

Gesetzentwurf der Landesregierung

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)

A. Zielsetzung

Die konstitutive Neufassung des Rettungsdienstgesetzes zielt darauf ab, die Notfallversorgung zu verbessern und die Rechtssicherheit zu erhöhen, indem unter anderem

- die Planungsfrist als Planungsgrundlage anstelle der bisherigen Zeitspanne von möglichst zehn bis höchstens 15 Minuten auf eine Zeitdauer von zwölf Minuten festgelegt und der planerisch anzustrebende Zielerreichungsgrad ins Gesetz aufgenommen werden;
- die Rettungsdienststrukturen durch die gesetzliche Verankerung neuer Instrumente wie zum Beispiel das Telenotärztliche System oder den digitalen Versorgungsnachweis gestärkt werden;
- die Erprobung und Einführung innovativer Versorgungskonzepte durch eine Experimentierklausel erleichtert wird;
- die im Notfallsanitätergesetz angelegte vorab und anhand von Standardarbeitsanweisungen durchgeführte Delegation von Heilbehandlungskompetenzen auf Notfallsanitäterinnen und -sanitäter inhaltlich und organisatorisch ausgestaltet wird;
- die Qualitätssicherung gestärkt wird;
- in besonderen Notlagen wie Pandemien oder einem plötzlichen Unglücksereignis mit einer Vielzahl von Verletzten die Handlungsspielräume des Rettungsdienstes durch Ausnahmevorschriften erweitert werden;
- die starren Bestimmungen im Krankentransport bei Beförderungsfällen, die außerhalb eines Betriebsbereiches liegen, gelockert werden;
- Verordnungsermächtigungen unter anderem für den Erlass des Rettungsdienstplanes und zur Regelung der Fördervoraussetzungen vorgesehen sind;
- die datenschutzrechtlichen Vorschriften an die europarechtlichen Vorgaben angepasst werden.

B. Wesentlicher Inhalt

Mit der Neufassung:

- werden die Regelungen zu den gesetzlichen Planungsfristen überarbeitet;
- werden die Vorschriften zur Bereichsausnahme präzisiert;
- werden die Vorschriften über die Durchführung der Luftrettung an die europarechtlichen Vorgaben angepasst;
- werden die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst verankert;
- wird für den Erlass des Rettungsdienstplanes eine Verordnungsermächtigung geschaffen;
- wird die Möglichkeit eröffnet, neue Versorgungskonzepte auf der Grundlage einer Experimentierklausel zu erproben;
- wird die Qualitätssicherung im Rettungsdienst über die Zentrale Stelle für Qualitätssicherung gestärkt und die Bedeutung der Mitwirkungspflicht über einen Bußgeldtatbestand unterstrichen;
- wird eine gesetzliche Grundlage für die Einführung eines landesweit einheitlichen digitalen Versorgungsnachweises geschaffen und damit Zuweisung und Anmeldung von Notfallpatientinnen und -patienten an geeignete Zielkliniken vereinfacht;
- wird das Telenotärztliche System, das einen Beitrag zur Verkürzung des arztfreien Intervalls leisten wird, auf eine gesetzliche Grundlage gestellt;
- wird in engen Ausnahmefällen nicht zuletzt auf der Grundlage der Erfahrungen der Coronapandemie die Möglichkeit eröffnet, von verschiedenen Vorgaben des Gesetzes abzuweichen, sei es bei der Besetzung von Rettungsmitteln oder bei Fortbildungspflichten;
- wird ein rechtlicher Rahmen für die eigenständige Durchführung vorab anhand von Standardarbeitsanweisungen delegierter heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter geschaffen;
- wird eine gesetzliche Regelung für die smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelferinnen und -helfern geschaffen;
- wird das Verbot, Krankentransporte außerhalb des in einer Genehmigungsurkunde festgesetzten Betriebsbereiches durchzuführen, aufgehoben; dadurch sollen Leerfahrten vermieden werden;
- wird klargestellt, dass für die örtliche Zuständigkeit bei der Genehmigung des Krankentransportes allein der Betriebsbereich und nicht mehr der Sitz des Unternehmens ausschlaggebend ist;
- werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die öffentliche Förderung des Rettungsdienstes konkretisiert;
- werden die Regelungen zur Aufsicht klarer gefasst und künftig zwischen der Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse und die Leistungsträger einerseits und der Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstellen andererseits unterschieden;
- werden die Vorschriften zur Datenverarbeitung unter Berücksichtigung der Datenschutz-Grundverordnung überarbeitet.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten für die öffentlichen Haushalte (ohne Erfüllungsaufwand)

Kosten für die Öffentlichen Haushalte entstehen seitens des Landes bei der Förderung beziehungsweise bei der Beteiligung insbesondere an Baukosten nach den §§ 40 ff. Das Fördervolumen richtet sich dabei nach den jeweils im Staatshaushaltsplan veranschlagten Mitteln. Die Entscheidung über die jeweilige Bereitstellung von Haushaltsmitteln obliegt dabei dem Haushaltsgesetzgeber im Rahmen der Planaufstellungsverfahren. Diese Grundsätze werden durch den Gesetzentwurf nicht geändert.

Ebenso entstehen Kosten, wenn sich das Land an der Errichtung von Luftretungsstationen beziehungsweise an den Erschließungskosten finanziell beteiligt. Die Gesamthöhe ist wegen der unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten noch nicht bezifferbar. Die Kosten für die Errichtung einer einzelnen Luftretungsstation belaufen sich unter Beachtung der Baukostensteigerung der letzten fünf Jahre (rd. 44% laut Destatis, vgl. Baupreisindizes – Neubau (konventionelle Bauart) von Wohn- und Nichtwohngebäuden einschließlich Umsatzsteuer, Werte – Gewerbliche Betriebsgebäude – Q I 2019: 113,9, Q 4 2023: 163,6, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Preise/bpr110.html#241648>) auf einen geschätzten Betrag von rund 4 000 000 Euro, der vom Land durch Markterkundung ermittelt wurde. Hinzu kommen Kosten für die Erschließung von Grundstück und Gebäude, die sich auf jeweils von den Gemeinden geschätzte Beträge von bis zu 500 000 Euro belaufen. Ob und in welcher Höhe die Kosten der Errichtung eines Luftrettungsstandorts gefördert werden, ist noch nicht entschieden. Die gesetzlichen Regelungen sind bewusst offen gefasst und begründen keinen Anspruch.

Sofern durch die Festlegung der Planungsfrist weitere Ausbildungskapazitäten bei Notfallsanitäterinnen und -sanitätern notwendig werden, ist mit zusätzlichen sächlichen Prüfungskosten zu rechnen, die aus den hierfür im Einzelplan 09 veranschlagten Haushaltsmitteln zu finanzieren wären. Der Umfang ist zurzeit noch nicht bezifferbar.

Mit dem Gesetzentwurf sind vonseiten des Landes keine zusätzlichen personellen Ressourcen verbunden.

E. Erfüllungsaufwand

Die Pflicht zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands ist ausgesetzt.

F. Nachhaltigkeits-Check

Der Gesetzentwurf schafft die Voraussetzungen, damit die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes als einem wichtigen Bestandteil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr auch künftig sichergestellt wird. Dies geschieht insbesondere durch die gesetzliche Verankerung neuer digitaler Instrumente wie dem Telenotärztlichen System oder dem Versorgungsnachweis. Diese kommen dem Wohl der Patientinnen und Patienten zugute, da das arztfreie Intervall verkürzt beziehungsweise die Zuweisung in eine geeignete Zielklinik optimiert werden kann. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten wird auch verbessert, indem ein Handlungsrahmen für die Delegation heilkundlicher – und damit grundsätzlich der Ärzteschaft vorbehalten – Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geschaffen wird. Die Qualität der Notfallversorgung der Bevölkerung wird durch die Gesetzesnovellierung gesichert und gesteigert.

G. Sonstige Kosten für Private

Keine.

**Staatsministerium
Baden-Württemberg
Ministerpräsident**

Stuttgart, 16. April 2024

An die
Präsidentin des Landtags
von Baden-Württemberg

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

als Anlage übersende ich Ihnen gemäß Artikel 59 Absatz 1 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg den von der Landesregierung beschlossenen Gesetzesentwurf zur Neufassung des Gesetzes über den Rettungsdienst. Ich bitte Sie, die Beschlussfassung des Landtags herbeizuführen. Die federführende Zuständigkeit liegt beim Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen, beteiligt sind das Ministerium für Finanzen, das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration.

Mit freundlichen Grüßen

Kretschmann
Ministerpräsident

Der Landtag wolle beschließen,
dem nachstehenden Gesetzentwurf seine Zustimmung zu erteilen:

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)

INHALTSÜBERSICHT

ERSTER ABSCHNITT

Aufgabe, Trägerschaft und Durchführung des Rettungsdienstes

- § 1 Aufgabe des Rettungsdienstes
- § 2 Begriffsbestimmungen
- § 3 Trägerschaft und Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Berg- und Wasser-Rettungsdienstes
- § 4 Trägerschaft und Durchführung des Luftrettungsdienstes
- § 5 Ärztliche Leitungen Rettungsdienst

ZWEITER ABSCHNITT

Organisation und Einrichtungen des Rettungsdienstes

- § 6 Planung
- § 7 Experimentierklausel
- § 8 Landesausschuss für den Rettungsdienst
- § 9 Zentrale Stelle für Qualitätssicherung
- § 10 Bereichsausschuss für den Rettungsdienst
- § 11 Integrierte Leitstelle, Aufgaben und Befugnisse
- § 12 Integrierte Leitstelle, Trägerschaft und personelle Ausstattung
- § 13 Integrierte Leitstelle, Zusammenarbeit mit anderen Stellen
- § 14 Rettungswache
- § 15 Rettungsmittel
- § 16 Besetzung von Rettungsfahrzeugen, Fortbildungspflichten, Kostenträgerschaft für die Ausbildung
- § 17 Ausnahmen von den Anforderungen hinsichtlich der Besetzung von Rettungsfahrzeugen und der jährlichen Fortbildungspflicht in besonderen Gesundheitslagen
- § 18 Ausnahmen von den Anforderungen hinsichtlich der Besetzung von Rettungsfahrzeugen bei einem Großschadensereignis
- § 19 Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten

- § 20 Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst
- § 21 Notärztliche Standortleitungen
- § 22 Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte sowie Organisatorische Leitung Rettungsdienst
- § 23 Helfer-vor-Ort-System
- § 24 Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer
- § 25 Technische Hilfe
- § 26 Besondere Bestimmungen für den Rettungsdienst in kommunaler Trägerschaft
- § 27 Gegenseitige Unterstützung
- § 28 Grenzüberschreitender Rettungsdienst

DRITTER ABSCHNITT

Genehmigungsverfahren

- § 29 Genehmigungspflicht
- § 30 Genehmigungsvoraussetzungen
- § 31 Umfang der Genehmigung, Anzeige der Betriebsaufnahme und Anzeige der Betriebsaufgabe
- § 32 Betriebsbereich
- § 33 Anwendung des Personenbeförderungsgesetzes
- § 34 Nebenbestimmungen
- § 35 Rücknahme und Widerruf der Genehmigung
- § 36 Genehmigungsbehörde

VIERTER ABSCHNITT

Pflichten der Unternehmerin oder des Unternehmers

- § 37 Betriebspflicht
- § 38 Beförderungspflicht
- § 39 Anwendung der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr

FÜNFTER ABSCHNITT

Finanzierung des Rettungsdienstes

- § 40 Öffentliche Förderung des Rettungsdienstes
- § 41 Öffentliche Förderung von Projekten zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes
- § 42 Sicherung der Zweckbindung der öffentlichen Förderung
- § 43 Benutzungsentgelte
- § 44 Kostenerstattung in besonderen Fällen

SECHSTER ABSCHNITT

Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienst

- § 45 Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen
- § 46 Besondere Bestimmungen über die Finanzierung des Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienstes

SIEBTER ABSCHNITT

Aufsicht, Datenschutz

- § 47 Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse und über die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1
- § 48 Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstellen
- § 49 Allgemeine Grundsätze für die Information über die Datenverarbeitung und für die Garantie zum Schutz personenbezogener Daten
- § 50 Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer
- § 51 Datenverarbeitung bei der Einbindung von Helfer-vor-Ort-Systemen und bei der Einbindung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern
- § 52 Datenverarbeitung durch die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte
- § 53 Datenverarbeitung durch die Zentrale Stelle nach § 9
- § 54 Datenverarbeitung durch die Bereichsausschüsse
- § 55 Datenverarbeitung durch die Aufsichtsbehörden und Genehmigungsbehörden
- § 56 Datenverarbeitung durch die Integrierten Leitstellen
- § 57 Datenspeicherung durch die Integrierten Leitstellen
- § 58 Datenverarbeitung beim Betrieb des Online-Portals nach § 9 Absatz 1 Nummer 2

ACHTER ABSCHNITT

Ordnungswidrigkeiten, Schlussvorschriften

- § 59 Ordnungswidrigkeiten
- § 60 Umsetzungsfrist
- § 61 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

ERSTER ABSCHNITT

Aufgabe, Trägerschaft und Durchführung
des Rettungsdienstes

§ 1

Aufgabe des Rettungsdienstes

(1) Aufgabe des Rettungsdienstes ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes zu sozial tragbaren Benutzungsentgelten.

(2) Gegenstand der Notfallrettung ist es, Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vor Ort zu versorgen, dabei insbesondere Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie erforderlichenfalls transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten.

(3) Gegenstand des Krankentransportes ist es, anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen nötigenfalls Erste Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern. Nicht zum Krankentransport gehört die Beförderung von kranken Personen, die, in der Regel nach ärztlicher Beurteilung, während der Beförderung keiner medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen (Krankenfahrten).

§ 2

Begriffsbestimmungen

Im Sinne des Rettungsdienstgesetzes bezeichnen

1. „Rettungsdienst“ sowohl die Aufgabe als auch die Institution Rettungsdienst;
2. „Einrichtungen des Rettungsdienstes“ die technischen, baulichen und sonstigen stationären Anlagen sowie die Fahrzeuge des Rettungsdienstes samt deren personeller Besetzung, die für die Durchführung des Rettungsdienstes notwendig sind;
3. „Kostenträger“ die Trägerinnen und Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie die Trägerinnen und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung;
4. „Leistungsträger“ alle Organisationen und sonstigen Stellen, mit denen das Innenministerium auf Landesebene Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes geschlossen hat; sofern die Leistungsträger dazu ihrerseits innerhalb eines Rettungsdienstbereiches auf kommunaler Ebene Kooperationsvereinbarungen mit anderen Stellen schließen, werden diese anderen Stellen Leistungsträger innerhalb des jeweiligen Rettungsdienstbereiches;

5. „Leistungserbringer“ alle Leistungsträger nach Nummer 4 und alle Dienstleister, einschließlich der Unternehmen mit Genehmigungen zur Durchführung des Krankentransportes sowie der bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418), die Leistungen für die Versicherten erbringen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung, (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung;
6. „Beteiligte am Rettungsdienst“ alle Personen oder Stellen, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, insbesondere Bereichsausschüsse, Kostenträger, Leistungsträger, die Integrierten Leitstellen, Leistungserbringer, Notärztinnen und Notärzte und deren Anstellungsträger sowie die Zentrale Stelle nach § 9;
7. „bodengebundener Rettungsdienst“ in Abgrenzung zum „Luftrettungsdienst“ nach Nummer 8 und zu den „Sonderrettungsdiensten“ nach Nummer 9 die Notfallrettung und den Krankentransport mithilfe der für den bodengebundenen Rettungsdienst festgelegten Kraftfahrzeuge;
8. „Luftrettungsdienst“ die Notfallrettung mithilfe der für die Luftrettung festgelegten Luftfahrzeuge;
9. „Sonderrettungsdienste“ den Berg- und den Wasserrettungsdienst;
10. „Rettungsdienstpersonal“ das gesamte haupt- und nebenberuflich sowie ehrenamtlich im Rettungsdienst tätige Personal, Rettungshelferinnen und Rettungshelfer, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, einschließlich der Notärztinnen und Notärzte sowie der Telenotärztinnen und Telenotärzte;
11. „Notarztstandort“ eine Einrichtung des Rettungsdienstes, an der das Notarzteinsatzfahrzeug und das nach § 16 Absatz 1 Satz 3 und 4 vorgeschriebene Personal zu den im Bereichsplan bestimmten Einsatzzeiten vorgehalten werden und von der aus sie gemeinsam ausrücken;
12. „Qualitätssicherung“ alle Maßnahmen und Vorgaben, die geeignet sind, die Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung vom Eingang des Notrufs beziehungsweise Hilfeersuchens in der Integrierten Leitstelle über die Anfahrt des Rettungsmittels und die Patientenversorgung am Notfallort bis hin zur Ankunft und Übergabe zur weiteren Versorgung im Zielkrankenhaus anhand von definierten Datensätzen oder sonstigen Indikatoren sichtbar zu machen und die auf die Gewährleistung, Weiterentwicklung und

stetige Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung abzielen;

13. „Trägerübergreifende Qualitätssicherung“ die Qualitätssicherung im Sinne der Nummer 12, die durch die Zentrale Stelle nach § 9 im Hinblick auf die Beteiligten des Rettungsdienstes im Sinne der Nummer 6 erfolgt;
14. „Digitaler Versorgungsnachweis“ eine schnittstellenoffene digitale Plattform, über die Integrierte Leitstellen, Einsatzmittel des Rettungsdienstes und aufnehmende Krankenhäuser verknüpft sind und in der die aktuellen Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser eingesehen sowie mit deren Hilfe die Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst anhand der aktuellen Versorgungskapazitäten direkt der geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung zugewiesen, angemeldet und die für die Weiterbehandlung erforderlichen Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können;
15. „Telenotärztliches System“ die Gesamtheit aller technischen Komponenten, die zur Echtzeitübertragung von Vitalparametern, Sprache und Bildmaterial sowie für die Kommunikation zwischen der Telenotärztlichen Zentrale und dem Rettungsdienstpersonal vor Ort eingesetzt werden sowie die hieran beteiligten Telenotärztinnen und Telenotärzte, soweit dieser Einsatz darauf abzielt,
 - a) Ferndiagnostik und Fernbehandlung durch die Telenotärztinnen und Telenotärzte in der Telenotärztlichen Zentrale sowie die medizinische Beratung und Unterstützung des im Einsatz befindlichen Rettungsdienstpersonals vor Ort,
 - b) die Delegation heilkundlicher Maßnahmen an die vor Ort befindlichen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter,
 - c) die Verkürzung des arztfreien Intervalls bis zum Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes vor Ort,
 - d) die Verkürzung der Bindezeiten und Verringerung der Einsatzzahlen notärztlich besetzter Rettungsmittel oder
 - e) die telemetrische sowie fernmündliche Begleitung von Primär- und Sekundäreinsätzenzu ermöglichen;
16. „Telenotärztliche Zentralen“ die Standorte der Arbeitsplätze der Telenotärztinnen und Telenotärzte an den durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegten Integrierten Leitstellen;
17. „Telenotärztinnen und Telenotärzte“ Notärztinnen und Notärzte, die mittels telemedizinischer Arbeitsplätze gemäß § 11 Absatz 9 und deren Verbindung zu den telemedizinischen Einrichtungen der Rettungswagen gemäß § 15 Absatz 1 fernmündlich unter anderem Behandlungsanweisungen und Verordnungen

gen aussprechen, Diagnosen stellen sowie Beratungen durchführen können.

