anderen Ausbildungen der theoretische Teil vom Steuerzahler finanziert wird, beispielsweise an Berufsschulen. In vielen Bundesländern gibt es deshalb Auseinandersetzungen um die Finanzierung der Aus- und Weiterbildungen zum Notfallsanitäter. Selbst verfassungsrechtliche Bedenken werden vor diesem Hintergrund diskutiert. Nahezu reibungslos lief dagegen die Etablierung des neuen Berufs in Hamburg. Die Kassenverbände haben der Feuerwehr ab dem zweiten Halbjahr 2014 bis heute etwa 20 Millionen Euro nur für die Aus- und Weiterbildung der Notfallsanitäter zur Verfügung gestellt (Landesvertretung Hamburg des vdek).“

Es soll an dieser Stelle auch nicht verschwiegen werden, dass die Landesvertretung Hamburg des vdek im weiteren Artikel auch das Versagen der Hamburger Behörden kritisiert, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht den Kompetenzen entsprechend im Rettungsdienst in Hamburg eingesetzt werden sollen. Mit Blick auf den Nachbarn wird aber deutlich, dass die Krankenkassen in Hamburg offenbar keine Bedenken haben, dass derartige Finanzierungsregelungen u.a. mit der Verfassung vereinbar sind. Im Gegensatz zu

Schleswig-Holstein steht auch nicht zur Diskussion, dass die Ausbildung des Notfallsanitäter durch Steuern zu finanzieren ist. In Hamburg steht wohl auch nicht zur Diskussion, dass der Bundesgesetzgeber die Kosten für die Ausbildung des Berufsbildes des Notfallsanitäters bundesweit und jährlich auf ca. 42 Mio. EUR gedeckelt hat (vgl. BT-Drs. 17/11689). Zudem ist festzuhalten, dass die Krankenkassen in Hamburg seit dem Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes am 1. Januar 2014 die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters unterstützen.

Da die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter von der Bundesregierung, der Landesregierung Schleswig-Holstein sowie den kreisfreien Städten und Kreisen als eine lohnenswerte und notwendige Weiterentwicklung für den Rettungsdienst angesehen wird, ist die ablehnende Position der Kostenträger in Schleswig-Holstein zum Berufsbild des Notfallsanitäters nicht nachzuvollziehen und stellt im bundesweiten Vergleich eher die Ausnahme dar. In diesem Zusammenhang muss betont werden, dass die kreisfreien Städte und Kreise in enger Zusammenarbeit mit der Landesregierung Schleswig-Holstein einen großen Aufwand betrieben haben, das neue Berufsbild des Notfallsanitäters in Schleswig-Holstein einzuführen. Die kreisfreien Städte und Kreise werden die Einführung des Berufsbildes unter der erschwerten Bedingung einer fehlenden Finanzierung weiter vorantreiben.

Es muss hervorgehoben werden, dass die Kostenträger auch in den oben genannten Klagen vor dem Schleswig-Holsteinischen Verwaltungsgericht „*berechtigte[n] Wirtschaftlichkeitsbe-lange*“ anführen. Es muss dem Gesetzgeber die Frage gestellt werden, ob vor diesem Hintergrund die neu in den § 7 Abs. 2 des Gesetzentwurfs eingefügten „*berechtigten Interessen der Kostenträger*“ zukünftig die Eckpfeiler des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein bilden sollen. Der Gesetzgeber muss sich auch die Frage stellen, wie mit den „*berechtigte Interessen*“ der Bevölkerung umzugehen ist bzw. warum die „*berechtigten Interessen*“ der Bevölkerung nicht explizit in dem Gesetzentwurf berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird auf die folgenden Ausführung zu § 7 Abs. 2 und § 12 verwiesen.

Die Streitigkeiten um die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters stehen sinnbildlich für die Interessenskonflikte zwischen Aufgaben- und Kostenträger und liefern einen tiefen Einblick in den gegenwärtigen Umgang und die derzeitige Zusammenarbeit zwischen Aufgaben- und Kostenträger. Die Interessenskonflikte zu ignorieren und die Zusammenarbeit durch weitere Regelungen (Stichwort: Einvernehmen) zu verschärfen, wird entschieden abgelehnt. Der Gesetzgeber muss entscheiden, ob er die „Aufgabe „Rettungsdienst“ oder die „Kosten“ in den Vordergrund stellen möchte. Angesichts der demographischen Entwicklung und den Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sowie der Professionalisierung des Rettungsdienstes wird es den flächen- und bedarfsgerechten Rettungsdienst nicht zum „Nulltarif“ oder unter dem Vorbehalt der „*berechtigten Interessen*“ der Kostenträger geben. Die kreisfreien Städte und Kreise stehen aber weiterhin zur Verfügung, den Rettungsdienst nach § 4 Abs 1 – wie bisher - sparsam und wirtschaftlich sicherzustellen.

III. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Es wird empfohlen, das Rettungsdienstgesetz mit Abschnitten und Überschriften zu gliedern. Dieses könnte z.B. so erfolgen, dass Abschnitte zu Allgemeinen Regelungen, dem öffentli-

chen Rettungsdienst, dem privaten Krankentransport, zu Sonstigem und den Zuständigkeiten als verwandt werden.

Zu § 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich – Abs. 1

Im dem Absatz wird das Ziel des Gesetzes festgelegt. Die Leistungen des Rettungsdienstes sollen der Bevölkerung bedarfs- und fachgerecht zu tragbaren Kosten zur Verfügung gestellt werden. Dem Grunde nach entspricht die Zielsetzung des Gesetzes auch den Vorstellungen der kreisfreien Städte und Kreise. Wir verweisen insoweit an dieser Stelle auf die Vorbemerkungen.

Die Formulierung „tragbare Kosten“ ist auslegungsbedürftig. Es lässt sich nicht zweifelsfrei erkennen, ob die „tragbaren Kosten“ die Kosten im Sinne des § 6 Abs. 2 sind. Es ist auch nicht zu erkennen, im welchen Verhältnis der § 4 Abs. 1 zu dem Ziel des Gesetzes steht. Nach § 4 Abs. 1 haben die Rettungsdienststräger den Rettungsdienst bedarfsgerecht, flächendeckend und gleichmäßig nach dem Stand der Medizin und Technik sowie wirtschaftlich und sparsam sicherzustellen. Hier muss eine Klarstellung erfolgen.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen – Abs. 1

Mit der beabsichtigten Änderung wird die Notfallrettung nicht mehr zwingend die medizinische Versorgung und die Beförderung umfassen, sondern die medizinische Versorgung und, soweit dies medizinisch erforderlich ist, die Beförderung in eine nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung.

Die Regelung ist zu begrüßen, da damit die Rechtsgrundlage geschaffen wird, dass auch nichtärztliches medizinisches Personal künftig eine medizinische Behandlung vor Ort und ggf. ohne die Beförderung in eine nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung ermöglicht. Hinsichtlich der Finanzierung derartiger Einsätze wird somit eine Rechtslücke geschlossen. Die Ansicht der Landesregierung, dass eine medizinisch nicht indizierte Beförderung für Patientinnen und Patienten unzumutbar und ökonomisch unververtretbar ist, wird geteilt. Der Begriff „Behandlungseinrichtung“ muss konkretisiert werden, da er im Gesetz mehrfach und in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet wird.

Zu § 3 Aufgabenträgerschaft – Abs. 2

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird das Land Schleswig-Holstein Aufgabenträger für die Luftrettung. Sofern die medizinische Versorgung und Beförderung durch die Luftrettung flächendeckend für Schleswig-Holstein erhalten bleibt, haben die Kommunalen Landesverbände keine Bedenken vorzutragen. Zu berücksichtigen ist, dass insbesondere im Bereich der Inseln und Halligen die Rettungshubschrauber für die schnelle medizinische Versorgung und Beförderung von Patientinnen und Patienten unverzichtbar sind. Aufgrund des überregionalen Wirkungsbereichs von Rettungshubschraubern hält die Landesregierung die Aufgabenübertragung auf das Land Schleswig-Holstein für sachgerecht. Angesichts der öffentlich zugänglichen Einsatzzahlen der Luftrettung kann die Begründung zur Übernahme der Aufgabenträgerschaft nicht überzeugen, da die Einsätze der Rettungshubschrauber vielmehr einen engen und regionalen Bezug zum Standort haben.

Die Verfügbarkeit von Rettungsdiensthubschraubern z.B. auf Inseln oder Halligen aber auch die Standorte von Rettungsdiensthubschraubern haben einen unmittelbaren Einfluss auf den bodengebundenen Rettungsdienst. Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sind die kreisfreien Städte und Kreise. Mit Blick darauf kann nicht nachvollzogen werden, dass das Land zukünftig im Einvernehmen mit den Kostenträgern die Standorte für Rettungshubschrauber festlegen wird, die kreisfreien Städte und Kreise als Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes davon nach § 19 Abs. 2 ausgeschlossen werden sollen. Ebenfalls nicht nachzuvollziehen ist, dass die Disposition von Rettungsdiensthubschraubern auch im Rahmen der zeitkritischen Notfallrettung nach § 17 Abs. 8 nicht mehr regional, sondern landesweit durch eine Rettungsleitstelle erfolgen soll. Auf die Ausführungen zu §§ 17 und 19 wird an dieser Stelle verwiesen.

Unter Kosten und Verwaltungsaufwand werden im Gesetzentwurf (Drucksache 18/4586 unter D, Nr. 1) bereits rd. 30.000 EUR für ein Gutachten aufgeführt. Dieses soll notwendig sein, um die Standorte der Rettungshubschrauber festzulegen. Mit Blick auf den Einfluss der Rettungshubschrauber auf den bodengebundenen Rettungsdienst muss eine Beteiligung der kreisfreien Städte und Kreise vorgesehen werden. Zudem wird die Beteiligung der Kostenträger an dem Gutachten empfohlen.

Zu § 3 Aufgabenträgerschaft – Abs. 3

Auf der Grundlage der Gesetze des Landes wird den Rettungsdienstträgern die Möglichkeit der Aufgabenübertragung auf einen Rettungsdienstträger eröffnet. Die Kommunalen Landesverbände begrüßen die eingeräumte Möglichkeit, die interkommunale Zusammenarbeit zu stärken. Dass das Prinzip des gegenseitigen Einvernehmens gelten muss, dürfte selbsterklärend sein und zweifelsfrei auch für die zukünftigen neuen Trägeraufgaben des Landes Schleswig-Holstein (Luftrettung) gelten.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung – Abs. 1 Nr. 1

Nach § 1 Abs. 2 umfasst der Rettungsdienst auch den Intensivtransport. Zudem haben u.a. die Rettungsdienstträger nach § 12 Abs. 4 Standorte für Verlegungseinsatzarztfahrzeuge festzulegen. Die beabsichtigte Regelung ist § 4 Abs. 1 Nr. 1 dahingegen zu ergänzen, sodass auch für diese Rettungsmittel bei Bedarf Standorte errichtet, ausgestattet und betrieben werden können.

Die beabsichtigte Regelung in Abs. 1 Nr. 1 ist unklar. Es wird ausgeführt, dass der öffentliche Rettungsdienst nach § 1 Abs. 4 bei der Errichtung, Ausstattung und dem Betrieb von Standorten sowie Rettungsmitteln private Unternehmen zu berücksichtigen habe, die nach § 22 außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes im Krankentransport tätig werden. Hier liegt ein Widerspruch zu § 4 Abs. 1 Satz 1 vor. Der Rettungsdienstträger kann den Rettungsdienst nicht mit Kapazitäten von privaten Unternehmen nach § 22 sicherstellen, da er keinen Einfluss auf die Kapazitäten nehmen und auch nicht über die Kapazitäten verfügen kann. Diese Regelung würde bedeuten, dass der öffentliche Rettungsdienst, je nach Vorhandensein von privaten Unternehmen Kapazitäten auf- oder abbauen müsste. Es ist eine Klarstellung in § 4 Abs. 1 Nr. 1 erforderlich, dass der Träger des öffentlichen Rettungsdienstes den Rettungsdienst und somit auch den Krankentransport, sicherzustellen hat, wie es seit 1991 erfolgt.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

„[...] Ressourcen im Sinne der §§ 22 ff dieses Gesetzes sind zu beachten;“

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung – Abs. 2 Nr. 1 Satz 1

Der Begriff „*auszuschöpfen*“ ist auslegungsbedürftig. Eine Klarstellung des Begriffs ist auch der Begründung zum Gesetzentwurf nicht zu entnehmen. Das offenbar verfolgte Ziel, die Zusammenarbeit der Rettungsdienstträger zu fördern, wird begrüßt, da es auch in vielen Fällen der Praxis entspricht. Ein derartig unbestimmter Begriff wird aber insbesondere in Verbindung mit den Kostenträgern unterschiedliche Interpretationen auslösen. Darüber hinaus wird in der Formulierung ein Widerspruch zu der Regelung nach § 3 Abs. 1 gesehen, wonach die kreisfreien Städte und Kreise den Rettungsdienst als eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahrzunehmen haben.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung ~~sind~~ können Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen den Rettungsdienstträgern auszuschöpfen ausgeschöpft werden.“

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung – Abs. 2 Nr. 1 Satz 2

In vielen anderen Ländern ist die Hilfsfrist als ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der Notfallrettung in den Rettungsdienstgesetzen fest verankert. In Schleswig-Holstein ist die Hilfsfrist bisher in der Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes (DVO-RDG) geregelt. Die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes sollte zum Anlass genommen werden, die Formulierung des § 7 Abs. 2 DVO-RDG in das Rettungsdienstgesetz zu übertragen.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung – Abs. 3