18. „Primäreinsatz“ den Einsatz zur Versorgung von Patientinnen und Patienten am Notfallort, gegebenenfalls einschließlich des Transportes;
19. „Sekundäreinsatz“ den Einsatz zur Beförderung von bereits versorgten Patientinnen und Patienten von einer medizinischen Versorgungseinrichtung unter sachgerechter Betreuung, bei Bedarf auch notärztlich oder telenotärztlich begleitet, zu weiterführenden medizinischen Versorgungseinrichtungen oder zurück;
20. „Versorgungsbereich“ den einer Rettungswache oder einem Notarztstandort zugeordneten geografischen Planungsbereich; der Versorgungsbereich kann über die Grenzen eines Rettungsdienstbereiches hinausreichen;
21. „Rettungsdienstbereich“ die administrativ-normative Gliederung, der alle Einrichtungen des Rettungsdienstes, die sich auf einem durch die Verordnung nach § 6 Absatz 2 Satz 4 Nummer 5 festgelegten Gebiet befinden, zugeordnet sind.

§ 3

Trägerschaft und Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Berg- und Wasser-Rettungsdienstes

(1) Das Innenministerium schließt auf Landesebene mit dem Arbeiter-Samariter-Bund, dem Deutschen Roten Kreuz und seiner Bergwacht Württemberg, der Johanniter-Unfall-Hilfe und dem Malteser Hilfsdienst, ferner mit der Bergwacht Schwarzwald und der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes, soweit diese hierzu bereit und in der Lage sind.

(2) Bei Bedarf kann das Innenministerium auf Landesebene mit weiteren Stellen Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes schließen, soweit diese Stellen hierzu bereit und in der Lage sind. Weitere Stellen im Sinne des Satzes 1 können juristische Personen des privaten oder des öffentlichen Rechts sein. Juristische Personen des privaten Rechts kommen als weitere Stelle im Sinne des Satzes 1 dabei nur dann in Betracht, wenn es sich um gemeinnützige Organisationen handelt, die

1. einschließlich sämtlicher Eigentümerinnen und Eigentümer beziehungsweise Gesellschafterinnen und Gesellschafter als gemeinnützig anerkannt sind,
2. landesweit in erheblichem Umfang im Katastrophenschutz mitwirken,
3. über ehrenamtliche Strukturen erheblichen Ausmaßes verfügen und
4. ihre Ressourcen im Sinne des § 1 Absatz 1 dieses Gesetzes einbringen.

Bei der Auswahl und der Beauftragung weiterer Stellen mit der Wahrnehmung von Aufgaben der bodengebundenen Notfallrettung findet aufgrund § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen kein wettbewerbliches Vergabeverfahren statt.

(3) Die Notfallrettung wird von den in Absatz 1 und 2 genannten Leistungsträgern, mit denen das Innenministerium Vereinbarungen geschlossen hat, wahrgenommen. Die in Absatz 1 genannten Rettungsdienstorganisationen sollen bei Bedarf auf Bereichsebene Kooperationsvereinbarungen mit anderen Stellen abschließen. Diese werden dadurch Leistungsträger im jeweiligen Rettungsdienstbereich. Der Krankentransport wird von den Leistungsträgern nach Absatz 1 und von privaten Krankentransportunternehmen auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 29 durchgeführt. Die Wahrnehmung der Aufgabe der Hilfeleistung der Feuerwehr in der Wasserrettung auf der Grundlage von § 2 des Feuerwehrgesetzes bleibt unberührt.

(4) Soweit die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes nicht nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 3 sichergestellt ist, ist die ergänzende Versorgung Pflichtaufgabe der Landkreise und Stadtkreise. Sie sind in diesem Fall Leistungsträger im Sinne des Absatzes 1 und können sich zur Erfüllung dieser Aufgabe Dritter bedienen, soweit diese dazu bereit und in der Lage sind.

(5) Das Innenministerium stellt nach Anhörung der kommunalen Landesverbände fest, welche Landkreise und Stadtkreise, in denen die Durchführung des Rettungsdienstes nach Absatz 1 nicht sichergestellt ist, diese Aufgabe nach Absatz 4 wahrnehmen. Soweit durch die Übertragung der Aufgabe eine Ausgleichspflicht des Landes nach Artikel 71 Absatz 3 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg begründet wird, schließt das Land eine Vereinbarung mit den Landkreisen und Stadtkreisen über einen angemessenen Ausgleich.

§ 4

Trägerschaft und Durchführung des Luftrettungsdienstes

(1) Träger der Luftrettung ist das Land.

(2) Das Innenministerium beauftragt geeignete Unternehmen mit der Durchführung der Luftrettung an den nach § 6 Absatz 8 festgelegten Standorten. Mit Erteilung des Zuschlags werden die Unternehmen für den Zeitraum der Beauftragung Leistungsträger im Sinne des § 3 Absatz 1.

(3) Das Land kann dem mit der Durchführung der Luftrettung beauftragten Unternehmen die erforderliche Infrastruktur ganz oder teilweise zur Verfügung stellen. Das Land kann sich am Bau eines Standortes zur Durchführung der Luftrettung finanziell beteiligen.

§ 5

Ärztliche Leitungen Rettungsdienst

(1) In jedem Regierungspräsidium als obere Rechtsaufsichtsbehörde wird eine hauptamtliche Ärztliche Leitung Rettungsdienst mit dem Umfang mindestens eines Vollzeitäquivalents eingerichtet. Ein Regierungspräsidium richtet nach Festlegung des Innenministeriums zusätzlich eine hauptamtliche Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg im Umfang mindestens eines halben Vollzeitäquivalents mit einer landesweiten Vor-Ort-Zuständigkeit ein. Zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst nach Satz 1 und 2 kann nur bestellt werden, wer das Studium der Humanmedizin absolviert hat und eine ärztliche Approbation sowie eine abgeschlossene Facharztausbildung auf dem Gebiet der Anästhesiologie, der Inneren Medizin, der Chirurgie oder des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin besitzt.

(2) Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst nach Absatz 1 Satz 1 und 2 beraten bei medizinischen Fragestellungen die jeweiligen Regierungspräsidien beziehungsweise das Innenministerium sowie die Beteiligten am Rettungsdienst und wirken bei der Aufsicht sowie bei der Festlegung und Überwachung von medizinischen Standards für die Qualitätssicherung mit. Näheres zu den Aufgaben regelt das Innenministerium in der Rechtsverordnung nach § 6 Absatz 4 Satz 4.

(3) Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg nach Absatz 1 Satz 2 vertritt das Innenministerium bei medizinischen Fragestellungen in Fachgremien. Hierzu gehört auch die Vertretung in länderübergreifenden Fachgremien, die sich mit der Erarbeitung von Standardanweisungen und Behandlungspfaden für den Rettungsdienst nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätärgesetzes (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, befassen.

(4) Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sind Ansprech- und Beratungspersonen für die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst nach § 20. Die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst haben den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst im Rahmen ihrer Aufgaben Auskunft zu erteilen und sie zu unterstützen.

(5) Sofern es zur Qualitätssicherung oder im Interesse der Sicherstellung der Versorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten erforderlich ist, erhalten die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst nach Absatz 1 Satz 1 und 2 in begründeten Fällen Einblick in die Einsatzdokumentation. Die Einsichtnahme und ihre Gründe sind zu dokumentieren.

ZWEITER ABSCHNITT

Organisation und Einrichtungen des Rettungsdienstes

§ 6

Planung

(1) In der Notfallrettung ist für bestimmte Notfallkategorien bei der Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltungsstrukturen die Zeit

1. vom Einsatzannahmeende bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Notfallort an Straßen (Eintreffzeit) oder
2. vom Eingang der Notrufmeldung in der Leitstelle bis zur Ankunft der Patientin oder des Patienten in der nächstgelegenen für die Versorgung geeigneten Einrichtung (Prähospitalzeit)

maßgebend.

(2) Der Rettungsdienstplan nach Absatz 4 bestimmt, für welche Notfallkategorien und welches Rettungsmittel die Eintreff- oder Prähospitalzeit maßgebend ist. Als Zielerreichung ist planerisch für Einsätze, bei denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden

1. eine Eintreffzeit von nicht mehr als zwölf Minuten in 95 Prozent oder
2. für bestimmte Notfalleinsätze eine Prähospitalzeit von nicht mehr als 60 Minuten in 80 Prozent

jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen. Planungsrelevantes ersteintreffendes Rettungsmittel im Sinne von Absatz 1 ist der Rettungswagen. Das Eintreffen von Notarzteinsatzfahrzeug oder des Luftrettungsdienstes vor dem Rettungswagen am Notfallort beendet die Eintreffzeit. Zur Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltungsstrukturen notärztlich besetzter bodengebundener Rettungsmittel und für weitere versorgungsrelevante Einsatzkategorien können im Rettungsdienstplan nach Absatz 4 abweichend zu Satz 2 andere Zeitdauern und Zielerreichungsgrade festgelegt werden.

(3) Die Vorgaben zur Planung in Absatz 1 und 2 gelten nicht für die Vorhaltung zur Bewältigung eines Ereignisses mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie Betroffenen (Großschadensereignis), den Luftrettungsdienst, die Sonderrettungsdienste oder die Sekundäreinsätze.

(4) Das Innenministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen Rettungsdienstplan zu erlassen. Dieser wird im Benehmen mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst erstellt. Er legt die Grundzüge einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes fest. Im Rettungsdienstplan werden insbesondere konkretisierende Regelungen getroffen

1. zur Festlegung von Notfall- und Einsatzkategorien und den dabei jeweils anzustrebenden Zielen nach Absatz 1 und 2 für die bodengebundene Notfallrettung,

2. zur Berechnung und Erhebung der Frist nach Absatz 2 einschließlich der zugrunde zu legenden Berechnungsschemata,
3. zur Festlegung der Planungskriterien für das Notarzteinsatzfahrzeug und weiterer Rettungsmittelvorhaltungen in der bodengebundenen Notfallrettung, einschließlich der zugrunde zu legenden Berechnungsschemata,
4. zur Bedarfsbemessung der Sekundäreinsätze und der Transportvorhaltungen für Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen,
5. zur Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche,
6. zu den Anforderungen an die Rettungsmittel und zu deren personeller Besetzung,
7. zur Bestimmung weiterer Rettungsmittel und zu deren personeller Besetzung und Ausstattung sowie zur Bestimmung weiterer rettungsdienstlicher Versorgungskonzepte,
8. zur Einsatzindikation und Einsatzdisposition der Rettungsmittel sowie zur Einsatzdokumentation durch die Leistungserbringer, die Integrierten Leitstellen, die Notarztstandorte und die telenotärztlichen Zentralen,
9. zur Organisation und zur personellen Ausstattung der sonstigen Einrichtungen des Rettungsdienstes auf Landesebene und auf Bereichsebene, einschließlich der rettungsdienstlichen Gremien, des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstellen, der Leitstellen mit besonderen Aufgaben, der telenotärztlichen Einrichtungen, der Rettungswachen, der Standorte des Luftrettungsdienstes und der Einrichtungen der Sonderrettungsdienste,
10. zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich der dafür notwendigen Mitarbeit und der Beiträge der Leistungserbringer und Integrierten Leitstellen sowie der weiteren Beteiligten am Rettungsdienst, soweit sie zur Qualitätssicherung beitragen,
11. zu den Grundsätzen für Maßnahmen und Einsatzorganisation zur Bewältigung eines Großschadensereignisses,
12. zum bereichs- und grenzüberschreitenden Rettungsdienst,
13. zu den Qualifikationen und zur Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals, sowie
14. zum Genehmigungsverfahren für die Notfallrettung und den Krankentransport im Hinblick auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit und fachliche Eignung der antragstellenden Person als Unternehmerin oder Unternehmer beziehungsweise der geschäftsführenden Person sowie der Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes.
15. zu Art und Umfang der Kooperation des Rettungsdienstes mit anderen akut-medizinischen Versorgungssektoren.

(5) Die Verordnungsermächtigungen der § 16 Absatz 2 Satz 2, § 23 Absatz 2, § 29 Absatz 6 und § 30 Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(6) Der Bereichsausschuss für den Rettungsdienst (§ 10) erstellt vorbehaltlich anderweitiger landesrechtlicher Vorgaben einen Plan (Bereichsplan). Der Bereichsplan legt auf der Grundlage des Rettungsdienstplanes sowie der Ergebnisse der Analysen gemäß § 9 Absatz 1 und unter Beachtung der Frist nach Absatz 2 die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung erforderliche Zahl der Rettungswachen, die Standorte der Rettungswachen und die für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhaltungen sowie die jeweilige personelle und sächliche Ausstattung fest. Dabei ist der gesamte Einsatzablauf in die Planung einzubeziehen; die einzelnen Teilbereiche des Einsatzablaufs sind zu prüfen, mögliche Verbesserungen zur Verkürzung der Zeitintervalle zu ermitteln und Maßnahmen zur Umsetzung vorzusehen. Die nach § 8 Absatz 2 Satz 2 festgelegten bindenden Vorgaben für die Durchführung des Rettungsdienstes sind zu beachten. Darüber hinaus soll in den Bereichsplan für den Krankentransport die Zahl der nach § 29 zugelassenen Krankentransportwagen und ihre Betriebszeiten nachrichtlich aufgenommen werden.

(7) Die Bereichspläne sind jährlich zu überprüfen und bei notwendigen Änderungen zeitnah fortzuschreiben. Der Bereichsplan bedarf zur Wirksamkeit der Genehmigung durch die Rechtsaufsichtsbehörde. Eine Entscheidung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten zu treffen. Die Voraussetzungen der Genehmigung ergeben sich aus Absatz 6. Der wirksame Bereichsplan ist dem Landesauschuss für den Rettungsdienst über die zuständige Rechtsaufsichtsbehörde vorzulegen; er ist für die Leistungsträger und die Kostenträger verbindlich.

(8) Die Standorte der Luftrettungsstationen werden landesweit durch das Innenministerium festgelegt.

§ 7

Experimentierklausel

(1) Zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung oder der Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes dienen, kann das Innenministerium im Benehmen mit dem Landesauschuss für den Rettungsdienst unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen der §§ 49 bis 58 auf Antrag insbesondere Ausnahmen von den Vorgaben der § 14 Absatz 1, § 15 Absatz 1 bis 3, § 16 Absatz 1 bis 3 und § 45 Absatz 1, soweit dieser auf § 16 Absatz 2 verweist, sowie von den Vorgaben der nach § 6 Absatz 4 und der nach § 23 Absatz 2 erlassenen Verordnungen zulassen, wenn die grundsätzliche Erfüllung des gesetzlichen Auftrages nach § 1 sichergestellt ist. Wenn die Ausnahmen Auswirkungen auf die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter haben, ist das Einvernehmen mit dem Sozialministerium herzustellen.