Der Begründung ist zu § 12 zu entnehmen, dass in Schleswig-Holstein keine Spezialfahrzeuge für Säuglinge erforderlich sind, da die entscheidende Möglichkeit des Anschlusses von Inkubatoren bereits Standard bei Rettungswagen ist. In Schleswig-Holstein stehen insgesamt zwei Spezialfahrzeuge für Säuglinge zur Verfügung. Die Spezialfahrzeuge werden jeweils in Kooperation mit einem Perinatalzentrum der Maximalversorgung betrieben, also an Standorten mit überdurchschnittlich hoher Zahl zu transportierender schwerkranker Früh- und Neugeborener. Die Spezialfahrzeuge werden eingesetzt, um Früh- und Neugeborene in kritischem Zustand zu transportieren und unter Transport ggf. behandeln zu können. Der Einsatzradius der Fahrzeuge ist überregional; sie werden also keineswegs nur im Rettungsdienstbereich ihres Standortes eingesetzt, sondern dienen vielmehr in der Mehrzahl der Einsätze dazu, schwerkranke Früh- und Neugeborene aus der Peripherie über längere Strecken in die Spezialzentren zu transportieren.

Richtig ist, dass es technisch möglich ist, einen Inkubator auf den Tragentisch eines Rettungswagens zu befestigen. Auch ist es in der Fläche bei dem geringen Anteil dieser Patienten am rettungsdienstlichen Gesamtaufkommen nicht anders zu realisieren, derartige Einsätze über kürzere Distanzen auf diese Art abzuwickeln. Im Umfeld der wenigen Schwer-

punktzentren, in denen solche Transporte regelmäßig vorkommen, sollten auch künftig Spezialfahrzeuge verfügbar sein. Diese Spezialfahrzeuge für Säuglinge unterscheiden sich in der Bauart erheblich von Rettungswagen. Wir gehen davon aus, dass der Landesregierung fundierte Erkenntnisse vorliegen, die es rechtfertigen, derartige Spezialfahrzeuge für Säuglinge kategorisch und für die Zukunft per Gesetz aus dem Rettungsdienst auszuschließen. Auf der Grundlage einer Stellungnahme des UKSH, welche den Kommunalen Landesverbänden vorliegt, kann die Entscheidung nicht nachvollzogen werden. Es bedarf auch einer Klarstellung, ob die vorhandenen Spezialfahrzeuge für Säuglinge bei einem Inkrafttreten des Gesetzes weiter zum Einsatz kommen können.

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf sollen die Standorte für besondere Rettungsmittel nach § 4 Abs. 3 nach landeseinheitlichen Kriterien, die mit den Kostenträgern zu einigen sind, festgelegt werden. Es muss klargestellt werden, wer das Einvernehmen bei Bedarf ersetzen kann. Wir weisen auf den Änderungsvorschlag zu § 8 hin.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

„Für besondere Versorgungs- oder Beförderungsaufgaben sind geeignete Rettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch pädiatrisch zu versorgende oder adipöse Personen fachgerecht befördert werden können. Diese Rettungsmittel sollen rettungsdienststrägerübergreifend nach im Einvernehmen mit den Kostenträgern gemäß § 7 Absatz 1 festgelegten landesweit einheitlichen Kriterien in Schleswig-Holstein vorgehalten werden.“

Zu § 5 Beauftragung – Abs. 1

Die Auslegung der Formulierung „operativen Aufgaben“ ist auch in Abgrenzung zu den §§ 1 und 4 (Aufgabenbeschreibung und Aufgabenwahrnehmung) zu definieren, da die Formulierung auslegungsbedürftig ist. Eine einheitliche Auslegung der Formulierung sollte entweder in der Begründung zum Gesetzentwurf oder im Gesetz selbst erfolgen.

Zu § 5 Beauftragung – Abs. 2

Der Absatz legt fest, dass der Rettungsdienststräger bei der Beauftragung Dritter mit den operativen Aufgaben des Rettungsdienstes als Dienstleistungsauftrag das Vergaberecht zu beachten hat. Die Beibehaltung des bewährten Submissionsmodells wird von den Kreisen und kreisfreien Städten begrüßt. Die vorgesehene Formulierung „unter Beachtung des Vergaberechts“ ist aber unzureichend, da ausschließlich auf das Vergaberecht verwiesen wird. Bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen müssen noch weitere Rechtsvorschriften beachtet werden. Umso irreführender ist deshalb die in Abs. 2 gewählte Formulierung. Zur Klarstellung wäre die Formulierung „unter Beachtung des Vergaberechts“ entweder ersatzlos zu streichen oder der Abs. 2 durch die zusätzlich zu beachtenden Rechtsvorschriften zu ergänzen.

Zu § 5 Beauftragung – Abs. 3

In dem Absatz wird die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen der Vergabe Kriterien in Bezug auf die Bewältigung von Großschadensereignissen einzubeziehen. Die jetzige Formulierung

des Abs. 3 scheint dazu nicht ausreichend, da auch andere Organisationen, die nicht nach Bundes- oder Landesrecht als Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen anerkannt sind, diese Leistungen anbieten könnten.

Zu § 6 Kosten – Abs. 2

Nach der Formulierung des Absatzes hat die Zurechenbarkeit von Kosten nach „*haushaltsrechtlichen Regelungen*“ zu erfolgen. Nach § 7 Abs. 2 sind die Kosten nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu berechnen. Es ist nicht eindeutig nachzuvollziehen, nach welchen Grundsätzen und Regelungen die Kosten berechnet oder zugeordnet werden sollen. Derartige Formulierungen werden zu Diskussionen und Rechtsstreitigkeiten zwischen Rettungsdienst- und Kostenträgern führen. Zudem erfolgt in der beabsichtigten Regelung eine stichpunktartige Aufzählung von Kosten, welche durch die Aufgabenerfüllung entstehen. Eine abschließende und detaillierte Aufzählung wird nicht gelingen bzw. sollte auch nicht in einem Gesetz erfolgen. Dass in dem Gesetz nur eine stichpunktartige Aufzählung erfolgt, muss aber deutlicher hervorgehoben werden. In diesem Zusammenhang bedarf auch der Begriff „unabdingbar“ einer interpretationsfreien Klarstellung bzw. ist angesichts der folgenden Gesetzesvorgabe ersatzlos zu streichen:

„Alle im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung stehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes, die durch die Benutzungsentgelte zu decken sind (LT-Drs. 18/4586, unter B)“

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Rettungsdienststräger bereits nach § 4 Abs. 1 den Rettungsdienst wirtschaftlich und sparsam sicher zu stellen haben. Es ist unklar, was mit der Wiederholung in § 6 Abs. 1 bezweckt werden soll, da die kreisfreien Städte und Kreise ohnehin dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind. Zudem führen die Wiederholungen und unterschiedlichen Definitionen von Kosten vielmehr zu einer Rechtsunsicherheit als zu einer Rechtssicherheit.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Zu den Kosten des Rettungsdienstes gehören alle nach den geltenden haushaltsrechtlichen Regelungen der Aufgabenwahrnehmung nach § 4 zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten. Dazu gehören insbesondere auch die für die Aufgabenerfüllung unabdingbaren folgende Kosten [...]“

Zu § 6 Kosten – Abs. 2 Nr. 3 und 4

Die Regelung verdeutlicht, dass im Rettungsdienst eingesetztes ärztliches Personal fortzubilden ist. Auch angesichts der landesweit einheitlich nach § 12 Abs. 2 DVO-RDG vorgegeben Empfehlungen für ärztliches Handeln ist die Regelung nachzuvollziehen. Die Absätze 3 und 4 könnten aber in einem Absatz zusammengefasst werden. Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, muss definiert werden, was in § 6 Abs. 2 Nr. 3 „*ausschließlich ... relevant*“ bedeutet.

Wir schlagen vor § 6 Abs. 2 Nr. 3 ersatzlos zu streichen. § 6 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt ergänzt:

„[...] der rettungsdienstspezifischen Weiter- und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten ärztlichen Personals [...]“

Zu § 6 Kosten – Abs. 3

Die beabsichtigte Regelung entspricht im Wesentlichen der aktuellen gesetzlichen Regelung, die in Hinblick auf die Finanzierung des Berufsbildes des Notfallsanitäters von den Kostenträgern als verfassungswidrig bezeichnet werden. Es wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Zu § 6 Kosten – Abs. 4

Aus der Begründung zum Gesetzentwurf geht nicht hervor, warum eine derartige Regelung im Gesetzentwurf aus dem Jahr 2014 nicht enthalten war, nun in dem Gesetzentwurf aus dem Jahr 2016 aber enthalten ist. Mit dem Verweis auf die Vorbemerkungen wird die beabsichtigte Regelung in der vorgelegten Formulierung abgelehnt bzw. eine neue Formulierung auch aus den folgenden Gründen angeregt.

Nach der Regelung in § 19 Abs. 1 beabsichtigt das Land Schleswig-Holstein als Träger der Luftrettung im Einvernehmen mit den Kostenträgern die Standorte der Rettungstransport-hubschrauber festzulegen. Sofern auch die Kostenträger dem Teilziel des Gesetzes folgen, die Bevölkerung bedarfs- und fachgerecht mit Leistungen des Rettungsdienstes zu versorgen, könnte auch die Regelung des § 6 Abs. 4 demgemäß angepasst werden. Der letzte Halbsatz im ersten Satz ist aber ersatzlos zu streichen, da sich Kosten für „*Neu- und Erweiterungsinvestitionen für den Rettungsdienst*“ per se nur auf die (Gesamt-) Kosten des Rettungsdienstes auswirken können. Zudem ist die Formulierung „*keine abschließende Entscheidung*“ unzureichend bzw. korrespondiert nicht mit der Regelung nach § 8 Abs.3.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Entscheidungen der Kreise und kreisfreien Städte über Neu- und Erweiterungsinvestitionen bei Ausweitung der vorhandenen Rettungsmittelvorhaltung oder der Errichtung zusätzlicher Standorte für den Rettungsdienst sind im Einvernehmen mit den Kostenträgern nach § 7 Absatz 1 zu treffen, ~~sofern sie sich auf die Gesamtkosten des Rettungsdienstes auswirken.~~ Erfolgt binnen einer Frist von drei Monaten nach Zugang des Begehrens um Einvernehmen keine abschließende oder eine ablehnende Entscheidung der Kostenträger gemäß § 7 Absatz 1, kann die Schiedsstelle angerufen werden.“

Sofern an der ursprünglichen Regelung festgehalten wird, ist folgerichtig in § 6 Abs. 4 das Land Schleswig-Holstein als Träger der Luftrettung aufzunehmen bzw. ist der § 19 um eine Regelung entsprechend § 6 Abs. 4 zu vervollständigen. Zudem ist eine Klarstellung erforderlich, was im Sinne des Gesetzes unter Neu- und Erweiterungsinvestitionen zu verstehen ist.

Zu § 7 Vereinbarung über Benutzungsentgelte – Abs. 2

Die Regelung, dass bei Verhandlungen hinsichtlich der Höhe von *Benutzungsentgelten* „*berechtigte Interessen der Kostenträger [...] zu berücksichtigen.*“ sind, wird von uns abgelehnt. Es bedarf keiner gesonderten Erwähnung, dass die Interessen jeder Verhandlungspartei zu berücksichtigen sind, sofern sie gesetzlich berechtigt sind. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass damit keine Privilegierung der Kostenträger erfolgen soll, muss eine Klarstellung erfolgen, da diese weder im Gesetzentwurf noch in der Begründung zu entnehmen ist. Die Regelung könnte auch so ausgelegt werden, dass ggf. Kosten des Rettungsdienstes aufgrund von „*berechtigten Interessen der Kostenträger*“ auf die kreisfreien Städte und Kreise verlagert werden sollen. Die Regelung führt zu Rechtsunsicherheit, Rechtsstreitigkeiten wären die Folge. Sie ist auch deshalb nicht nachzuvollziehen, da die Aufgabenerfüllung im Wesentlichen ohnehin unter dem Vorbehalt des Einvernehmens der Kostenträger steht.

Wir schlagen vor § 7 Abs. 2 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

Zu § 7 Vereinbarung über Benutzungsentgelte – Abs. 3

In der Neuregelung wird die Formulierung „*schiedsfähige Form*“ eingeführt. Auch mit Blick auf die Regelungen in § 8 (Schiedsstelle und Schiedsverfahren) ist nicht zu erkennen, was unter dem Begriff zu verstehen ist. Zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen ist es erforderlich, dass der Begriff definiert wird. Eine fehlende Klarstellung könnte auch dazu führen, dass die vorgesehenen Fristen nicht zum Tragen kommen bzw. untergraben werden, da bereits im Vorfeld die Möglichkeit eröffnet würde, die „*Schiedsfähigkeit*“ der eingereichten Nachweise zu bestreiten. Ebenso könnte die Bindungskraft der aufgeführten Fristen in Frage gestellt werden.

Zudem ist in der Neuregelung vorgesehen, dass sich die Rettungsdienststräger das Jahresabschlussergebnis von einem Wirtschaftsprüfer testieren lassen müssen. Öffentliche Haushalte können grundsätzlich geprüft werden. Neben den Kosten für einen Wirtschaftsprüfer kommt eine weitere Verzögerungsmöglichkeit im Verhandlungsprozess hinzu. Aus diesen Gründen wird die beabsichtigte Regelung abgelehnt.