(2) Zur Antragstellung berechtigt sind die Mitglieder des Landesauschusses für den Rettungsdienst und die be-

standsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) sowie in Kooperation mit diesen auch universitäre Einrichtungen, zu deren Spektrum die notfallmedizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten in Klinik, Forschung und Lehre gehört. In dem Antrag ist darzulegen, für welches Erprobungsvorhaben die Ausnahme beantragt wird, von welchen Vorschriften abgewichen werden soll und zu welchem Zweck die Abweichung beantragt wird.

(3) Die Ausnahmen sind 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) Hat das Innenministerium eine Zulassung erteilt, hat die oder der Antragstellende die Durchführung des Erprobungsvorhabens aufgrund der Grundlage der durch den Landesausschuss für das Rettungswesen abgestimmten Kriterien zu dokumentieren und zu evaluieren. Über das Ergebnis ist im Landesausschuss für den Rettungsdienst zu berichten.

§ 8

Landesausschuss für den Rettungsdienst

(1) Es wird ein Landesausschuss für den Rettungsdienst gebildet. Ihm gehören eine Vertreterin oder ein Vertreter des Innenministeriums und zehn Vertreterinnen oder Vertreter der Leistungsträger im Sinne des § 3 Absatz 1 oder § 4 sowie zehn Vertreterinnen oder Vertreter der Kostenträger an, wobei jeder Leistungsträger im Sinne des § 3 Absatz 1 mindestens ein Stimmrecht erhält. Die Aufteilung der weiteren Stimmrechte der Leistungsträger hat sich an der Verteilung der Vorhaltungen zu orientieren. Die Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsträger und der Kostenträger werden auf Vorschlag ihrer Landesverbände vom Innenministerium berufen. Darüber hinaus gehören dem Landesausschuss für den Rettungsdienst mit beratender Stimme eine Vertreterin oder ein Vertreter des Sozialministeriums, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Zentralen Stelle nach § 9, der kommunalen Landesverbände sowie die oder der Landes-Behindertenbeauftragte an. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst oder das Innenministerium kann weitere sachkundige Personen als beratende Mitglieder berufen.

(2) Dem Landesausschuss für den Rettungsdienst obliegt die Beratung der wesentlichen Angelegenheiten des Rettungsdienstes. Er legt für alle am Rettungsdienst Beteiligten bindende Vorgaben insbesondere für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes und für die Struktur der Benutzungsentgelte sowie für die einheitliche Dokumentation fest. Die Vorgaben sind durch das Innenministerium in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben, insbesondere zur landesweiten Planung der bodengebundenen Notfallrettung aufgrund § 6, kann er deren Strukturen durch Sachverständige auf Bedarfs-

gerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfen lassen. Begutachtungen und Maßnahmen nach § 10 Absatz 3 Satz 2 können durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst für den Zeitraum der landesweiten Begutachtung und deren Umsetzung ausgesetzt werden.

(3) Der Landesausschuss für den Rettungsdienst gibt sich eine Geschäftsordnung. Den Vorsitz hat die Vertreterin oder der Vertreter des Innenministeriums. Die oder der Vorsitzende muss Beschlüssen des Landesausschusses für den Rettungsdienst widersprechen, wenn sie oder er der Auffassung ist, dass sie rechtswidrig sind. Der Widerspruch muss unverzüglich, spätestens jedoch binnen einer Woche nach Beschlussfassung gegenüber den Mitgliedern des Landesausschusses für den Rettungsdienst ausgesprochen werden. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Der Widerspruch ist gegenüber den Mitgliedern des Landesausschusses für den Rettungsdienst innerhalb eines Monats schriftlich oder elektronisch zu begründen und zu übermitteln. Der Beschluss ist endgültig gescheitert, sobald allen Mitgliedern des Landesausschusses für den Rettungsdienst die schriftliche oder elektronische Begründung zugegangen ist. Für den Zugang gilt § 41 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

§ 9

Zentrale Stelle für Qualitätssicherung

(1) Der Landesausschuss für den Rettungsdienst bestimmt eine zentrale Stelle für die trägerübergreifende Qualitätssicherung. Um die trägerübergreifende Qualitätssicherung zu gewährleisten, nimmt sie insbesondere folgende Aufgaben wahr:

1. regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess- sowie der Ergebnisqualität einschließlich der Indikationsqualität des Rettungsdienstes anhand standardisiert übermittelter Datensätze,
2. Einrichtung und Betrieb eines Online-Portals, in das die Analyseergebnisse eingestellt werden
3. Erstellung eines jährlichen Qualitätsberichtes und
4. Sonderauswertungen zu rettungsdienstlichen Fragestellungen nach Abstimmung mit dem Beirat der Zentralen Stelle nach Satz 1, dem Landesausschuss für den Rettungsdienst oder einer seiner Arbeitsgruppen

Weitere Aufgaben im Hinblick auf Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung sowie der dafür zugrundeliegenden Prozesse und die hierfür erforderliche Beauftragung durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst werden in der Verordnung nach § 6 Absatz 4 festgelegt.

(2) Die Ziele der trägerübergreifenden Qualitätssicherung werden vom Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt.

(3) Auf die über das Online-Portal nach Absatz 1 Nummer 2 bereitgestellten Analyseergebnisse dürfen im jeweils zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Umfang gemäß § 58 zugreifen

1. das Innenministerium, die Regierungspräsidien, die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit,
2. die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst bei den Regierungspräsidien nach § 5 Absatz 2 Satz 1 und 2,
3. die Bereichsausschüsse,
4. die Landesverbände der Leistungsträger sowie die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418), soweit sie Aufgaben des Rettungsdienstes wahrnehmen,
5. die Untergliederungen der Leistungsträger nach § 3 Absatz 1, soweit sie Aufgaben des Rettungsdienstes wahrnehmen und weitere Stellen nach § 3 Absatz 2, mit denen das Innenministerium Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes geschlossen hat,
6. die Mitglieder des Beirats der Zentralen Stelle nach Absatz 1,
7. die Leitungen des rettungsdienstlichen Teils der integrierten Leitstellen,
8. die Leitenden Notarztärztinnen und Notärzte der Rettungsdienstbereiche im Sinne des § 10 Absatz 1 Satz 4,
9. die Notärztlichen Standortleitungen und
10. die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst.

Die Zentrale Stelle nach Absatz 1 stellt sicher, dass die Zugriffe auf das Online-Portal protokolliert werden.

(4) Die am Rettungsdienst Beteiligten sind verpflichtet, an der Qualitätssicherung im Rettungsdienst mitzuwirken. Insbesondere sind

1. die Durchführung der Einsätze im Rettungsdienst und deren Abwicklung vollständig zu dokumentieren und in dem von der Zentralen Stelle nach Absatz 1 in Abstimmung mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst vorgegebenen landeseinheitlichen Format in der in der Rechtsverordnung nach § 6 Absatz 4 vorgegebenen Frist elektronisch an die Zentrale Stelle nach Absatz 1 zur Datenverarbeitung gemäß § 53 zu übermitteln,
2. die am Rettungsdienst Beteiligten gegenüber der Zentralen Stelle nach Absatz 1 auskunftspflichtig, soweit dies für die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlich ist und
3. die am Rettungsdienst Beteiligten verpflichtet, an vorgegebenen Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen.

§ 10

Bereichsausschuss für den Rettungsdienst

(1) Im Rettungsdienstbereich wird ein Bereichsausschuss für den Rettungsdienst (Bereichsausschuss) gebildet. Ihm gehören eine gleiche Zahl von stimmberechtigten Vertreterinnen oder Vertretern der Leistungsträger

und der Kostenträger im Rettungsdienstbereich, höchstens je sieben Vertreterinnen oder Vertreter, an. Ferner haben die Leistungsträger im Rettungsdienstbereich, die nicht mit stimmberechtigten Mitgliedern vertreten sind, das Recht, mit einer Vertreterin oder einem Vertreter an den Sitzungen des Bereichsausschusses beratend teilzunehmen. Darüber hinaus sollen dem Bereichsausschuss mit beratender Stimme eine Vertreterin oder ein Vertreter des Stadt- oder Landkreises, eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst des zuständigen Regierungspräsidiums, eine Vertreterin oder ein Vertreter der Feuerwehr, eine Notärztliche Standortleitung sowie eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt des Rettungsdienstbereiches, eine Vertreterin oder ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser angehören. Bei Bedarf können weitere sachverständige Personen auf Beschluss des Bereichsausschusses zu den Beratungen hinzugezogen werden.

(2) Die stimmberechtigten Mitglieder werden von den einzelnen örtlichen Leistungsträgern und Kostenträgern vorgeschlagen. Die Vertreterin oder der Vertreter des Stadtkreises oder Landkreises, der Feuerwehr und die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt werden vom Stadtkreis oder Landkreis vorgeschlagen. Die notärztliche Standortleitung wird einvernehmlich von den Trägerinnen und Trägern der Notarztstellung und die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenhäuser wird einvernehmlich von den Krankenhäusern im Rettungsdienstbereich vorgeschlagen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die Vertreterinnen oder Vertreter vom Stadtkreis oder Landkreis vorgeschlagen. Die Vertreterin oder der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung wird von dieser vorgeschlagen. Die Landrätin oder der Landrat des Landkreises oder die Oberbürgermeisterin oder der Oberbürgermeister des Stadtkreises beruft die Mitglieder. Umfasst der Rettungsdienstbereich mehr als einen Landkreis oder Stadtkreis, entscheiden die jeweiligen Landrätinnen und Landräte oder Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister gemeinsam. Kommt eine gemeinsame Entscheidung nicht zustande, entscheidet das Regierungspräsidium. Wenn die zulässige Maximalanzahl an Sitzen nicht ausreicht, haben die Landrätin oder der Landrat oder die Oberbürgermeisterin oder der Oberbürgermeister eine Auswahlentscheidung zu treffen, wie die Stimmrechte aufgeteilt werden können. Dabei ist jeder Leistungsträger der Notfallrettung nach § 3 Absatz 1 mit Ausnahme der Sonderrettungsdienste mit mindestens einem stimmberechtigten Sitz zu berücksichtigen, soweit er in dem jeweiligen Rettungsdienstbereich Aufgaben der Notfallrettung wahrnimmt. Satz 10 gilt auch für bestandsgeschützte Unternehmen nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) bezüglich der bis zu diesem Stichtag übernommenen Vorhaltungen. Die weitere Aufteilung der Stimmrechte der Leistungsträger hat sich an den aktuellen Vorhaltungen zu orientieren. Ergeben sich grundlegende Änderungen an den übernommenen Vorhaltungen, hat die zur Entscheidung berufene Person beziehungsweise das Regierungspräsidium eine Auswahlentscheidung über die Neuzuteilung aller Stimmrechte der Leistungsträger zu treffen. Eine grundlegende Änderung an den übernom-

menen Vorhaltungen liegt in der Regel vor, wenn sich bei einem Leistungsträger Änderungen bei den übernommenen Vorhaltungen ergeben, die bezogen auf die Personenstunden einen Wert von 10 Prozent der Gesamtvorhaltungen im Rettungsdienstbereich überschreiten. Sowohl stimmberechtigte als auch nichtstimmberechtigte Mitglieder haben das Recht, an den Sitzungen des Bereichsausschusses teilzunehmen.

(3) Dem Bereichsausschuss obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des bodengebundenen Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich sowie deren Regelung insbesondere der Aufgaben nach § 6 Absatz 6 und 7 sowie § 10 Absatz 4, der planerischen Sicherstellung der notärztlichen Versorgung einschließlich der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten nach § 19 und der Bestimmung der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst nach § 22. Auf Antrag eines Leistungs- oder Kostenträgers ist die Durchführung der Notfallrettung in einem Rettungsdienstbereich durch Sachverständige auf Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen, sofern der Bereichsausschuss oder alle Vertreterinnen und Vertreter jeweils der Kostenträger oder der Leistungsträger zugestimmt haben. Für den Zeitraum, in dem neue Versorgungskonzepte im Sinne des § 7 erprobt werden, sollen Überprüfungen nach Satz 2 grundsätzlich nicht erfolgen.

(4) Sofern sich durch die Ausweisung eines rettungsdienstbereichsübergreifenden Versorgungsbereichs eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Vorhaltung erreichen lässt, haben die betroffenen Bereichsausschüsse gemeinsame Versorgungsbereiche einzurichten und die dortigen Vorhaltungen festzulegen. Die Einrichtung von gemeinsamen Versorgungsbereichen ist in den Bereichsplänen auszuweisen. Die Verantwortlichkeit obliegt dem Bereichsausschuss des Rettungsdienstbereichs, in dem die Vorhaltung gelegen ist.

(5) Der Bereichsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung. Sitzungen des Bereichsausschusses finden mindestens zwei Mal jährlich statt. Die Beschlüsse des Bereichsausschusses werden mit einfacher Mehrheit gefasst und wie der Bereichsplan in geeigneter Weise veröffentlicht. Die oder der Vorsitzende vertritt den Bereichsausschuss gerichtlich und außergerichtlich. Sie oder er kann zur Unterstützung Sachverständige hinzuziehen; dabei entstehende Kosten sind Kosten des Bereichsausschusses.

(6) Der Bereichsausschuss ist im Sinne von § 61 Nummer 3 der Verwaltungsgerichtsordnung fähig, an Verwaltungsgerichtsverfahren beteiligt zu sein. Widerspruch und Anfechtungsklage sind gegen den Bereichsausschuss zu richten.

(7) Die Kosten des Bereichsausschusses sind Kosten des Rettungsdienstes.

§ 11

Integrierte Leitstelle, Aufgaben und Befugnisse

(1) Die Integrierten Leitstellen haben die Aufgabe, alle Notrufe, Notfallmeldungen, Krankentransportanforderungen, sonstige Hilfeersuchen und Informationen zum Rettungsdienst in ihrem Zuständigkeitsbereich entgegen-

zunehmen und zu bearbeiten. Notrufe für Feuerwehr und Rettungsdienst werden über die Notrufnummer 112 und über das bundesweite Notruf-App-System „nora“ entgegengenommen und auf Basis einer landesweit einheitlichen Systematik abgefragt. Die Integrierten Leitstellen unterstützen die Hilfesuchenden bei der Durchführung von Erstmaßnahmen einschließlich von Erste-Hilfe-Maßnahmen, insbesondere Reanimation und Selbsthilfemaßnahmen.

(2) Spätestens ab dem 28. Juni 2027 ist für die Beantwortung eingehender Notrufe an die Notrufnummer 112 derselbe Kommunikationsweg wie für den Eingang zu verwenden.

(3) Die Integrierten Leitstellen lenken alle Einsätze der Notfallrettung und des Krankentransportes im jeweiligen Zuständigkeitsbereich und disponieren und alarmieren die erforderlichen Einsatzmittel und -kräfte und sind insoweit hoheitlich tätig. Der Träger des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstelle stellt sicher, dass dabei im Krankentransport alle Leistungserbringer gleichbehandelt werden.

(4) Darüber hinaus unterstützen die Integrierten Leitstellen alle eingesetzten Kräfte bei der Nachforderung und Nachführung von Einsatzmitteln und -kräften sowie bei der Informationsgewinnung, Lagedarstellung und Ressourcenabfrage. Bei der Nachforderung und Nachführung von Einsatzmitteln und -kräften wird die Integrierte Leitstelle hoheitlich tätig.

(5) Die Integrierte Leitstelle erhebt für die Vermittlung von Einsätzen in der Notfallrettung und im Krankentransport Entgelte bei den Leistungserbringern. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Entgelte innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Rechnungsstellung (Zahlungsfrist) an die Leitstellen abzuführen. Nach Ablauf der Zahlungsfrist kommt der Leistungserbringer nach § 286 BGB in Verzug. Die Entgelte werden vom Bereichsausschuss jährlich festgelegt. § 43 Absatz 5 gilt entsprechend.

(6) Zur ständigen aktuellen Information der Integrierten Leitstellen, des Rettungsdienstes und der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser wird ein landesweit einheitlicher digitaler Versorgungsnachweis geführt. Beteiligte Krankenhäuser sind die an der Notfallversorgung entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmenden oder durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zur Teilnahme an der Notfallversorgung bestimmten Krankenhäuser. Diese sind verpflichtet, ihre Kapazitäten im Versorgungsnachweis zu erfassen und ständig aktuell zu halten. Die in Satz 1 genannten Stellen erhalten so die Möglichkeit, unmittelbar auf diese Informationen zuzugreifen und diese bei der Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Patientinnen und Patienten werden über den digitalen Versorgungsnachweis direkt im Zielkrankenhaus angemeldet. Die Pflicht zur Aufnahme und Versorgung nach dem Landeskrankenhausgesetz in seiner jeweils aktuellen Fassung bleibt unberührt. Andere zur Versorgung geeignete Stellen können mitwirken.

(7) Die Integrierten Leitstellen können zur Lenkung der Einsätze den im Rettungsdienst tätigen Personen Weisungen erteilen, nicht jedoch während des Einsatzes in medizinischen Angelegenheiten. Soweit die Integrierten Leitstellen Weisungen erteilen, sind sie hoheitlich tätig.

(8) Eine Integrierte Leitstelle kann im Einvernehmen zwischen beiden Trägern entscheiden, weitere Aufgaben zu übernehmen, sofern die Erledigung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bis 3 sowie Absatz 5 und 6 nicht beeinträchtigt wird und die Kostenerstattung für zusätzliches Personal und die notwendige Technik durch eine Vereinbarung mit der Auftraggeberin oder dem Auftraggeber gesichert ist. Die Vereinbarkeit mit den Aufgaben nach Absatz 1 bis 3 sowie Absatz 5 und 6 muss dem zuständigen Regierungspräsidium als Aufsichtsbehörde schriftlich oder elektronisch nachgewiesen werden.

(9) Für überregionale oder spezielle Aufgaben kann das Innenministerium die Einrichtung besonderer Leitstellen festlegen oder diese Aufgaben auf bestehende Integrierte Leitstellen übertragen. Hierzu gehört auch die Einrichtung von Telenotärztlichen Zentralen und den darin enthaltenen telemedizinischen Arbeitsplätzen. Das Innenministerium wird ermächtigt, Einzelheiten zur Zuständigkeit, Aufgabenstellung und zu den Befugnissen besonderer Leitstellen und der Übertragung von überregionalen oder speziellen Aufgaben auf bestehende Integrierte Leitstellen durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 12

Integrierte Leitstelle, Trägerschaft und personelle Ausstattung

(1) Leitstellen sind für Feuerwehr und Rettungsdienst als Integrierte Leitstellen in gemeinsamer Trägerschaft so einzurichten und so zu betreiben, dass die Aufgabenerfüllung jederzeit gewährleistet ist. In einer gemeinsamen vertraglichen Vereinbarung der Leitstellenträger sind insbesondere Standort, Kostenaufteilung und Leistungsumfang festzulegen. Die Vereinbarung nach Satz 2 bedarf der Zustimmung des Bereichsausschusses im Rettungsdienstbereich.

(2) Die Integrierten Leitstellen müssen während ihrer Betriebszeit jederzeit einsatzbereit und bedarfsgerecht mit qualifiziertem Personal ausgestattet sein. Die Bedarfsgerechtigkeit der Personalausstattung der Integrierten Leitstellen ist alle zwei Jahre zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Das Ergebnis der Prüfung und die daraus folgenden Änderungen sind der zuständigen Fachaufsichtsbehörde mitzuteilen.

§ 13

Integrierte Leitstelle, Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Die Integrierten Leitstellen arbeiten zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit benachbarten Integrierten Leitstellen, den besonderen und den mit überregionalen oder speziellen Aufgaben beauftragten bestehenden Integrierten Leitstellen nach § 11 Absatz 8, den Feuerwehren, den Leistungserbringern und den im Bevölkerungsschutz tä-

tigen Hilfsorganisationen, der Polizei, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Krankenhäusern, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, den Katastrophenschutzbehörden, den Einrichtungen des Digitalfunks BOS, den weiteren Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie mit sonstigen in der Notfall- und Akutversorgung tätigen Stellen und Kräften zusammen. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sollte auch mittels einer wechselseitigen digitalen Fallübergabe auf Basis eines abgestimmten Ersteinschätzungsverfahrens erfolgen.

§ 14

Rettungswache

(1) Die Rettungswache hält die nach dem Bereichsplan erforderlichen Rettungsmittel und das notwendige Personal einsatzbereit.

(2) Die Krankenhausträger sind auf Verlangen derjenigen, die den Rettungsdienst durchführen, verpflichtet, vor dem Neu- oder Erweiterungsbau von Krankenhäusern zu prüfen, ob feste Einrichtungen des Rettungsdienstes vorgesehen werden können.

§ 15

Rettungsmittel

(1) Für die Notfallrettung und den Krankentransport sind Krankenkraftwagen und Notarzteinsatzfahrzeuge als Rettungsfahrzeuge einzusetzen. Krankenkraftwagen sind Fahrzeuge, die für Notfallrettung (Rettungswagen mit und ohne telemedizinische Ausstattung) oder Krankentransport (Krankentransportwagen) besonders eingerichtet und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind. Notarzteinsatzfahrzeuge sind Fahrzeuge, die der schnellen Heranführung der Notärztin oder des Notarztes dienen, dafür besonders eingerichtet und im Fahrzeugschein als Notarzteinsatzfahrzeuge anerkannt sind. Die Bestimmungen der §§ 45 und 46 bleiben unberührt.

(2) Rettungstransporthubschrauber sind Hubschrauber, die ergänzend zum bodengebundenen Rettungsdienst insbesondere in der Notfallrettung nach § 1 Absatz 2 zum Einsatz kommen, sowie für Primär- oder Sekundäreinsätze eingesetzt werden. Sie kommen insbesondere dann zum Einsatz, wenn ein umgehender luftgebundener Transport von Patientinnen und Patienten in eine geeignete medizinische Versorgungseinrichtung erforderlich ist. Die luftfahrtrechtlichen Vorschriften sind zu erfüllen.

(3) Im Rettungsdienstplan kann die Ausstattung und der Einsatz weiterer Fahrzeuge geregelt werden.

(4) Die Rettungsmittel müssen den jeweils anerkannten Regeln der Technik und dem Stand der Notfallmedizin entsprechen.

§ 16

*Besetzung von Rettungsfahrzeugen,
Fortbildungspflichten, Kostenträgerschaft
für die Ausbildung*

(1) Krankenkraftwagen und Notarzteinsatzfahrzeuge sind im Einsatz mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen. Rettungswagen sind mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten zu besetzen; als Fahrerin oder Fahrer und zweite Person fachlich geeignet ist, wer mindestens als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter ausgebildet worden ist. Bei Vorliegen besonderer Gründe ist im Einzelfall die Besetzung des Rettungswagens mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten bis zum 31. Dezember 2025 zulässig. Notarzteinsatzfahrzeuge sind mit einer Ärztin oder einem Arzt mit der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg oder einer von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannten vergleichbaren Qualifikation (Notärztin oder Notarzt) zu besetzen. Die zweite Person muss Rettungsassistentin oder Rettungsassistent oder Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter sein. Rettungstransporthubschrauber sind neben dem fliegerischen Personal entsprechend Satz 4 und 5 zu besetzen. Das mitfliegende medizinische Personal muss in die relevanten flugtechnischen Vorschriften eingewiesen sein.

(2) Beim Krankentransport hat mindestens eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter die Patientin oder den Patienten zu betreuen; die zweite Person muss mindestens Rettungshelferin oder Rettungshelfer sein. Das Innenministerium wird ermächtigt, die Ausbildung und Prüfung der Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie der Rettungshelferinnen und der Rettungshelfer durch Rechtsverordnung zu regeln. Die Rechtsverordnung soll insbesondere Bestimmungen über Zugangsvoraussetzungen, Inhalt, Dauer und Durchführung der Ausbildung, die Zulassung zur Prüfung, den Prüfungsausschuss, das Prüfungsverfahren, Folgen des Nichtbestehens, Wiederholungsmöglichkeiten sowie die Ausstellung von Zeugnissen enthalten.

(3) Das im Rettungsdienst sowie in der Integrierten Leitstelle eingesetzte Personal hat jährlich an einer aufgabenbezogenen Fortbildung im Umfang von mindestens 30 Stunden teilzunehmen. Bei Vorliegen umfangreicher, wesentlicher und grundsätzlicher Fortbildungsthemen kann der Landesausschuss für den Rettungsdienst diese Stundenzahl für jeweils einen Jahreszeitraum anheben. Die Fortbildung hat sich darauf zu richten, dass das Personal den jeweils aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht wird.

(4) Die Kosten der Ausbildung und der weiteren Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind Kosten des Rettungsdienstes. Der voraussichtliche Bedarf an Ausbildungsplätzen ist durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst regelmäßig an das Regierungspräsidium Karlsruhe zu übermitteln.

§ 17

*Ausnahmen von den Anforderungen hinsichtlich
der Besetzung von Rettungsfahrzeugen und
der jährlichen Fortbildungspflicht in
besonderen Gesundheitslagen*

(1) Sofern in besonderen Gesundheitslagen, wie insbesondere in einer Pandemie, mit erheblichen Personalausfällen zu rechnen und zu befürchten ist, dass durch diese erheblichen Personalausfälle die Einsatzfähigkeit des Rettungsdienstes gefährdet wird, kann das Innenministerium auf Antrag von mindestens zwei Leistungsträgern nach § 2 Absatz 1 oder bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) insbesondere folgende Ausnahmen von den in § 16 genannten Anforderungen an die Qualifikation des Personals und von der in § 16 Absatz 3 genannten jährlichen Fortbildungspflicht zulassen:

1. In Abweichung zu § 16 Absatz 1 Satz 5 kann zugelassen werden, Notarzteinsetzfahrzeuge kurzfristig im Einzelfall mit erfahrenen Rettungsanwärtinnen oder Rettungsanwärtlern als Fahrerinnen oder Fahrern zu besetzen; als Fahrerinnen oder Fahrer können auch sich in der Ausbildung befindliche Notfallsanwärtinnen oder Notfallsanwärtler ab dem zweiten Ausbildungsjahr zugelassen werden, sofern sie über eine abgeschlossene Ausbildung zur Rettungsanwärtlerin oder zum Rettungsanwärtler oder zur Rettungshelferin oder zum Rettungshelfer verfügen, der Einsatz freiwillig erfolgt und das für die Ausbildung zuständige Referat des Regierungspräsidiums Karlsruhe zustimmt;
2. in Abweichung zu § 16 Absatz 1 Satz 3 kann zugelassen werden, Rettungsassistentinnen oder Rettungsassistenten auch ohne das Vorliegen besonderer Gründe als verantwortliche Person zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten auf dem Rettungswagen einzusetzen;
3. es kann bestimmt werden, dass die in Nummer 1 und 2 genannten Anforderungen an die Qualifikation und Eignung auch dann als erfüllt gelten, wenn es sich bei dem eingesetzten Personal um ehrenamtliche oder ehemalige Mitarbeitende handelt, sofern für sie ein Versicherungsschutz gewährleistet ist und ihre letzte Fortbildung nach § 16 Absatz 3 nicht länger als zwei Jahre zurückliegt;
4. in Abweichung zu § 16 Absatz 3 kann eine Reduzierung oder Aussetzung der jährlichen Fortbildungspflicht zugelassen werden.

(2) Der Antrag ist schriftlich oder elektronisch zu stellen und zu begründen.

(3) Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen, kann das Innenministerium dem Antrag nach Absatz 2 stattgeben. Das Innenministerium hebt seine Entscheidung wieder auf, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Die Ausnahmen nach Satz 1 gelten als nach Satz 2 aufgehoben, sofern das Innenministerium nicht auf Antrag beider Antragstellerinnen oder Antragsteller spätestens sechs Monate nach der Feststellung

nach Satz 1 das Fortbestehen der Voraussetzungen der Ausnahme feststellt. Dies gilt entsprechend, sofern das Innenministerium nicht spätestens sechs Monate nach der Entscheidung nach Satz 3 das Fortbestehen der Ausnahme erneut feststellt.

(4) Die Entscheidung des Innenministeriums ist unverzüglich dem Landesausschuss für den Rettungsdienst und den Aufsichtsbehörden zur Kenntnis zu geben. Bei einer stattgebenden Entscheidung stellt das Innenministerium dabei gegenüber den weiteren Leistungserbringern fest, dass für diese ebenfalls die jeweiligen Ausnahmen gelten.

(5) Innerhalb der Geltungszeit der zugelassenen Ausnahmen melden die Leistungserbringer auf Landesebene dem Innenministerium monatlich und rettungsdienstbereichsbezogen, in welchem Umfang von den Ausnahmen Gebrauch gemacht wurde. Die Meldung ist zwei Wochen nach dem Ende des jeweiligen Monats zu übermitteln.

§ 18

Ausnahmen von den Anforderungen hinsichtlich der Besetzung von Rettungsfahrzeugen bei einem Großschadensereignis

Bei einem Großschadensereignis gelten die in § 17 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Ausnahmen automatisch, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf. § 17 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die Meldung ist binnen eines Monats nach dem Abschluss des Notfalls zu übermitteln.

§ 19

Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten

(1) Im Rettungsdienst wirken geeignete Ärztinnen und Ärzte mit. Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt. Die Krankenhausträger sind verpflichtet, Ärztinnen und Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen; der Bereichsausschuss kann hierzu unbeschadet der Regelungen in Absatz 4 durch Verwaltungsakt Anordnungen treffen. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung. Der Kostenausgleich umfasst auch die Kosten der erforderlichen Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals der Krankenhäuser für den Notarztdienst. Für die Vollstreckung gilt das Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wirken im Rettungsdienst mit.

(2) Geeignete Ärztinnen und Ärzte können auch als Telenotärztinnen und Telenotärzte mitwirken. Absatz 1 gilt für Telenotärztinnen und Telenotärzte entsprechend.

(3) Unbeschadet der Zuständigkeit des Bereichsausschusses nach § 10 Absatz 3 und § 19 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 treffen Leistungsträger, Krankenhausträger, Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit dem Bereichsausschuss Vereinbarungen über die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes.

(4) Der dem Krankenhausträger nach Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 1 zustehende Kostenausgleich wird mit den Kostenträgern nach § 10 Absatz 1 Satz 2 einheitlich und gemeinsam vereinbart. Soweit eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. § 43 Absatz 5 Satz 2 bis 8 gilt entsprechend. Die Schiedsstelle wird vom Regierungspräsidium für dessen Bezirk gebildet und setzt sich zusammen aus einer Vertreterin oder einem Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, zwei Vertreterinnen oder Vertretern des Krankenhausträgers, drei Vertreterinnen oder Vertretern der Landesverbände der Kostenträger und einer oder einem von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Kostenträger einvernehmlich bestimmten unparteiischen Vorsitzenden. Die Vertreterinnen oder Vertreter der Kostenträger werden von den Landesverbänden der Kostenträger benannt. § 43 Absatz 6 Satz 2 und 4 sowie Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 20

Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst

(1) Die nach § 3 Absatz 1 beauftragten Leistungsträger der bodengebundenen Notfallrettung legen für bestimmte notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen landesweit und trägerübergreifend einheitliche „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Notfallsanitätäergesetz. Das Land stellt den Leistungsträgern hierfür regelhaft ein geeignetes Muster als Grundlage zur Verfügung.

(2) Die nach § 3 Absatz 1 und 2 beauftragten Leistungsträger sowie die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) haben für die Rettungsdienstbereiche, in denen sie die bodengebundene Notfallrettung wahrnehmen, eine bedarfsgerechte Anzahl von Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst zu bestimmen. Der Zuständigkeitsbereich der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst ist durch den jeweiligen Leistungsträger beziehungsweise das jeweilige bestandsgeschützte private Unternehmen festzulegen und kann Teile eines Rettungsdienstbereichs, den gesamten Rettungsdienstbereich oder mehrere Rettungsdienstbereiche umfassen.

(3) Die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst geben den in ihrem Zuständigkeitsbereich tätigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern heilkundliche Maßnahmen zur eigenständigen Durchführung auf Basis der „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ vor, soweit diese Maßnahmen eine persönliche ärztliche Kenntnis der Patientinnen und Patienten nicht erfordern. Die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst überprüfen und verantworten diese Vorgaben. Im Einzelfall können sie von ihr ganz oder teilweise absehen oder bereits

erfolgte Vorgaben ganz oder teilweise zurücknehmen, wenn die fachliche Eignung der jeweiligen Notfallsanitäterin oder des jeweiligen Notfallsanitäters nicht gegeben ist. Die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst führen eine einzelfallbezogene Dokumentation über ihre Entscheidungen.

(4) Die in Absatz 2 genannten Leistungsträger und Unternehmen unterziehen die fachliche Eignung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zur eigenständigen Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen nach den „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfaden im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ einer jährlichen Kontrolle und dokumentieren deren Ergebnis. Die Kontrolle erfolgt unter Beteiligung der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst und kann im Rahmen der Fortbildung nach § 16 Absatz 3 durchgeführt werden.

(5) Die Durchführung einer nach Absatz 3 vorgegebenen Maßnahme ist durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu dokumentieren. Die Leistungsträger und bestandsgeschützte private Unternehmen haben unter Beteiligung der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst ein geeignetes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Die Zentrale Stelle nach § 9 unterstützt die Leistungsträger mit einer trägerübergreifenden Qualitätssicherung. Dazu stellen die Leistungsträger und Unternehmen die erforderlichen Daten nach Spezifikation der Zentralen Stelle nach § 9 zur Verfügung.