Sofern jedoch an der Regelung festgehalten werden soll, ist zu prüfen, ob in einem Gesetz der Begriff „*schnellstmöglich*“ Verwendung finden soll. Darüber hinaus ist der Verweis unter § 19 Abs. 4 Nr. 3 zu prüfen bzw. wird davon ausgegangen, dass der § 7 Abs. 3 auch für den Träger der Luftrettung oder für den damit Beauftragten nach § 5 Abs. 4 gilt.

In diesem Gesetzentwurf werden die Rettungsdienststräger und die Kostenträger dazu aufgefordert, einvernehmlich die Verfahrensgrundsätze für die Verhandlung von Benutzerentgelten festzulegen. Der Landesregierung ist bekannt, dass eine derartige Regelung seit dem Jahr 2009 nicht mehr landesweit einvernehmlich vorliegt. Vor diesem Hintergrund muss klargestellt werden, wie zu verfahren ist, wenn kein Einvernehmen zwischen Rettungsdienst- und Kostenträgern hergestellt werden kann.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Die Träger des Rettungsdienstes sind verpflichtet, den Kostenträgern gemäß Absatz 1 jeweils spätestens zum 30. April des Folgejahres die vorläufigen Rechnungsabschlussunterlagen des Vorjahres in Form des Kosten- und Leistungsnachweises in elektronischer ~~und schiedsfähiger~~ Form zuzuleiten, die Zuleitung stellt die Aufforderung zur Verhandlungsaufnahme dar. ~~Das durch einen Wirtschaftsprüfer testierte Jahresabschlussergebnis ist schnellstmöglich nachzureichen [...].“~~

Zu § 8 Schiedsstelle und Schiedsverfahren – Abs. 2

Die Regelung entspricht der aktuellen Regelung. Die Aufgaben- und Kostenträger haben den Vorsitz der Schiedsstelle einvernehmlich festzulegen. In der Praxis konnte die Besetzung der Schiedsstelle in der Regel im Einvernehmen mit den Aufgaben- und Kostenträgern erfolgen. Sofern kein Einvernehmen zwischen Aufgaben- und Kostenträgern erzielt wird, regelt das Land Schleswig-Holstein die Besetzung der Schiedsstelle. Die Regelung ist zu begrüßen. Es ist aber nicht im Geringsten nachzuvollziehen, warum das Land Schleswig-Holstein bei Bedarf nur in diesen – in der Regel unstrittigen - Fällen etwas regeln wird und bei anderen Fällen nicht.

Zu § 8 Schiedsstelle und Schiedsverfahren – Abs. 3

Nach § 4 Abs. 3 sind für besondere Versorgungs- oder Beförderungsaufgaben geeignete Rettungsmittel einzusetzen. Der Einsatz derartiger Rettungsmittel steht unter dem Vorbehalt des Einvernehmens der Kostenträger. Es muss festgelegt werden, wer bei Bedarf das Einvernehmen ersetzen kann, wenn die Kosten- und die Rettungsdienststräger kein Einvernehmen herstellen können. In dem Gesetzentwurf wurden eine Vielzahl von Regelungen und Begründungen eingeführt, die auf das Einvernehmen zwischen Aufgaben- und Kostenträger abzielen. Die Regelungen in § 8 Abs. 3 wurden aber nicht entsprechend angepasst, sodass unzureichend geregelt ist, was geschehen soll, wenn die Aufgaben- und Kostenträger kein Einvernehmen erzielen. Mit Blick auf die Vielzahl von Regelungen, die stellenweise auch nur der Begründung zum Gesetzentwurf zu entnehmen sind, wird eine allgemeingültige Formulierung des § 8 Abs. 3 Nr. 2 angeregt. Es wird auf die Ausführung in den §§ 4 und 12 verwiesen.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Die Schiedsstelle hat folgende Aufgaben:

- 1. Entscheidungen nach § 7 Absatz 1, soweit keine Einigung erzielt werden konnte, und*
- 2. Entscheidungen bei nicht oder nicht fristgemäß erteiltem Einvernehmen nach § 6 Absatz 4 sowie Streitigkeiten aus der Anwendung der Bestimmungen der §§ 4 Abs. 3, 7, 12 Abs. 4 und 5 und sowie 19 Absatz 4.“*

Zu § 9 Datenschutz, Dokumentation

Es wird davon ausgegangen, dass die Aufbewahrungsfristen wie bisher in einer Durchführungsverordnung geregelt werden. Eine Klarstellung ist jedenfalls an geeigneter Stelle gebo-

ten. Dort ist auch zu klären, wie lange die Sprachaufzeichnungen der Leitstellen zu speichern sind.

Zu § 10 Qualitätsmanagement

Die Implementierung des Qualitätsmanagements im Gesetz ist zu begrüßen. Dabei darf jedoch die kommunale Gestaltungsfreiheit nicht vollkommen außer Acht gelassen werden, was vermutlich auch gar nicht angestrebt ist. Da ohnehin eine weitere Konkretisierung des § 10 in der Durchführungsverordnung vorgesehen ist, regen wir folgende Änderung an:

„Die Rettungsdienstträger sowie die Träger der Luftrettung sind verpflichtet, Maßnahmen durchzuführen und zu unterstützen, die die Qualität im Rettungsdienst sichern betreiben ein Qualitätsmanagement nach landesweit einheitlichen Zielen und Grundsätzen. Dies umfasst auch die Qualitätssicherung nach landesweit einheitlichen Kriterien und die Implementierung von wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagementsystemen. Anhand einer standardisierten elektronischen Datenerfassung und -auswertung ist von einer zentralen Stelle eine regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes vorzunehmen, um daraus mögliche Verbesserungen zu ermitteln und deren Umsetzung zu realisieren. Beauftragte im Sinne des § 5 Absatz 1 wirken an dem Qualitätsmanagement mit.“

In der Begründung zum Gesetzentwurf ist beschrieben, dass die Analysen, die für wissenschaftliche Studien die Daten des Qualitätsmanagement auswerten, nicht den Kosten des Rettungsdienstes zugeordnet werden können, sofern die Kostenträger einer Übernahme der Kosten nicht zugestimmt haben. Diese Regelung ist nicht nachzuvollziehen und muss klar gestellt werden. An dieser Stelle wird einmal mehr deutlich, dass sich der Gesetzentwurf in kleinteiligen Regelungen zu Kostenpositionen verliert. Die vereinzelt nur in der Begründung ersichtlichen Regelungen zur Finanzierung von Kosten und zur Herstellung des Einvernehmens werden zur Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten führen.

Zu § 11 Ärztliche Leitung Rettungsdienst – Abs. 1

Mit Blick auf die Formulierungen in § 11 ist in § 32 Verordnungsermächtigung die Nr. 5, die Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst durch Rechtsverordnung regelt, zu streichen. Es wird darauf hingewiesen, dass die konkrete Aufgabenzuweisung an den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und die Ausgestaltung des Dienst- und Verwaltungsbetriebes in die alleinige Zuständigkeit und Verantwortung des jeweiligen Rettungsdienstträgers fällt, da die Landräte und (Ober-) Bürgermeister auch die rechtliche Verantwortung und Haftung übernehmen. Dementsprechend können Personen z.B. die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Aufgaben in diesem Verantwortungsbereich übernehmen. Sofern an der Regelung festgehalten werden soll, ist der Zusammenhang der folgenden Begriffe in Satz 2 klarzustellen: „ÄLRD“, „Verantwortungsbereich“ und „Rettungsleitstelle“.

Wir schlagen vor in § 32 Verordnungsermächtigung die Nr. 5 (Aufgaben ÄLRD) zu streichen und folgende Änderung in § 11 Abs. 1 Satz 2 vorzunehmen:

„Der Rettungsdienstträger oder mehrere Rettungsdienstträger gemeinsam bestellen unter Beachtung der in § 4 Absatz 1 festgelegten Bedarfsgerechtigkeit eine Ärztliche

Leitung Rettungsdienst (ÄLRD). Der Verantwortungsbereich Aufgabenbereich der ÄLRD umfasst insoweit auch die Rettungsleitstelle und die Beauftragten nach § 5 Absatz 1. Die Aufgaben nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätärgesetzes gehören zu den Aufgaben der ÄLRD oder anderer entsprechend verantwortlicher Ärztinnen und Ärzte.“

Zu § 12 Rettungsmittel – Abs. 4 und 5

Auf die Ausführungen zu § 4 Abs. 3 wird verwiesen. Inhaltlich sind die Formulierungen des § 12 weitgehend gelungen. Allerdings verstärken die folgenden Bestimmungen nach Abs. 4, Satz 2 und Abs. 5 Satz 2 erhebliche Zweifel an der Zuweisung der Aufgabe des Rettungsdienstes per Gesetz an die Kreise und kreisfreien Städte als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe.

„[...] Die Standorte der Verlegungseinsatzarztfahrzeuge werden durch die Träger des Rettungsdienstes im Einvernehmen mit den Kostenträgern gemäß § 7 Abs. 1 rettungsdienstbereichsübergreifend festgelegt (LT-Drs. 18/4586).“

„[...] Der Standard der Ausstattung der Rettungsmittel ist landesweit einheitlich unter Beteiligung von Land, Rettungsdienstträgern und Kostenträgern gemäß § 7 Absatz 1 herzustellen (LT-Drs. 18/4586).“

Es bleibt auch unklar, warum in dieser Bestimmung die Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes das Land und die Kostenträger einbinden sollen, das Land hingegen die Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes bei der Festlegung der Standorte der Luftrettung nicht beteiligt. In dem Zusammenhang wird auf die Ausführungen zu § 19 verwiesen. Sofern an der Regelung festgehalten werden soll, wird darauf hingewiesen, dass nicht geregelt ist, was geschehen soll, wenn zwischen Aufgaben- und Kostenträger kein Einvernehmen hergestellt werden kann.

Zu § 13 Notärztliche Versorgung – Abs. 1

Nach der Begründung wird die Aufgabe, den landesweiten Notarztindikationskatalog zu erstellen, den Rettungsdienstträgern übertragen. Die Regelung entspricht damit anderen Regelungen, bei denen sich alle Rettungsdienstträger in Schleswig-Holstein gemeinsam auf einen Standard festzulegen haben. Angesichts der Erfahrungen, dass die Kostenträger eine derartige Regelung anders auslegen, muss grundsätzlich eine Klarstellung erfolgen, dass Kosten, die durch die Festlegung eines derartigen Standards entstehen, Kosten des Rettungsdienstes sind. Auch wenn in den letzten Jahren in guter Zusammenarbeit zahlreiche Standards und Konzepte von den Rettungsdienstträgern in Schleswig-Holstein erstellt wurden, sollte geklärt werden, was geschieht, wenn sich die Rettungsdienstträger nicht auf einen Standard verständigen können.

Zu § 14 Arztbegleitung bei Sekundär- und Intensivtransporten – Abs. 3

Im Rettungsdienst wird ein stetiger Zuwachs an Sekundär- und Intensivtransporten verzeichnet. Dieser Zuwachs wird in der Regel damit begründet, dass sich die Strukturen der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren verändert haben. Mit Blick auf diese Strukturver-

änderungen in der Gesundheitsversorgung wird der Stellenwert des funktionierenden Rettungsdienstes deutlich. Hier wird aber auch der Rettungsdienst vor die Herausforderung gestellt, in Zeiten des schon bestehenden Mangels an zur Verfügung stehenden ärztlichen Personals noch mehr Personal gewinnen zu müssen. Im Übrigen fehlt es hier an einer klaren Regelung, die der Sicherstellung des Notarztdienstes den Vorrang gegenüber arztbegleiteten Sekundärtransporten einräumt. Die Arztbegleitung von nicht zeitkritischen Sekundär- und Intensivtransporten darf nicht zu Lasten der eigentlichen Notfallrettung gehen. Die Regelung, dass Behandlungseinrichtungen bei Bedarf im Rahmen „ihrer Leistungsfähigkeit“ Ärztinnen und Ärzte für die Arztbegleitung bereitstellen, ist zu begrüßen, aber nicht wirklichkeitsnah.

Zu § 15 Besetzung der Rettungsmittel – Abs. 1

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Notarzteinsetzfahrzeug und den Rettungshubschrauber neben dem ärztlichen Personal mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Damit knüpft der Gesetzentwurf an das derzeitige Rettungsdienstgesetz an, in dem die arztbesetzten Rettungsmittel auch weiterhin mit dem höchstqualifizierten nichtärztlichen medizinischen Personal besetzt werden. Die Gründe für eine derartige Besetzung sind vielfältig. Angesichts der zu erwartenden Einsatzhäufigkeiten wird eine der größten Herausforderungen im Rettungsdienst zukünftig darin bestehen, das Personal zielgerichtet und zweckmäßig einzusetzen. Es ist durchaus umstritten, inwiefern die ärztlich besetzten Rettungsmittel zusätzlich mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen sind oder ob Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter eine geeignete Alternative darstellen. Beide Besetzungsvarianten bringen Vor- und Nachteile mit sich, so dass sich in den kommenden Jahren zeigen wird, welchen Einfluss das neue Berufsbild des Notfallsanitäters auf den Rettungsdienst haben wird. Es wird sich auch zeigen, wie viele Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter den Rettungsdienststrägern tatsächlich zur Verfügung stehen. Ergänzend weisen wir darauf hin, dass eine erneute Bewertung der Besetzungsvarianten in den kommenden Jahren erfolgen muss. Es wird auf die Ausführung in der Vorbemerkung verwiesen.