§ 21

Notärztliche Standortleitungen

(1) Für jeden Notarztstandort wird von der Trägerin oder dem Träger der Notarztgestellung eine Person bestimmt, die die Notärztliche Standortleitung übernimmt. Zur Notärztlichen Standortleitung kann nur bestimmt werden, wer die Voraussetzungen nach § 19 Absatz 1 Satz 1 und 2 erfüllt. Die Notärztlichen Standortleitungen sind gegenüber den am Notarztstandort eingesetzten Notärztinnen und Notärzten im Hinblick auf die Qualitätssicherung weisungsbefugt.

(2) Zu den Aufgaben der Notärztlichen Standortleitungen gehört insbesondere,

1. dafür Sorge zu tragen, dass

- a) alle am Standort tätigen Notärztinnen und Notärzte in die organisatorischen Regelungen zur Qualitätssicherung eingewiesen werden und an allen Maßnahmen der Qualitätssicherung mitwirken können,
- b) die Vorgaben zur Qualitätssicherung und die damit zusammenhängenden Dokumentationspflichten erfüllt werden sowie
- c) den jeweiligen Notärztinnen und Notärzten sowie der Trägerin oder dem Träger der Notarztgestellung die standortbezogenen Ergebnisse der Qualitätssicherung mitgeteilt werden, dies gilt insbesondere für Qualitätssicherungsmängel;

2. als Ansprechperson für die Zentrale Stelle nach § 9 zur Verfügung zu stehen und für den Fall, dass Qualitätsdefizite festgestellt werden, konkrete Maßnahmen gegenüber den betroffenen Notärztinnen und Notärzten am Notarztstandort sowie gegebenenfalls den Trägerinnen und Trägern der Notarztstellung einzufordern.
- (3) Zum Zwecke der Aufgabenerfüllung nach Absatz 2 Nummer 1 dürfen die Notärztlichen Standortleitungen stichprobenartig oder anlassbezogen Einsicht in die Einsatzdokumentationen nehmen. Die Einsichtnahme ist zu dokumentieren. Die stichprobenartige Kontrolle ist auf höchstens 25 Prozent der Einsätze begrenzt.

§ 22

Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte sowie Organisatorische Leitung Rettungsdienst

- (1) Bei Großschadensereignissen ist die medizinische Versorgung durch eine Leitende Notärztin oder einen Leitenden Notarzt zu koordinieren. Die operativ-taktischen Leitungs- und Koordinierungsaufgaben übernimmt die Organisatorische Leitung Rettungsdienst. Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt und Organisatorische Leitung Rettungsdienst unterstützen sich gegenseitig.
- (2) Aufgaben, Tätigkeit und Bestellung der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes sowie Aufgaben und Tätigkeit der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst werden in der Verordnung nach § 6 Absatz 4 und durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst nach § 8 Absatz 2 festgelegt. Die durch die Bereitstellung und den Einsatz der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes und der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes.

§ 23

Helfer-vor-Ort-System

- (1) Ergänzend zur Notfallrettung können ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer vor Ort als Organisierte Erste Hilfe mitwirken. Organisierte Erste Hilfe ist die planmäßig und auf Dauer angelegte, von einer im Katastrophenschutz mitwirkenden Organisation und Einrichtung auf Anforderung der Integrierten Leitstelle geleistete Notfallhilfe am Einsatzort bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes. Sie ist weder Bestandteil des Rettungsdienstes noch dessen Ersatz. Organisierte Erste Hilfe unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Leistungserbringer des Rettungsdienstes.
- (2) Das Innenministerium wird ermächtigt, Einzelheiten zur Organisation, Ausstattung, Ausbildung, Eignung und Dokumentation sowie zu den Einsatzkriterien durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 24

*Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen
und Ersthelfer*

(1) Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer sind geeignete Ehrenamtliche, die über ein App-Alarmierungssystem durch die Integrierte Leitstelle alarmiert werden können und ergänzend zur Notfallrettung des Rettungsdienstes Notfallhilfe am Einsatzort bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes erbringen. Diese sind weder Bestandteil des Rettungsdienstes noch dessen Ersatz. Ihr Einsatz unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Leistungserbringer des Rettungsdienstes.

(2) Die Integrierten Leitstellen übernehmen die Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch ein App-Alarmierungssystem als weitere Aufgabe, soweit dies im Rettungsdienstbereich angebunden ist. Die Einzelheiten zu Eignung, Einsatzindikation, Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation können in der Verordnung nach § 6 Absatz 4 festgelegt werden.

§ 25

Technische Hilfe

(1) Soweit technische Hilfe notwendig ist, haben die bei der Durchführung des Rettungsdienstes Tätigen die Feuerwehr anzufordern.

(2) In besonderen Lagen können andere technische Hilfsorganisationen angefordert werden.

§ 26

*Besondere Bestimmungen für den Rettungsdienst
in kommunaler Trägerschaft*

Wird der Rettungsdienst in einem Rettungsdienstbereich nach § 3 Absatz 4 durchgeführt, gilt Folgendes:

1. im Landesausschuss für den Rettungsdienst erhöht sich die Zahl der Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsträger um je eine Vertreterin oder einen Vertreter der betroffenen kommunalen Landesverbände; die Zahl der Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger erhöht sich entsprechend;
2. Vorsitzende oder Vorsitzender des Bereichsausschusses ist eine Vertreterin oder ein Vertreter des kommunalen Aufgabenträgers; für diesen verbindliche Festlegungen des Bereichsausschusses können nicht gegen die Stimme der oder des Vorsitzenden getroffen werden; bedienen sich die Landkreise und Stadtkreise zur Erfüllung ihrer Aufgabe freiwilliger Hilfsorganisationen, so ist diesen auf der Seite der Leistungsträger eine angemessene Beteiligung einzuräumen;
3. die Schiedsstelle nach § 43 Absatz 5 wird um eine Vertreterin oder einen Vertreter der betroffenen kommunalen Landesverbände und um eine weitere Vertreterin oder einen weiteren Vertreter der Landesverbände der Kostenträger erweitert.

§ 27

Gegenseitige Unterstützung

Die Trägerinnen und Träger des Rettungsdienstes in benachbarten Rettungsdienstbereichen haben sich auf Anforderung der Integrierten Leitstellen gegenseitig zu unterstützen, sofern dadurch die Wahrnehmung der Aufgaben im eigenen Rettungsdienstbereich nicht wesentlich beeinträchtigt wird.

§ 28

Grenzüberschreitender Rettungsdienst

Das Innenministerium trifft mit anderen Ländern, mit Trägerinnen und Trägern des Rettungsdienstes oder sonstigen Stellen außerhalb von Baden-Württemberg Vereinbarungen, wenn dies zur Gewährleistung einer wirksamen Durchführung des Rettungsdienstes zweckmäßig ist. Die Befugnis kann auf nachgeordnete Behörden übertragen werden.

DRITTER ABSCHNITT

Genehmigungsverfahren

§ 29

Genehmigungspflicht

(1) Die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 bedürfen für die Wahrnehmung der Notfallrettung keiner Genehmigung. Sie haben die Aufnahme des Betriebs der Notfallrettung der nach § 36 zuständigen Behörde anzuzeigen. Dabei sind die Festlegungen des Bereichsplans nach § 6 Absatz 6 einzuhalten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Leistungsträger nach § 3 Absatz 3 Satz 3 sowie die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) bedürfen für die Wahrnehmung der Notfallrettung der Genehmigung. Hierfür gelten die Bestimmungen des § 30 Absatz 1 sowie des § 31 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und 3 entsprechend.

(3) Die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) haben Anspruch auf Verlängerung der Genehmigung, sofern die gemäß Absatz 2 anzuwendenden Voraussetzungen nach § 30 weiterhin erfüllt sind.

(4) Wer Krankentransport betreibt, bedarf der Genehmigung. Sie oder er ist Unternehmerin oder Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes und hat den Betrieb im eigenen Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung zu führen. Eine Genehmigung ist auch erforderlich für eine Erweiterung oder wesentliche Änderung des Betriebes.

(5) Ausgenommen von der Beschränkung der Notfallrettung auf gesetzliche Leistungsträger nach § 3 Absatz 3 Satz 1 und von der Genehmigungspflicht nach Absatz 2 für Krankentransport ist der Rettungsdienst

1. durch Hoheitsträger in Wahrnehmung eigener Aufgaben oder
2. mit Fahrzeugen, die ausschließlich für Katastrophen oder für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten vorgehalten werden.

Die Genehmigungsfreiheit entbindet nicht von der Verpflichtung zur Einhaltung der Anforderungen dieses Gesetzes.

(6) Das Innenministerium kann durch Rechtsverordnung Ausnahmen von der Genehmigungspflicht für den Krankentransport zulassen, wenn die ordnungsgemäße Durchführung gewährleistet ist.

§ 30

Genehmigungsvoraussetzungen

(1) Die Genehmigung zum Betrieb von Krankentransport darf nur erteilt werden, wenn

1. die Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes gewährleistet sind,
2. keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit der antragstellenden Person als Unternehmerin oder Unternehmer oder der zur Führung der Geschäfte bestellten Person dartun,
3. die Antragstellerin oder der Antragsteller als Unternehmerin oder Unternehmer oder die zur Führung der Geschäfte bestellte Person fachlich geeignet ist und
4. eine unterzeichnete Teilnahmevereinbarung für den Digitalfunk vorgelegt wird.

(2) Die fachliche Eignung wird durch Ablegen entsprechender Prüfungen oder durch angemessene Tätigkeiten in Unternehmen nachgewiesen, die die beantragte Art der Tätigkeit zum Gegenstand haben. Das Innenministerium wird ermächtigt, die Einzelheiten zu den Voraussetzungen und den zum Nachweis der fachlichen Eignung erforderlichen Unterlagen und Kriterien durch Rechtsverordnung zu regeln.

(3) Voraussetzung für die Genehmigung ist ferner die Einhaltung der Bestimmungen über Rettungsfahrzeuge nach § 15 und deren Besetzung nach § 16 sowie der Festlegungen des Rettungsdienstplanes nach § 6 Absatz 1, 2 und 4. Bei Neugenehmigungen ist die Einhaltung der Vorgaben zur Besetzung der Rettungsfahrzeuge der Genehmigungsbehörde spätestens vier Wochen vor der geplanten Betriebsaufnahme nachzuweisen. Sofern die zur Prüfung erforderlichen Nachweise nicht vorgelegt oder die gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten werden, setzt die Genehmigungsbehörde eine Nachfrist für die Erfüllung der Vorgaben, die zwei Wochen nicht überschreiten soll. Kommt das Unternehmen seinen Verpflichtungen innerhalb dieser Nachfrist nicht nach, erlischt die Genehmigung automatisch.

§ 31

Umfang der Genehmigung, Anzeige der Betriebsaufnahme und Anzeige der Betriebsaufgabe

- (1) Die Genehmigung für die Ausübung von Krankentransport wird dem Unternehmen erteilt. Die Genehmigung wird für das einzelne Fahrzeug erteilt und muss neben dem Betriebsbereich das amtliche Kennzeichen und die Adresse der Einrichtung des Rettungsdienstes enthalten, an der der Krankentransportwagen und das nach § 16 Absatz 2 Satz 1 vorgeschriebene Personal vorgehalten werden und von der aus sie gemeinsam ausrücken. Die Genehmigung berechtigt das Unternehmen zur Ausübung des Krankentransportes im Geltungsbereich dieses Gesetzes.
- (2) Bei der Anzeige der Betriebsaufnahme der Notfallrettung nach § 29 Absatz 1 sind die einzelnen Fahrzeuge jeweils mit amtlichem Kennzeichen anzugeben.
- (3) Das Unternehmen ist verpflichtet, der Genehmigungsbehörde die Aufgabe des Betriebs unverzüglich anzuzeigen.

§ 32

Betriebsbereich

- (1) Betriebsbereich im Sinne dieses Gesetzes ist der in der Genehmigungsurkunde festgesetzte Rettungsdienstbereich, innerhalb dessen das Unternehmen verpflichtet ist, Krankentransport zu betreiben.
- (2) Die Genehmigungsbehörden können Ausnahmen im Hinblick auf den Zuschnitt des Betriebsbereiches zulassen. Kann sich eine Ausnahme auf andere Rettungsdienstbereiche auswirken, ist die Entscheidung im Einvernehmen mit der dort zuständigen Behörde zu treffen. Die Bestimmungen der §§ 27 und 28 bleiben unberührt.
- (3) Bei Genehmigungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erteilt wurden, gilt die nach § 18 Satz 3 des Rettungsdienstgesetzes in der Fassung vom 8. Februar 2010 (GBl. S. 285), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 12. Juni 2018 (GBl. S. 173, 187) geändert worden ist, mögliche Ausnahmegenehmigung als generell erteilt.
- (4) Die Rettungsdienstbereiche Mannheim und Rhein-Neckar bilden einen Betriebsbereich.
- (5) Außerhalb des Betriebsbereiches dürfen Beförderungen durch Vermittlung der im Ausgangsort der Beförderung örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle mit Zustimmung der für den in der Genehmigungsurkunde festgelegten Betriebsbereich zuständigen Integrierten Leitstelle durchgeführt werden. Eine Beförderungspflicht besteht für diesen Fall nicht.

§ 33

Anwendung des Personenbeförderungsgesetzes

- (1) Soweit die Vorschriften dieses Gesetzes nichts anderes bestimmen, gelten für das Verfahren, den Inhalt der Genehmigung, die Genehmigungsurkunde, die Haftung,

die Rechtsfolgen beim Tod der Unternehmerin oder des Unternehmers sowie die Aufsicht über die Unternehmerin oder den Unternehmer die §§ 12, 14, 15, 17, 19, 23, 54 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 und § 54a Absatz 1 des Personenbeförderungsgesetzes entsprechend.

(2) Der Genehmigungsantrag ist auf einen bestimmten Betriebsbereich zu richten. Der Betriebsbereich wird in der Genehmigungsurkunde ausgewiesen.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Anzeige der Aufnahme des Betriebs der Notfallrettung.

§ 34

Nebenbestimmungen

(1) Die Genehmigung zum Betrieb von Krankentransport ist mit Nebenbestimmungen zu versehen, die

1. die dem Unternehmen obliegende Betriebs- und Beförderungspflicht einschließlich der Betriebszeiten näher bestimmen,
2. ordnungsgemäße hygienische Verhältnisse einschließlich einer sachgerechten Desinfektion und Dekontamination im Betrieb zum Ziel haben,
3. die Lenkung aller Einsätze des Rettungsdienstes durch die Integrierte Leitstelle sowie die Weiterleitung der bei dem zuständigen Kostenträger abgerechneten Leitstellenvermittlungsentgelte an die empfangsberechtigte Integrierte Leitstelle regeln, sowie
4. den Abschluss einer Vereinbarung mit den Kostenträgern gemäß § 133 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Voraussetzung für das Wirksamwerden der Genehmigung vorsehen.

(2) Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die

1. die Zusammenarbeit der Unternehmen untereinander und mit dem Bereichsausschuss (§ 10) regeln und
2. die Unternehmen verpflichten, die Beförderungsaufträge und deren Abwicklung aufzuzeichnen und die Aufzeichnungen eine bestimmte Zeit aufzubewahren.

(3) Die Genehmigung ist dem Unternehmen für die Dauer von höchstens vier Jahren zu erteilen.

§ 35

Rücknahme und Widerruf der Genehmigung

(1) Die Genehmigung ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 30 nicht vorgelegen hat.

(2) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen nach § 30 nicht mehr gegeben sind. Die Zuverlässigkeit der Unternehmerin oder des Unternehmers oder der zur Führung der Geschäfte berufenen Person ist insbesondere nicht mehr gegeben, wenn in ihrem oder seinem Betrieb trotz schriftlicher oder elektronischer Mahnung der Genehmigungsbehörde

1. die im Interesse der öffentlichen Sicherheit erlassenen Vorschriften nicht befolgt werden oder
2. den Verpflichtungen zuwidergehandelt wird, die der Unternehmerin, dem Unternehmer oder der zur Führung der Geschäfte berufenen Person oder dem Unternehmen nach diesem Gesetz oder nach den aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsvorschriften obliegen.

(3) Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn

1. gegen Auflagen verstoßen wird, oder
2. die arbeitsschutzrechtlichen, sozialrechtlichen oder steuerrechtlichen Verpflichtungen wiederholt nicht erfüllt werden.

(4) Im Übrigen gelten die Vorschriften des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes über die Rücknahme und den Widerruf von Verwaltungsakten.

§ 36

Genehmigungsbehörde

(1) Die Genehmigung für den Krankentransport erteilen die Landratsämter und die Stadtkreise als untere Verwaltungsbehörden. Dies gilt auch für die Rücknahme und den Widerruf der Genehmigung. Die Genehmigungsbehörde teilt ihre Entscheidung dem Bereichsausschuss mit.

(2) Örtlich zuständig ist die untere Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk der Betriebsbereich belegen ist.

(3) Erstreckt sich der Betriebsbereich über mehrere Stadt- und Landkreise, so ist das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk sich der Betriebsbereich befindet, oder die von ihm bestimmte Behörde zuständig. Bevor das Regierungspräsidium die zuständige Behörde bestimmt, sind die betroffenen Landkreise und Stadtkreise anzuhören; ein gemeinsamer Vorschlag dieser ist zu berücksichtigen. Erstreckt sich der Betriebsbereich über mehrere Regierungsbezirke hinaus, bestimmt das Innenministerium die Genehmigungsbehörde. Satz 2 gilt entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Pflichten der Unternehmerin oder des Unternehmers

§ 37

Betriebspflicht

(1) Das Unternehmen ist verpflichtet, den Betrieb ordnungsgemäß einzurichten und der Genehmigung entsprechend aufrechtzuerhalten.

(2) Die Genehmigungsbehörde kann dem Unternehmen für die Aufnahme des Betriebs eine Frist setzen.

(3) Das Unternehmen hat die Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Betriebs während der festgesetzten Betriebszeiten sicherzustellen.

§ 38

Beförderungspflicht

(1) Das Unternehmen ist im Rahmen der ihm erteilten Genehmigung zum Krankentransport verpflichtet, wenn

1. sich der Ausgangsort der Beförderung innerhalb seines Betriebsbereiches befindet und
2. die Beförderung nicht durch Umstände verhindert wird, die das Unternehmen nicht zu vertreten hat.

Die Verpflichtung beschränkt sich auf die Beförderung in die nächste, für die weitere Versorgung geeignete und aufnahmebereite Einrichtung.

(2) Die Notfallrettung hat Vorrang vor dem Krankentransport.

(3) Die Beförderung darf nicht deshalb abgelehnt werden, weil ein rechtswirksamer Beförderungsvertrag nicht vorliegt oder die Entrichtung des Entgelts nicht gesichert ist.

§ 39

Anwendung der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr

(1) Für den Betrieb des Unternehmens, die Ausrüstung und Beschaffenheit sowie die Untersuchung der Fahrzeuge gelten die §§ 2 bis 8, 11, 16 bis 19 und 41 bis 43 der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr (BOKraft) vom 21. Juni 1975 (BGBl. I S. 1573), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 16. April 2021 (BGBl. I S. 822, 831) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung entsprechend. § 9 BOKraft gilt mit der Maßgabe, dass auf Krankenkraftwagen eingesetzte Personen auch dann ihre Tätigkeit nicht ausüben dürfen, wenn sie oder Angehörige ihrer häuslichen Gemeinschaft krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider im Sinne von § 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung sind.

(2) Die Pflichten nach § 3 BOKraft erstrecken sich auf die Einhaltung der Anforderungen dieses Gesetzes, der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen sowie hierzu ergangener behördlicher Anordnungen.

FÜNFTER ABSCHNITT

Finanzierung des Rettungsdienstes

§ 40

Öffentliche Förderung des Rettungsdienstes

(1) Wer den bodengebundenen Rettungsdienst oder die Sonderrettungsdienste als Leistungsträger aufgrund von Vereinbarungen mit dem Innenministerium nach § 3 Absatz 1 durchführt, kann vom Land im Rahmen der jeweils im Staatshaushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel öffentliche Fördermittel in Höhe von maximal 90 Prozent der förderungsfähigen Kosten erhalten. Mindestens 10 Prozent der förderungsfähigen Kosten sind als Eigenbeteiligung zu erbringen. Der Prozentsatz der förderungsfähigen Kosten bezieht sich auf die Kostenkalkulation zum Zeitpunkt der Antragstellung. Die Förderung erfolgt durch Festbetrag. Dieser kann aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden. Über die 90 Prozent hinausgehende Kosten sowie nicht förderungsfähige Kosten für die notwendige Errichtung und den Betrieb von Rettungswachen sind Kosten des Rettungsdienstes.

(2) Förderungsfähig sind die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Rettungswachen des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie der Sonderrettungsdienste, soweit sie bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit unter angemessener Berücksichtigung von Nachhaltigkeitsaspekten gerechtfertigt sind und soweit sie vom Land in das Jahresförderprogramm für den Rettungsdienst aufgenommen worden sind. Bei der Aufstellung des Jahresförderprogramms wird der Landesausschuss für den Rettungsdienst gehört.

(3) Nicht förderungsfähig sind die Kosten der Errichtung von Integrierten Leitstellen, der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes und der zum Verbrauch bestimmten Güter.

(4) Das Innenministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Einzelheiten zu den förderungsfähigen Kosten und zur Ausgestaltung des Förderverfahrens zu regeln. Hierzu gehören insbesondere Regelungen

1. bis zu welcher Höhe in den Fällen der Absätze 1 und 2 die Kosten bei Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter angemessener Berücksichtigung von Nachhaltigkeitsaspekten gerechtfertigt sind, wobei in der Rechtsverordnung für diese Bewertung auch pauschale Flächenwerte und Raumkonzepte festgelegt werden können,
2. ob und bis zu welchem Anteil in den Fällen der Absätze 1 und 2 auch die Kosten für die Erstausrüstung mit den hierzu gehörenden Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens (Anlagegüter) förderungsfähig sind,

3. ob und bis zu welchem Anteil die Kosten des Erwerbs von Grundstücken und der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung ausnahmsweise gefördert werden,
4. ob und bis zu welchem Anteil Kosten gefördert werden können, die dadurch entstehen, dass Anforderungen erfüllt werden, deren Einhaltung aus Gründen des Klimaschutzes aufgrund bundes- oder landesrechtlicher Vorgaben zwingende Voraussetzung für die Gewährung staatlicher Zuwendungen oder Zuschüsse ist,
5. zum Antragsverfahren,
6. zum Verfahren der Anmeldung der beantragten Vorhaben in das Jahresförderprogramm einschließlich der Festlegung der zu beteiligenden Stellen,
7. zur Zweckbindungsdauer sowie zur Sicherung der Zweckbindung der öffentlichen Förderung im Sinne des § 42,
8. zur Anwendung vergaberechtlicher Vorschriften durch die Fördermittelempfängerin oder den Fördermittelempfänger bei der Beauftragung von Leistungen sowie
9. zur Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und den Nachweispflichten der Fördermittelempfängerin oder des Fördermittelempfängers.

§ 41

Öffentliche Förderung von Projekten zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes

- (1) Projekte zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes von landesweiter Bedeutung können auf Antrag, im Rahmen der jeweils im Staatshaushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel, mit öffentlichen Fördermitteln in Höhe von maximal 50 Prozent der Gesamtkosten gefördert werden. Der Prozentsatz bezieht sich auf die Kostenkalkulation zum Zeitpunkt der Antragstellung.
- (2) Zur Antragstellung berechtigt sind die Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst und die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418).
- (3) Das Innenministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Einzelheiten zu den förderungsfähigen Kosten und zur Ausgestaltung des Förderverfahrens zu regeln. Hierzu gehören insbesondere Regelungen
 1. bis zu welcher Höhe in den Fällen des Absatz 1 die Kosten bei Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter angemessener Berücksichtigung von Nachhaltigkeitsaspekten gerechtfertigt sind,
 2. zum Antragsverfahren,
 3. zum Verfahren der Anmeldung des Projektes nach Absatz 1 für die Förderung aus den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln einschließlich der Festlegung der zu beteiligenden Stellen,

4. zur Zweckbindungsdauer sowie zur Sicherung der Zweckbindung der öffentlichen Förderung im Sinne des § 42,
5. zur Anwendung vergaberechtlicher Vorschriften durch die Fördermittelempfängerin oder den Fördermittelempfänger bei der Beauftragung von Leistungen sowie
6. zur Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und den Nachweispflichten der Fördermittelempfängerin oder des Fördermittelempfängers.

§ 42

Sicherung der Zweckbindung der öffentlichen Förderung

(1) Wer den Rettungsdienst durchführt, muss die Fördermittel zurückerstatten, sofern und soweit die Aufgaben nicht mehr wahrgenommen werden. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn der oder dem Begünstigten aus einem von ihr oder ihm nicht zu vertretenden Grund die Erfüllung ihrer oder seiner Aufgaben unmöglich wird; bei teilweiser Förderung ist die Verpflichtung entsprechend anteilig begrenzt.

(2) Werden geförderte Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Zwecke des Rettungsdienstes genutzt, so können Erträge zurückgefordert werden, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können.

(3) Im Übrigen gelten die §§ 49 und 49 a des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

§ 43

Benutzungsentgelte

(1) Für die Durchführung eines nach §§ 71 und 133 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Rettungsdienstes erheben die Leistungsträger Benutzungsentgelte, die zusammen mit der Landesförderung sowie etwaigen sonstigen Zahlungen des Landes und der dabei vorgesehenen Eigenbeteiligung den Rettungsdienst finanzieren. Zur Erhaltung der Liquidität der Leistungsträger sind von den Kostenträgern rechtzeitig angemessene Abschlagszahlungen zu leisten.

(2) Bei der Bemessung der Benutzungsentgelte bleiben die nach § 40 förderungsfähigen Kosten und Kosten, die durch Zahlungen des Landes ausgeglichen werden, außer Betracht. Mietkosten für Einrichtungen des Rettungsdienstes oder für die Infrastruktur der Luftrettung nach § 4 Absatz 3 sind dem Grunde nach bei der Bemessung der Benutzungsentgelte zu berücksichtigen. Die durch den Einsatz ehrenamtlicher Kräfte ersparten Kosten für hauptamtliches Personal sind angemessen, mindestens mit 40 Prozent, zu berücksichtigen. Zu den Kosten gehören auch die Abschreibungen für Sach-

spenden zur Durchführung des Rettungsdienstes, soweit diese bedarfsgerecht sind.

(3) Für Leistungen des Rettungsdienstes werden jährlich Benutzungsentgelte vereinbart. Für Einsätze des Rettungsdienstes, die als Krankenhausleistungen abgerechnet werden, können die Leistungsträger mit den Trägern der Krankenhäuser gesonderte Benutzungsentgelte vereinbaren; die Vereinbarungen bedürfen der Zustimmung der Kostenträger. Die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 und die Landesverbände der Kostenträger können bei den Verhandlungen unterstützend zugezogen werden. Die Beteiligten ermitteln die Kosten für Notfallrettung und Krankentransport getrennt.

(4) Für die Notfallrettung im Rahmen von § 6 Absatz 6 werden die Benutzungsentgelte für den Rettungsdienstbereich von den Leistungsträgern und den Kostenträgern im Sinne von § 10 Absatz 1 Satz 2 einheitlich vereinbart. Sind innerhalb des Rettungsdienstbereiches mehrere Leistungsträger oder private Rettungsdienstunternehmen im Rahmen von Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) an der Notfallrettung beteiligt, ist zwischen ihnen ein Kostenausgleich durchzuführen. Angemessene Abschläge auf den Kostenausgleich sind monatlich von den Beteiligten nach Satz 2, welche aus den Benutzungsentgelten nach Satz 1 voraussichtlich Überschüsse erzielen werden, zu bezahlen. Empfängerinnen und Empfänger sind die Beteiligten nach Satz 2, bei denen voraussichtlich trotz der Benutzungsentgelte nach Satz 1 Unterdeckungen auftreten werden. Die Beteiligten legen der Ermittlung der Kosten für die Notfallrettung ein Kostenblatt zugrunde, dessen Inhalt und Form vom Landesausschuss für den Rettungsdienst vorgegeben wird. Für den Krankentransport werden die Benutzungsentgelte für den Rettungsdienstbereich zwischen den Kostenträgern im Sinne von § 10 Absatz 1 Satz 2 einheitlich und gemeinsam und den einzelnen Leistungserbringern vereinbart.

(5) Soweit eine Vereinbarung über die Benutzungsentgelte nicht zustande kommt, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. Sie versucht, eine Einigung über den Inhalt der Vereinbarung herbeizuführen. Kommt eine Einigung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle die Benutzungsentgelte spätestens zwei Monate nach Anrufung fest. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die Schiedsstelle ist im Sinne von § 61 Nummer 3 der Verwaltungsgerichtsordnung fähig, an Verwaltungsgerichtsverfahren beteiligt zu sein. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Kosten der Schiedsstelle sind Kosten des Rettungsdienstes. Die Leistungsträger und Kostenträger tragen diese je zur Hälfte.

(6) Die Schiedsstelle wird vom Regierungspräsidium für dessen Bezirk gebildet und setzt sich zusammen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Leistungsträger nach § 3 Absatz 1, drei Vertreterinnen oder Vertretern der Landesverbände der Kostenträger und einer oder einem von den Leistungsträgern und den Landesverbänden der Kostenträger einvernehmlich bestimmten unparteiischen Vorsitzenden. Kommt eine Einigung über den Vorsitz nicht zustande, wird dieser vom Regierungspräsidium

bestimmt. Die Vertreterinnen und Vertreter werden von den Leistungsträgern nach § 3 Absatz 1 und den Landesverbänden der Kostenträger benannt. Soweit Vertreterinnen oder Vertreter nicht benannt werden, bestimmt sie das Regierungspräsidium.

(7) Die vereinbarten oder festgesetzten Benutzungsentgelte sind für alle Benutzerinnen oder Benutzer verbindlich.

§ 44

Kostenerstattung in besonderen Fällen

(1) Ist der Rettungsdiensteinsatz durch das vorsätzliche oder grob fahrlässige Verhalten einer dritten Person entsprechend den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über unerlaubte Handlungen notwendig geworden und die Erhebung des Benutzungsentgelts bei der Benutzerin oder dem Benutzer nicht möglich oder unzumutbar, kann der jeweilige Leistungserbringer von der verursachenden Person Kostenersatz bis zur Höhe des Benutzungsentgelts verlangen.

(2) Ist der Rettungsdiensteinsatz wider besseren Wissens oder infolge grob fahrlässiger Unkenntnis der Tatsachen veranlasst worden, kann der jeweilige Leistungserbringer von der veranlassenden Person des Einsatzes Kostenersatz bis zur Höhe des Benutzungsentgelts verlangen.

SECHSTER ABSCHNITT

Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienst

§ 45

Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen

(1) Für die Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen gelten die Vorschriften der § 16 Absatz 1, §§ 29 bis 31, 33 bis 35, 37, 38 und 39 Absatz 1 Satz 2 entsprechend. Die luftverkehrsrechtliche Zulassung und Genehmigung bleiben unberührt.

(2) Die in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzten Luftfahrzeuge müssen in ihrer Ausstattung, Ausrüstung und Wartung den allgemein anerkannten Regeln der Technik und dem Stand der Notfallmedizin entsprechen.

(3) Für die Genehmigung ist das Innenministerium zuständig.

(4) Die Einsätze des Luftrettungsdienstes werden ungeachtet der Grenzen der Rettungsdienstbereiche von der integrierten Leitstelle gelenkt, die in den Vereinbarungen nach § 3 Absatz 1 oder im Rettungsdienstplan dafür festgelegt ist.

§ 46

*Besondere Bestimmungen über die Finanzierung
des Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienstes*

(1) Förderungsfähige Kosten im Sinne von § 40 sind bei der Durchführung des Berg- und Wasser-Rettungsdienstes auch

1. die Kosten der Beschaffung der dafür erforderlichen Rettungsmittel, bei deren Wiederbeschaffung und Ergänzungsbeschaffung nur, wenn sie für das einzelne Anlagegut 1 500 Euro ohne Umsatzsteuer übersteigen, sowie
2. die Kosten der Erhaltung und der Wiederherstellung von dafür notwendigen baulichen Anlagen und Anlagegütern, wenn die Kosten der einzelnen Maßnahme 5 000 Euro ohne Umsatzsteuer übersteigen.

(2) Die Benutzungsentgelte werden abweichend von § 43 Absatz 4 Satz 1 und 4 zwischen den Landesverbänden der Kostenträger mit Wirkung für ihre Mitglieder und denjenigen, die den Luft-, Berg- oder Wasser-Rettungsdienst durchführen, vereinbart. Abweichend von § 43 Absatz 6 wird vom Regierungspräsidium Stuttgart eine Schiedsstelle für das gesamte Land gebildet. Diese setzt sich aus je zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Landesverbände der Kostenträger und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der jeweils berührten Leistungsträger zusammen. Im Übrigen gilt § 43 entsprechend.

SIEBTER ABSCHNITT

Aufsicht, Datenschutz

§ 47

*Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse und
über die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1*

(1) Rechtsaufsichtsbehörde über den Bereichsausschuss ist das Landratsamt oder das Bürgermeisteramt des Stadtkreises als untere Verwaltungsbehörde. Obere Rechtsaufsichtsbehörde ist das Regierungspräsidium. Oberste Rechtsaufsichtsbehörde ist das Innenministerium. Erstreckt sich der Rettungsdienstbereich über mehrere Landkreise oder Stadtkreise, ist das Regierungspräsidium oder die von ihm bestimmte Behörde Rechtsaufsichtsbehörde. Die betroffenen Landkreise und Stadtkreise sind vorher anzuhören; ein gemeinsamer Vorschlag dieser ist zu berücksichtigen. Erstreckt sich der Rettungsdienstbereich über einen Regierungsbezirk hinaus, bestimmt das Innenministerium die Rechtsaufsichtsbehörde und das als obere Rechtsaufsichtsbehörde zuständige Regierungspräsidium; das Innenministerium kann Rechtsaufsichtsbehörde sein. Satz 5 gilt entsprechend.