Zu § 15 Besetzung der Rettungsmittel – Abs. 5

In Verbindung mit § 12 Abs. 4 weisen wir darauf hin, dass die beabsichtigte Neuregelung zum Sekundärtransport und zur Arztbegleitung eine deutliche Verbesserung zur aktuellen Situation darstellt. Es ist aber unbedingt zu beachten, dass Sekundärtransporte, bei denen eine Arztbegleitung erforderlich ist, in einer Vielzahl der Fälle einen zeitkritischen Notfall darstellen, auch wenn die abgebende Behandlungseinrichtung ein Krankenhaus ist, z.B. weil das abgebende Krankenhaus nicht über die erforderlichen Ressourcen verfügt. Die automatische Einordnung solcher Fälle als planbare Krankentransporte (vgl. § 15 Abs. 2) ist gänzlich inadäquat, weil dies suggeriert, dass keine Eile geboten sei. Die Verlegungsärztin oder der Verlegungsarzt wird in diesen Fällen aber mit Sondersignalfahrten zugeführt werden müssen und muss auch über medizinische Ressourcen verfügen. Auch wird je nach Örtlichkeit in einigen Fällen die Anfahrtszeit des Verlegungsarzteinsetzfahrzeuges, selbst bei Inanspruchnahme von Sonderrechten zu lang sein, und die Arztbegleitung muss durch das nächste Notarzteinsetzfahrzeug übernommen werden, was dann Auswirkungen auf die Notarztversorgung der betreffenden Region haben wird.

In der Begründung zum Gesetzentwurf muss eine Klarstellung erfolgen, dass bei Bedarf das Verlegungsarzteinsetzfahrzeug mit einer geeigneten Person als Fahrer zu ergänzen ist. Aus

regionalen und einsatztaktischen Gründen kann ein Fahrer eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Zu § 16 Fortbildung des Rettungsdienstpersonals – Abs. 1 und 2

Es wird darauf hingewiesen, dass zwischen Abs. 1 und Abs. 2. der Unterschied nicht zu erkennen ist.

Wir schlagen vor § 16 Abs. 2 zu streichen.

Zu § 16 Fortbildung des Rettungsdienstpersonals – Abs. 3

Die gesetzliche Festlegung von Fortbildungsstunden für medizinisches Personal und Personal der Rettungsleitstelle wird außerordentlich begrüßt. Damit knüpft der Gesetzentwurf an bestehende Regelungen des § 4 RDG und § 13 DVO-RDG an, wonach nichtärztliches medizinisches Personal 30 Stunden und Personal der Rettungsleitstelle insgesamt 54 Stunden fortzubilden sind. Die Regelung bedarf einer Klarstellung. Wir verstehen sie analog zur aktuellen Regelung so, dass das nichtärztliche medizinische Personal im jährlichen Durchschnitt 40 Stunden fortzubilden ist. Das Personal der Rettungsleitstelle ist zuzüglich zur Fortbildung für nichtärztliches medizinisches Personal 40 Stunden in leitstellenspezifischen Themen fortzubilden. Das Personal der Rettungsleitstelle ist also jährlich insgesamt 80 Stunden fortzubilden. Die Regelung ist angesichts der Professionalisierung im Rettungsdienst folgerichtig und wird grundsätzlich begrüßt. Die Landesregierung trägt damit der Weiterentwicklung des Rettungsdienstes Rechnung. Angesichts dessen, dass sich im Bereich der Leitstellen vieles im Umbruch befindet, wird angeregt, die Entwicklung abzuwarten. Eine Änderung der Fortbildungsstunden von 54 Stunden auf ggf. 80 Stunden für das Personal der Leitstelle sollte daher erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Nichtärztliches medizinisches Personal ist im jährlichen Durchschnitt mindestens in der Regel 40 mindestens 30 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. In der Rettungsleitstelle gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 eingesetztes Personal ist zusätzlich im jährlichen Durchschnitt 40 24 Stunden in leitstellenspezifischen Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet.“

Zu § 17 Rettungsleitstelle – Abs. 1

Die Formulierung: „*kann insbesondere gemeinsam von mehreren Rettungsdienstträgern betrieben werden*“ umfasst nicht alle aktuellen Konstellationen von regionalisierten Leitstellen (z.B. der Integrierten Regionalleitstelle Süd der Kreise Herzogtum Lauenburg, Ostholstein und Stormarn (IRLS SÜD)). Die IRLS Süd wird nicht „*gemeinsam betrieben*“. Vielmehr wurde die Aufgabe „Rettungsleitstelle“ an einen anderen Rettungsdienstträger gemäß § 18 GkZ übertragen. Die gesetzliche Formulierung muss dies unbedingt weiterhin ermöglichen, so wie es jetzt § 5 Abs 1 Satz 2 DVO-RDG auch vorsieht.

§ 17 Rettungsleitstelle – Abs. 3

Der Absatz regelt unter anderem die Mindestqualifikation des in der Rettungsleitstelle einzusetzenden Personals. Demnach soll eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter, der in einer Rettungsleitstelle eingesetzt wird, mindestens über die Qualifikation des Rettungssanitäters und über eine leitstellenspezifische Zusatzausbildung verfügen oder eine anerkannte Leitstellenausbildung absolviert haben. Entsprechend der neuen Entgeltordnung des TVöD sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von (Rettungs-) Leitstellen in die Entgeltgruppe 9 a eingruppiert werden. Es bestehen Bedenken, ob die Qualifikation des „Rettungssanitäters“ zuzüglich einer „leitstellenspezifische Zusatzausbildung“ nach § 17 Abs. 3 Satz 3 eine derartige Eingruppierung rechtfertigt. Die Eingruppierung in die Entgeltgruppe 9 a des TVöD setzt je nach Verständnis der neuen Entgeltordnung eine geregelte mehrjährige Ausbildung voraus. Die Qualifikation des „Rettungssanitäters“ zuzüglich einer „leitstellenspezifischen Zusatzausbildung“ würde dem Eingruppierungsgrundsatz ggf. widersprechen. Zur Vermeidung der Gefährdung des Tariffriedens wird vorgeschlagen, eine Klärung mit den Tarifparteien herbei zu führen, ob die Festlegung der Qualifikation ausreichend ist.