(2) Soweit das Innenministerium nach § 3 Absatz 1 mit einem Leistungsträger eine Vereinbarung über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes geschlossen hat, beaufsichtigt das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk der Leistungsträger seinen Sitz hat, die Erfüllung der Verpflichtungen des Leistungsträgers. Für den Fall, dass der Leistungsträger keinen Sitz in Baden-

Württemberg hat, gilt diejenige Stelle als Sitz, von der aus der Leistungsträger seine Geschäfte in Baden-Württemberg wahrnimmt.

§ 48

*Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil
der Integrierten Leitstellen*

(1) Die Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstellen obliegt dem Regierungspräsidium, in dessen Bezirk sich die Integrierte Leitstelle befindet.

(2) Oberste Fachaufsichtsbehörde ist das Innenministerium.

§ 49

*Allgemeine Grundsätze für die Information über
die Datenverarbeitung und für die Garantie
zum Schutz personenbezogener Daten*

(1) Die gemäß §§ 50 bis 56 jeweils datenschutzrechtlich verantwortliche Person oder Stelle kann von der Informationspflicht über die Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und Artikel 14 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des 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 (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4. Mai 2016, S. 1, zuletzt ber. ABl. L 074 vom 4. März 2021, S. 35) zum Zeitpunkt der Erhebung absehen, sofern die Erhebung und die weitere Verarbeitung für Zwecke der Durchführung der Notfallrettung erfolgt und sofern ansonsten das Wohl der Patientinnen und Patienten gefährdet wäre. Unterbleibt eine Information nach Satz 1, muss die datenschutzrechtlich verantwortliche Person oder Stelle die Mitteilung über die erhobenen und gegebenenfalls weiterverwendeten Daten nachholen, sobald und sofern

1. eine Abrechnung des Leistungsentgeltes mit der betroffenen Person oder deren Krankenkasse erfolgt oder
2. die datenschutzrechtlich verantwortliche Person oder Stelle zu einem späteren Zeitpunkt im Zusammenhang mit der Abwicklung der rettungsdienstlichen Maßnahmen mit der betroffenen Person in Kontakt tritt.

Zusätzlich veröffentlicht die datenschutzrechtlich verantwortliche Person oder Stelle die Informationen nach Artikel 30 Absatz 1 Buchstabe a bis f der Verordnung (EU) 2016/679 in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form auf ihrer Internetseite.

(2) Werden personenbezogene Daten verarbeitet, sind von der datenschutzrechtlich verantwortlichen Person oder Stelle Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Personen vorzusehen. Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und des Zwecks der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere

der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen können dazu insbesondere gehören:

1. technische und organisatorische Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die Verarbeitung gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 erfolgt,
2. Maßnahmen, die gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten eingegeben, verändert oder entfernt worden sind,
3. die Sensibilisierung der an Verarbeitungsvorgängen Beteiligten,
4. die Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der verantwortlichen Stelle und von Auftragsverarbeitern,
5. die Anonymisierung und, wenn sie nicht möglich ist, die Pseudonymisierung personenbezogener Daten,
6. die Verschlüsselung personenbezogener Daten,
7. die Sicherstellung der Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich der unverzüglichen Wiederherstellung der Verfügbarkeit und des Zugangs bei einem physischen oder technischen Zwischenfall,
8. die Einrichtung eines Verfahrens zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung und
9. spezifische Verfahrensregelungen, die im Falle einer Übermittlung oder Verarbeitung für andere Zwecke die Einhaltung der Vorgaben dieses Gesetzes sowie der Verordnung (EU) 2016/679 sicherstellen.

§ 50

Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer und ihre Mitarbeitenden dürfen personenbezogene Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit nach Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 nur erheben, erfassen, organisieren, ordnen, speichern, anpassen, auslesen, verändern, abfragen oder verwenden, soweit dies erforderlich ist

1. zur Durchführung von Notfallrettung oder Krankentransport, einschließlich der anschließenden Versorgung der Patientinnen und Patienten mitsamt der Zuweisung und Anmeldung in einer geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung über den digitalen Versorgungsnachweis,
2. zum Nachweis der ordnungsgemäßen Ausführung des Einsatzauftrages gegenüber der Integrierten Leitstelle und den Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen,
3. zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Einsatzauftrages, insbesondere der Abrechnung der erbrachten Leistungen, oder

4. zur Wahrnehmung der Aufsicht durch die zuständigen Behörden gemäß §§ 47 und 48 über die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes zur Notfallrettung und des Krankentransportes durch die Leistungserbringer und die Integrierten Leitstellen.

Bei der Durchführung der Notfallrettung im Sinne der Nummer 1 dürfen personenbezogene Daten einschließlich der Gesundheitsdaten durch die Leistungserbringer auch mittels telemedizinischer Ausstattungen, die mit einer Telenotärztlichen Zentrale vernetzt sind, erhoben, erfasst, organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, ausgelesen, verändert oder abgefragt werden. Dies kann auch erfolgen in Form von Bild- und Tonaufzeichnungen mittels körpernah getragener oder mobiler Aufnahmegeräte und wenn Dritte unvermeidbar betroffen sind. In Wohnungen ist eine Maßnahme nach Satz 3 nur zur Abwehr einer dringenden Gesundheitsgefahr für eine Person zulässig. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(2) Die nach Absatz 1 verarbeiteten Daten dürfen von den Leistungserbringern und ihren Mitarbeitenden zudem erfasst, organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, verändert, ausgelesen oder verwendet werden

1. zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst,
2. zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung des in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzten Personals, oder
3. zur Weiterentwicklung von Projekten im Sinne des § 7.

(3) Die nach Absatz 1 verarbeiteten personenbezogenen Daten dürfen von den Leistungserbringern und ihren Mitarbeitenden zudem an außenstehende Personen und Stellen übermittelt werden, soweit dies erforderlich ist

1. zur Erfüllung der in Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1 sowie Nummer 3 genannten Zwecke und für die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 im Hinblick auf die Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung nach § 9 Absatz 1
2. im Versorgungsinteresse der Patientinnen und Patienten
 - a) durch Unterrichtung der Einrichtung, die Ziel des Beförderungsvorganges ist oder
 - b) durch Unterrichtung von Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Betreuerinnen oder Betreuern,
3. für eine Rechnungsprüfung, Organisations- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung,
4. zur Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz sowie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, die gegenüber dem Leistungserbringer oder seinen Mitarbeitenden begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Mitarbei-

tenden des Leistungserbringers wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten oder

5. zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder einer dritten Person, wenn die Gefährdung dieser Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Person überwiegt und die Gefahr in vertretbarer Weise nicht anders beseitigt werden kann.

In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 ist die Übermittlung von digitalen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten sowie die Bild- und Tonübertragung an die Telenotärztliche Zentrale mittels telemedizinischer Ausstattungen zulässig. Absatz 1 Satz 3, 4 und 5 gelten entsprechend. Personenbezogene Daten, die der Geheimhaltungspflicht im Sinne von § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, dürfen auch dann übermittelt werden, wenn das Patientengeheimnis nach dieser Vorschrift nicht unbefugt offenbart würde.

(4) Die Leistungserbringer und ihre Mitarbeitenden sind zum Zweck der Ermöglichung des Besuchs und der direkten Kontaktaufnahme berechtigt, Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Betreuerinnen oder Betreuern der betroffenen Person deren Aufenthaltsort mitzuteilen, sofern nicht im Einzelfall offensichtlich schutzwürdige Interessen der betroffenen Person dem entgegenstehen. Dies gilt nicht, soweit die betroffene Person ausdrücklich einer Auskunftserteilung widersprochen hat.

(5) Werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 übermittelt, so handelt die Person, die sie weitergibt, auch insoweit nicht unbefugt, als sie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungsvorschriften verpflichtet ist. Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt.

(6) Die Leistungserbringer sind für die durch sie verarbeiteten personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

(7) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zwecke der Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Mitarbeitenden der Leistungserbringer begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Mitarbeitenden der Leistungserbringer wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zehn Jahre gespeichert werden. Sie sind zehn Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für in Satz 2 genannte Zwecke erforderlich ist.

§ 51

Datenverarbeitung bei der Einbindung von Helfer-vor-Ort-Systemen und bei der Einbindung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern

Für die Datenverarbeitung bei der Einbindung von Helfer-vor-Ort-Systemen im Sinne von § 23 und bei der Einbindung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern im Sinne des § 24 gilt § 50 entsprechend.

§ 52

Datenverarbeitung durch die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte

(1) Die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte dürfen personenbezogene Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit nach Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 nur erheben, erfassen, organisieren, ordnen, speichern, anpassen, auslesen, verändern, abfragen oder verwenden, soweit dies erforderlich ist

1. zur Durchführung des Notarzteinsatzes einschließlich der anschließenden Versorgung der Patientinnen und Patienten mitsamt der Zuweisung und Anmeldung in einer geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung über den digitalen Versorgungsnachweis,
2. zum Nachweis der ordnungsgemäßen Ausführung des Einsatzauftrages gegenüber der Integrierten Leitstelle und den Patientinnen und Patienten,
3. zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Einsatzauftrages, insbesondere der Abrechnung der erbrachten Leistungen oder
4. zur Wahrnehmung der Aufsicht durch die zuständigen Behörden gemäß §§ 47 und 48 über die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes zur Notfallrettung und des Krankentransportes durch die Leistungserbringer und die Integrierten Leitstellen.

Bei der Durchführung der Notfallrettung im Sinne der Nummer 1 dürfen personenbezogene Daten einschließlich der Gesundheitsdaten durch die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte auch mittels telemedizinischer Ausstattungen, die mit einer Telenotärztlichen Zentrale vernetzt sind, erhoben, erfasst, organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, ausgelesen, verändert oder abgefragt werden. Dies kann auch erfolgen in Form von Bild- und Tonaufzeichnungen mittels körpernah getragener oder mobiler Aufnahmegeräte und wenn Dritte unvermeidbar betroffen sind. In Wohnungen ist eine Maßnahme nach Satz 3 nur zur Abwehr einer dringenden Gesundheitsgefahr für eine Person zulässig. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen Daten dürfen von den Notärztlichen Standortleitungen und Notärztinnen und Notärzten zudem erfasst, organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, verändert, verwendet oder ausgelesen werden

1. zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst,
2. zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung des in der Notfallrettung eingesetzten Personals oder
3. zur Weiterentwicklung von Projekten im Sinne des § 7.

(3) Die nach Absatz 1 verarbeiteten personenbezogenen Daten dürfen von den Notärztlichen Standortleitungen und den Notärztinnen und Notärzten zudem an außenstehende Personen und Stellen übermittelt werden, soweit dies erforderlich ist

1. zur Erfüllung der in Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1 sowie Nummer 3 genannten Zwecke und für die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 im Hinblick auf die Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung nach § 9 Absatz 1
2. im Versorgungsinteresse der Patientinnen und Patienten
 - a) durch Unterrichtung der Einrichtung, die Ziel des Beförderungsvorganges ist oder
 - b) durch Unterrichtung von Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Betreuerinnen oder Betreuern,
3. für eine Rechnungsprüfung, Organisations- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung,
4. zur Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Notärztlichen Standortleitungen oder in deren Verantwortungsbereich tätigen Notärztinnen und Notärzten begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung dieser Personen wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten oder
5. zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder eines Dritten, wenn die Gefährdung dieser Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Person überwiegt und die Gefahr in vertretbarer Weise nicht anders beseitigt werden kann.

In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 ist die Übermittlung von digitalen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten sowie die Bild- und Tonübertragung an die Telenotärztliche Zentrale mittels telemedizinischer Ausstattungen zulässig. Absatz 1 Satz 3, 4 und 5 gelten entsprechend. Personenbezogene Daten, die der Geheimhaltungspflicht im Sinne von § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, dürfen auch dann übermittelt werden, wenn das Patientengeheimnis nach dieser Vorschrift nicht unbefugt offenbart würde.

(4) Die Notärztlichen Standortleitungen und die in deren Verantwortungsbereich tätigen Notärztinnen und Notärzte sind zum Zweck der Ermöglichung des Besuchs und der direkten Kontaktaufnahme berechtigt, Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Be-

treuerinnen oder Betreuern der betroffenen Person deren Aufenthaltsort mitzuteilen, sofern nicht im Einzelfall offensichtlich schutzwürdige Interessen der betroffenen Person dem entgegenstehen. Dies gilt nicht, soweit die betroffene Person ausdrücklich einer Auskunftserteilung widersprochen hat.

(5) Werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 übermittelt, so handelt die Person, die sie weitergibt, auch insoweit nicht unbefugt, als sie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungsvorschriften verpflichtet ist. Absatz 3 Satz 2 bleibt unberührt.

(6) Die Trägerin oder der Träger der Notarztstellung ist für die personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich, die durch sie und durch die von ihnen eingesetzten Notärztinnen und Notärzte verarbeitet werden.

(7) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zwecke der Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Notärztlichen Standortleitungen oder den Notärztinnen und Notärzten begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Notärztlichen Standortleitungen oder von Notärztinnen und Notärzten wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zehn Jahre gespeichert werden. Sie sind zehn Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für in Satz 2 genannte Zwecke erforderlich ist.

§ 53

Datenverarbeitung durch die Zentrale Stelle nach § 9

(1) Die Zentrale Stelle nach § 9 ist befugt, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Qualitätssicherung nach § 9 Absatz 1 bis 3 erforderlichen Daten im Sinne des § 50 Absatz 1 Nummer 1 bis 2, Absatz 2 Nummer 1 und 3, § 52 Absatz 1 Nummer 1 bis 2 und Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 3 und § 56 Absatz 1 Nummer 1 bis 2 und Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 3 bei den Leistungserbringern, den Notärztlichen Standortleitungen, den Integrierten Leitstellen und den Telenotärztlichen Zentralen an den Integrierten Leitstellen zu erheben, diese Daten zu erfassen, miteinander zu verknüpfen, zu organisieren, zu ordnen, zu speichern, anzupassen, auszulesen, zu verändern oder abzufragen.

(2) Die Zentrale Stelle nach § 9 ist zur Datenverarbeitung nach Absatz 1 auch dann befugt, wenn Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse unweigerlich betroffen sind.

(3) Die Zentrale Stelle nach § 9 ist befugt, die nach Absatz 1 erhobenen und verarbeiteten Daten in das Online-Portal nach § 9 Absatz 1 einzustellen.

(4) Die Zentrale Stelle nach § 9 ist befugt, die nach Absatz 1 erhobenen und verarbeiteten Daten weiter zu verarbeiten und an außenstehende Personen und Stellen übermitteln, wenn

1. sie durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst dazu aufgefordert wurde und dies für die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes oder aus Gründen der Qualitätssicherung erforderlich ist,
2. sie vom Innenministerium dazu aufgefordert wurde und dies der Wahrung parlamentarischer Kontrollrechte dient oder
3. dies für Zwecke der Wissenschaft und Forschung erforderlich ist.

(5) Die Zentrale Stelle nach § 9 ist für die durch sie verarbeiteten personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

(6) Die personenbezogenen Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zweck der Erfüllung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung nach § 9 15 Jahre gespeichert werden. Sie sind 15 Jahre nach Ende des Geschäftsjahres der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für den in Satz 2 genannten Zweck erforderlich ist.

§ 54

Datenverarbeitung durch die Bereichsausschüsse

(1) Die Bereichsausschüsse sind befugt, die zu ihrer Aufgabenerfüllung nach § 6 Absatz 6 erforderlichen Daten im Sinne des § 50 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 und Absatz 2 Nummer 3 vorrangig bei den Integrierten Leitstellen und im Bedarfsfall bei den Leistungserbringern zu erheben, zu erfassen, zu organisieren, zu ordnen, zu speichern, anzupassen, auszulesen, zu verändern oder abzufragen.

(2) Die Bereichsausschüsse sind für die durch sie verarbeiteten personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

(3) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zwecke der Erfüllung der in § 6 Absatz 6 genannten Aufgaben drei Jahre gespeichert werden. Sie sind drei Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für den in Satz 2 genannten Zweck erforderlich ist.

§ 55

Datenverarbeitung durch die Aufsichtsbehörden und Genehmigungsbehörden

(1) Die zuständigen Behörden nach § 47 und § 48 sind befugt

1. die zur Wahrnehmung der Aufsicht erforderlichen Daten im Sinne des § 50 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bei den Leistungserbringern,
2. die zur Wahrnehmung der Aufsicht erforderlichen Daten im Sinne des § 52 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bei den Notärztlichen Standortleitungen und
3. die zur Wahrnehmung der Aufsicht erforderlichen Daten im Sinne des § 56 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bei den Integrierten Leitstellen

zu erheben, zu erfassen, zu organisieren, zu ordnen, zu speichern, anzupassen, auszulesen, zu verändern oder abzufragen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination, soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung erforderlich ist.

(3) Die Behörden nach § 36 sind befugt, die für das Genehmigungsverfahren nach §§ 29 bis 36 erforderlichen Daten zu erheben, zu erfassen, zu organisieren, zu ordnen, zu speichern, anzupassen, auszulesen, zu verändern oder abzufragen.

(4) Die Behörden nach Absatz 1 und 3 sind für die durch sie verarbeiteten personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich. Satz 1 gilt für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination mit der Maßgabe, dass die jeweiligen Regierungspräsidien datenschutzrechtlich verantwortlich sind, bei denen die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination angestellt sind.

(5) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen hinsichtlich der Daten nach Absatz 1 müssen für die dort genannten Zwecke ein Jahr gespeichert werden. Die Aufzeichnungen hinsichtlich der Daten nach Absatz 3 müssen für die dort genannten Zwecke fünf Jahre gespeichert werden. Die Daten sind ein beziehungsweise fünf Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für die in Absatz 1 beziehungsweise Absatz 3 genannten Zwecke erforderlich ist.

§ 56

Datenverarbeitung durch die Integrierten Leitstellen

(1) Die Integrierten Leitstellen dürfen personenbezogene Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit nur erheben, erfassen, organisieren, ordnen, speichern, anpassen, auslesen, verändern oder abfragen, soweit dies erforderlich ist

1. zur Durchführung von Notfallrettung oder Krankentransport, einschließlich der anschließenden Versorgung der Patientinnen oder Patienten mitsamt der Zuweisung und Anmeldung in einer geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung über den digitalen Versorgungsnachweis,
2. zum Nachweis der ordnungsgemäßen Ausführung des Einsatzauftrages gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder ihren Angehörigen,
3. zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Einsatzauftrages, insbesondere der Abrechnung der erbrachten Leistungen, oder
4. zur Wahrnehmung der Aufsicht durch die zuständigen Behörden gemäß §§ 47 und 48 über die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes zur Notfallrettung und des Krankentransportes durch die Leistungserbringer und die Integrierten Leitstellen.

Bei der Durchführung der Notfallrettung im Sinne der Nummer 1 dürfen personenbezogene Daten einschließlich der Gesundheitsdaten auch mittels telemedizinischer Ausstattungen, die mit einer Telenotärztlichen Zentrale vernetzt sind, erhoben, erfasst, organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, ausgelesen, verändert oder abgefragt werden. Dies kann auch erfolgen in Form von Bild- und Tonaufzeichnungen mittels körpernah getragener oder mobiler Aufnahmegерäte und wenn Dritte unvermeidbar betroffen sind. In Wohnungen ist eine Maßnahme nach Satz 3 nur zur Abwehr einer dringenden Gesundheitsgefahr für eine Person zulässig. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen Daten dürfen von der Integrierten Leitstelle zudem organisiert, geordnet, gespeichert, angepasst, verändert oder ausgelesen werden

1. zur Qualitätssicherung in der Integrierten Leitstelle und im Rettungsdienst,
2. zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung des in der Integrierten Leitstelle und im Rettungsdienst eingesetzten Personals, oder
3. zur Weiterentwicklung von Projekten im Sinne des § 7.

(3) Die nach Absatz 1 erhobenen personenbezogenen Daten dürfen von der Integrierten Leitstelle zudem an außenstehende Personen und Stellen übermittelt werden, soweit dies erforderlich ist

1. zur Erfüllung der in Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1 sowie Nummer 3 genannten Zwecke und für die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 im Hinblick auf die Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung gemäß § 9 Absatz 1,
2. im Versorgungsinteresse der Patientinnen oder Patienten
 - a) durch Unterrichtung der Einrichtung, die Ziel des Beförderungsvorganges ist oder
 - b) durch Unterrichtung von Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Betreuerinnen oder Betreuern,
3. zu einer Rechnungsprüfung, Organisations- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung und zum Nachweis einer gleichberechtigten Disponierung im Rahmen des Krankentransportes,
4. zur Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz, sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber der Integrierten Leitstelle oder ihren Mitarbeitenden begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten oder
5. zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder einer dritten Person, wenn die Gefährdung dieser Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der oder des

Betroffenen überwiegt und die Gefahr in vertretbarer Weise nicht anders beseitigt werden kann.

In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 ist die Übermittlung von personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten sowie die Bild- und Tonübertragung an die Leistungserbringer mittels telemedizinischer Ausstattungen zulässig. Absatz 1 Satz 3, 4 und 5 gelten entsprechend. Personenbezogene Daten, die der Geheimhaltungspflicht im Sinne von § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, dürfen auch dann übermittelt werden, wenn das Patientengeheimnis nach dieser Vorschrift nicht unbefugt offenbart würde.

(4) Die Integrierte Leitstelle ist zum Zweck der Ermöglichung des Besuchs und der direkten Kontaktaufnahme berechtigt, Verwandten ersten und zweiten Grades, Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern, Vorsorgebevollmächtigten sowie Betreuerinnen oder Betreuern der betroffenen Person deren Aufenthaltsort mitzuteilen, sofern nicht im Einzelfall offensichtlich schutzwürdige Interessen der betroffenen Person dem entgegenstehen. Dies gilt nicht, soweit die betroffene Person ausdrücklich einer Auskunftserteilung widersprochen hat.

(5) Werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 weitergegeben, so handelt die Person, die sie weitergibt, auch insoweit nicht unbefugt, als sie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungsvorschriften verpflichtet ist. Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 bleibt unberührt.

(6) Die Integrierte Leitstelle ist für die durch sie verarbeiteten personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich und bei der Datenverarbeitung zur Erfüllung der in § 11 Absatz 2 und 3 genannten Aufgaben hoheitlich tätig. Die Erfüllung weiterer Aufgaben nach § 11 Absatz 8 ist von der hoheitlichen Tätigkeit nicht umfasst.

(7) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zwecke der Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz, sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zehn Jahre gespeichert werden. Sie sind zehn Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für in Satz 2 genannte Zwecke erforderlich ist.

§ 57

Datenspeicherung durch die Integrierten Leitstellen

(1) Die Integrierten Leitstellen dürfen Daten, die den Inhalt von Telekommunikationsvorgängen betreffen, sowie Standort- und Verkehrsdaten von Telekommunikationsvorgängen im Sinne von § 3 Nummer 56 und 70 des Telekommunikationsgesetzes vom 23. Juni 2021 (BGBl. I S. 1858), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. März 2023 (BGBl. I Nr. 71) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung zu den in § 56 Absatz 1

bis 3 genannten Zwecken erheben, erfassen, organisieren, ordnen, speichern, anpassen, auslesen, verändern oder abfragen. Die Anrufenden und andere von der Datenverarbeitung betroffene Personen sind bei der Datenerhebung durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuweisen, dass eine Datenverarbeitung im Sinne von Satz 1 erfolgt. Geeignete Maßnahmen können beispielsweise eine Bandansage oder Hinweise auf der Internetseite sein.

(2) Sofern Telekommunikationsvorgänge über die Notrufnummer 112, das Notruf-App-System „nora“, nach Maßgabe des § 11 Absatz 2 oder sonstige Notrufeinrichtungen eingehen, darf die Verarbeitung von Daten im Sinne des Absatzes 1 zu den in § 56 Absatz 1 bis 3 genannten Zwecken auch erfolgen, ohne dass die Anrufenden und von der Datenverarbeitung betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Datenerhebung hiervon Kenntnis haben oder darüber informiert werden. Satz 1 gilt entsprechend bei Telekommunikationsvorgängen mit den in § 13 genannten Stellen, sofern die Datenverarbeitung diesen bekannt oder mit diesen vereinbart ist.

(3) Die nach Absatz 1 verarbeiteten Daten sind unverzüglich zu löschen, wenn die Telekommunikationsvorgänge nicht im Zusammenhang mit einem Einsatz stehen. Im Übrigen sind die Daten auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zum Zwecke der Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Anforderung von Kostenersatz, sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle begangen wurden, oder zur Verteidigung im Falle der Verfolgung von Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle wegen Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zehn Jahre gespeichert werden. Sie sind zehn Jahre nach der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für in Satz 2 genannte Zwecke erforderlich ist.

§ 58

Datenverarbeitung beim Betrieb des Online-Portals nach § 9 Absatz 1 Nummer 2

(1) Die Einstellung personenbezogener Daten in das Online-Portal ist nur für die in den Nummer 1 bis 9 genannten Zwecke zulässig. Personenbezogene Daten sind dabei grundsätzlich zu pseudonymisieren. Die in § 9 Absatz 3 genannten zugriffsberechtigten Personen dürfen personenbezogene Daten aus dem Online Portal nach Maßgabe folgender Bestimmungen erheben, erfassen, organisieren, ordnen, speichern, anpassen, auslesen, verändern oder abfragen, verwenden, übermitteln, verknüpfen, einschränken, löschen oder vernichten:

1. das Innenministerium, die Regierungspräsidien, die Landratsämter und die Stadtkreise nur, soweit dies für den Zweck der Ausübung der aufsichtsrechtlichen Aufgaben erforderlich ist,
2. die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst bei den Regierungspräsidien nach § 5 Absatz 2 Satz 1 und 2 nur, soweit dies für den Zweck der Mitwirkung an der Ausübung aufsichtsrechtlicher Aufgaben oder zur Überprüfung der Qualitätssicherung oder im Interesse

- der Sicherheit der Patientinnen und Patienten erforderlich ist,
3. die Bereichsausschüsse nur, soweit dies für den Zweck der Erstellung des Bereichsplans und der Festlegung der bedarfsgerechten Vorhaltungen sowie der Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten im Rettungsdienstbereich erforderlich ist,
 4. die Landesverbände der Leistungsträger sowie die Kreis- oder Regionalverbände der Leistungsträger nur, soweit sie Aufgaben des Rettungsdienstes wahrnehmen und nur soweit dies zum Zwecke der Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist,
 5. die Mitglieder des Beirats der Zentralen Stelle nach § 9 Absatz 1 nur, soweit dies zum Zwecke der Ausübung der Beratungs- und Unterstützungsfunktion für die Zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 erforderlich ist,
 6. die Leitungen des rettungsdienstlichen Teils der integrierten Leitstellen nur, soweit dies zum Zwecke der Lenkung aller Einsätze des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich und der Sicherstellung der Gleichbehandlung der Leistungsträger beim Krankentransport erforderlich ist,
 7. die Leitenden Notärztinnen und Notärzte der Rettungsdienstbereiche im Sinne des § 10 Absatz 1 Satz 4 nur, soweit dies zum Zwecke der Koordination bei Schadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten oder bei der Mitwirkung bei der Qualitätssicherung im Rettungsdienst erforderlich ist,
 8. die Notärztlichen Standortleitungen nur, soweit dies zum Zwecke der Dokumentation, der Datenanalyse und der Qualitätssicherung am Standort sowie zur Umsetzung der auf Ebene des Rettungsdienstbereichs beschlossenen Maßnahmen und Verfahren erforderlich ist sowie
 9. die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst nur, soweit dies zum Zwecke der Überwachung der Übertragung heilkundlicher Maßnahmen an Notfall-sanitäterinnen und Notfallsanitäter erforderlich ist.
- (2) Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit für die Verarbeitung nach Absatz 1 liegt bei der Stelle, bei der die abrufende Person angestellt ist oder bei der Stelle, die die abrufende Person mit einer bestimmten Funktion betraut oder zur Vertreterin oder zum Vertreter in einem Gremium bestimmt hat.
- (3) Die Daten sind auf Speichermedien aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zu den in Absatz 2 genannten Zwecken sechs Jahre gespeichert werden. Sie sind sechs Jahre nach Ende des Geschäftsjahres der Aufzeichnung zu löschen, es sei denn, dass im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die weitere Speicherung für die in Absatz 2 genannten Zwecke erforderlich ist.

ACHTER ABSCHNITT

Ordnungswidrigkeiten, Schlussvorschriften

§ 59

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen der Vorschriften dieses Gesetzes über die Mitwirkung an der Qualitätssicherung vorsätzlich oder grob fahrlässig

1. der Zentralen Stelle nach § 9 die Durchführung der Einsätze wiederholt oder dauerhaft
 - a) innerhalb der im Rettungsdienstplan festgelegten Frist nicht oder nicht vollständig dokumentiert übermittelt oder
 - b) innerhalb der im Rettungsdienstplan festgelegten Frist nicht in der vorgegebenen Form übermittelt,
2. seiner Auskunftspflicht gegenüber der Zentralen Stelle nach § 9 nicht nachkommt oder
3. seiner Verpflichtung an der Teilnahme am vorgegebenen Qualitätssicherungsverfahren nicht nachkommt.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer als Unternehmerin oder Unternehmer vorsätzlich oder fahrlässig

1. Krankentransport ohne Genehmigung nach § 29 Absatz 4 betreibt,
2. Notfallrettung ohne Anzeige nach § 29 Absatz 1 Satz 2 oder ohne Genehmigung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418) betreibt,
3. einer vollziehbaren Auflage nach § 34 zuwiderhandelt,
4. den Vorschriften dieses Gesetzes über
 - a) die einzusetzenden Fahrzeuge, ihre Ausstattung und Besetzung (§§ 15, 16 und 45) oder
 - b) die Betriebspflicht, die Einsatzbereitschaft und die Beförderungspflicht (§§ 37 und 38)zuwiderhandelt,
5. entgegen § 33 Absatz 1 in Verbindung mit § 54a PBefG die Auskunft nicht, unrichtig, nicht vollständig oder nicht fristgemäß erteilt, die Bücher oder Geschäftspapiere nicht vollständig oder nicht fristgemäß vorlegt oder die Duldung von Prüfungen verweigert,
6. entgegen § 39 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit
 - a) § 3 Absatz 1 Satz 2 BOKraft die Instandhaltungspflicht verletzt,
 - b) § 3 Absatz 1 Satz 3 BOKraft den Betrieb des Unternehmens anordnet,
 - c) § 4 Absatz 1 Satz 3 bis 5 und § 5 Absatz 1 BOKraft eine vollziehbare schriftliche oder elektronische Anordnung der Genehmigungsbehörde zur Bestellung einer Betriebsleiterin oder eines Betriebsleiters oder einer Vertreterin oder eines Vertreters nicht oder nicht innerhalb der von der Genehmigungsbehörde gesetzten Frist befolgt, oder
 - d) § 6 Nummer 2 BOKraft Unfälle nicht meldet oder

7. einen Krankenkraftwagen unter Verstoß gegen § 39 Absatz 1 in Verbindung mit folgenden Vorschriften einsetzt:
- § 18 BOKraft über das Mitführen der vorgeschriebenen Ausrüstung,
 - § 19 BOKraft über die Beschaffenheit und Anbringung von Zeichen und Ausrüstungsgegenständen,
 - § 41 Absatz 2 BOKraft über die Vorlage einer Ausfertigung des Untersuchungsberichtes oder des Prüfbuches oder
 - § 42 Absatz 1 BOKraft über die Vorlage des Nachweises.
8. das vereinbarte Leitstellenvermittlungsentgelt innerhalb der in § 11 Absatz 5 genannten Frist nicht oder nur teilweise an die empfangsberechtigte Integrierte Leitstelle abführt.
- (3) Ordnungswidrig handelt auch, wer als Unternehmer oder Unternehmerin vorsätzlich oder fahrlässig
- als Mitglied des im Fahrdienst eingesetzten Personals entgegen
 - § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 8 Absatz 3 und 5 BOKraft während des Dienstes oder der Dienstbereitschaft alkoholische Getränke oder andere die dienstliche Tätigkeit beeinträchtigende Mittel zu sich nimmt oder die Fahrt antritt, obwohl sie oder er unter der Wirkung solcher Getränke oder Mittel steht,
 - § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 9 Absatz 1 BOKraft seine Tätigkeit ausübt oder entgegen § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 9 Absatz 3 BOKraft eine Erkrankung nicht anzeigt oder
 - als Fahrzeugführerin oder Fahrzeugführer entgegen § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 9 Absatz 2 BOKraft Fahrten ausführt, obwohl sie oder er durch Krankheit in der Eignung beeinträchtigt ist, ein Fahrzeug sicher im Verkehr zu führen.
- (4) Die Ordnungswidrigkeiten in den Absätzen 1 bis 3 können mit einer Geldbuße bis zu 5 000 Euro geahndet werden.
- (5) Für die örtliche und sachliche Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 gelten die §§ 47 und 48 entsprechend. Für die Ahndung und Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten nach den Absätzen 1 und 2 ist die Genehmigungsbehörde zuständig.

§ 60

Umsetzungsfrist

- (1) Zur Umsetzung der Vorgaben in § 6 Absatz 1 und 2 sowie zur Umsetzung der Vorgaben im Rettungsdienstplan veranlasst der Landesausschuss für den Rettungsdienst eine landesweite Begutachtung nach § 8 Absatz 2 Satz 4. Aufgrund der Ergebnisse der Begutachtung legt er einen landesweit verbindlichen Umsetzungsplan fest, der im jeweiligen Rettungsdienstbereich Bestandteil des

Bereichsplanes nach § 6 Absatz 6 wird. Die Umsetzung soll bis zum 31. Dezember 2030 abgeschlossen sein. Die Aufgaben der Bereichsausschüsse nach §§ 6 Absatz 6 und 7 und 10 Absatz 3 bleiben bis zur