Zu § 17 Rettungsleitstelle – Abs. 6

Durch die Neuregelung sollen Behandlungseinrichtungen dazu verpflichtet werden, den Rettungsleitstellen deren aktuellen Behandlungskapazitäten anzuzeigen. Kosten, die den Behandlungseinrichtungen dadurch entstehen, sind nach der Regelung keine Kosten des Rettungsdienstes. Es muss klargestellt werden, wer diese Kosten dann zu tragen hat.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

“Die Rettungsleitstelle führt einen landesweit einheitlichen internetbasierten und datenbankgestützten Behandlungskapazitätenachweis, in dem die Behandlungseinrichtungen im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 3 die jeweiligen aktuellen Behandlungskapazitäten dokumentieren. Die Behandlungseinrichtungen sind verpflichtet, die erforderlichen Daten zeitaktuell in die Datenbank einzustellen. Die den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes, diese haben sie selbst zu tragen.“

Zu § 17 Rettungsleitstelle – Abs. 8

Für die Luftrettung, die Intensivtransporte und die Rettungsmittel mit Ressourcen für adipöse Personen soll für Schleswig-Holstein eine bestehende Rettungsleitstelle zentral die Einsätze koordinieren. Sofern die Einsätze der Luftrettung nicht über die zentrale Rettungsleitstelle koordiniert werden, übernimmt die Rettungsleitstelle die Aufgabe, in deren Leitstellenbereich der Standort des Rettungshubschraubers liegt.

Die Begründung, im Bereich der Luftrettung aufgrund des überregionalen Bezuges Synergieeffekte auszuschöpfen, kann nicht nachvollzogen werden, da der überregionale Bezug zwar vorhanden ist, er aber nicht überwiegt. Es wird auf die Ausführungen zu § 3 Abs. 2 verwiesen. Der regionale Bezug und oftmals auch die regionalen Besonderheiten (z.B. Inseln und Halligen) machen es notwendig, dass die Luftrettung zumindest in der zeitkritischen Notfallrettung nicht landesweit von einer zentralen Rettungsleitstelle, sondern dezentral von den

regional verorteten Rettungsleitstellen disponiert wird. Gegen eine zentrale Disposition von Sekundärtransporten bestehen hingegen keine Bedenken.

An dieser Stelle ist allerdings noch die Frage aufzuwerfen, in welcher Art und Weise sich das Land Schleswig-Holstein als zukünftiger Träger der Luftrettung (Rettungsdienstträger) an den Kosten der Leitstellen zu beteiligen gedenkt.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Die Disposition der Intensivtransporte, der Einsätze mit Ressourcen für adipöse Personen und der Luftrettungseinsätze ~~soll~~ kann von einer bestehenden Rettungsleitstelle aus zentral für Schleswig-Holstein erfolgen. Sofern ~~ausnahmsweise~~ eine zentrale Disposition der Einsätze der Luftrettung gemäß Satz 1 nicht erfolgt, werden diese von der für den Standort des RTH zuständigen Rettungsleitstelle disponiert.

Zu § 19 Luftrettung – Abs. 1

Das Land legt die Standorte der RTH als Standorte der Luftrettung im Einvernehmen mit den Kostenträgern gemäß § 7 Absatz 1 fest. Die beabsichtigte Regelung führt zum Ausschluss der kreisfreien Städte und Kreise bei der Standortplanung der Luftrettung, obgleich die Luftrettung und der bodengebundene Rettungsdienst nicht getrennt voneinander betrachtet werden kann. Es wird auf die Ausführung zu § 3 Abs. 2 verwiesen. Es ist auch nicht nachzuvollziehen, dass die Erkenntnisse und Erfahrungswerte der kreisfreien Städte und Kreise im Rettungsdienst und stellenweise sogar in der Luftrettung bei der Standortplanung der Luftrettung nicht berücksichtigt werden sollen. Die Kostenträger in die Standortplanung der Luftrettung einzubinden, dürfte bundesweit einen besonderen Stellenwert haben. Nicht geregelt ist, wie zu verfahren ist, wenn sich das Land Schleswig-Holstein nicht einvernehmlich mit den Kostenträgern auf einen oder mehrere Standorte der Luftrettung verständigen wird. Hier ist eine Klarstellung erforderlich.

Rechtssicherheit wird durch die Bestimmungen zur Luftrettung gleichfalls nicht erreicht. Es bleibt völlig offen, welche Rechtsfolgen z. B. eine Weisung eines Notarztes von einem Rettungstransporthubschrauber nach § 12 gegenüber dem Einsatzpersonal des bodengebundenen Rettungsdienstes auslöst, sofern ein Patient möglicherweise zu Schaden kommt.

Wir schlagen folgende Änderung vor:

„Das Land legt die Standorte der RTH als Standorte der Luftrettung im Einvernehmen mit den Rettungsdienstträgern gemäß § 3 Abs. 1 unter Beteiligung der Kostenträger gemäß § 7 Absatz 1 fest.“

Zu § 30 Schutz von Bezeichnungen

Hier sind noch die Begriffe „*Ärztliche Leitung Rettungsdienst*“ und „*ÄLRD*“ aufzunehmen.

Zu § 31 Missbrauch und Fehlgebrauch von Notrufeinrichtungen

Es ist ausdrücklich festzulegen, ob für die Inanspruchnahme im Hinblick auf die Kosten vorsätzliches oder fahrlässiges Handeln erforderlich ist. Bei den sonstigen e-Notrufen sollte ausdrücklich der Anlagenbetreiber als Kostenschuldner benannt werden.

Zu § 32 Verordnungsermächtigung – Nr. 5

Es wird auf die Anmerkungen zu § 11 verwiesen. Wir schlagen vor, Nr. 5 ersatzlos zu streichen.

Zu § 35 Zuständigkeit und Aufsicht

In der Zuweisung der Aufsicht fehlt noch der Werksrettungsdienst. Die Wörter „ sowie über den Werksrettungsdienst gem. § 30“ sind in Satz 1 nach dem Wort „§ 22“ einzufügen. Diese Regelung entspricht dem Brandschutzgesetz. Die Begründung zur Einführung des Werksrettungsdienstes stützt sich auf die Werksfeuerwehr im Brandschutzgesetz und sollte damit auch in allen Teilaspekten den Regelungen im Brandschutzgesetz entsprechen.

Zu § 36 Einschränkung von Grundrechten

Durch die Regelung wird festgelegt, dass es durch dieses Gesetz zur Einschränkung des Grundrechts der Unverletzlichkeit der Wohnung kommen kann. Die beabsichtigte Neuregelung selbst wie auch die Begründung helfen nicht, den Regelungsgehalt voll zu erfassen bzw. die Regelung in den richtigen Zusammenhang einzuordnen. Sofern sich § 36 lediglich auf § 35 bezieht, bestehen keine Bedenken, jedoch nimmt § 36 keinen entsprechenden Bezug. Sofern § 36 für das gesamte Gesetz bzw. den Rettungsdienst gelten soll, muss der Hinweis erfolgen, dass aufgrund des vorgelegten Gesetzentwurfs durchaus auch andere Grundrechte eingeschränkt werden können, z.B. das Recht auf körperliche Unversehrtheit, informationelle Selbstbestimmung, Freiheit der Person und Eigentumsrechte. Eine Klarstellung scheint deshalb im Gesetzestext oder zumindest in der Begründung geboten.

Mit freundlichen Grüßen



Jochen von Allwörden
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied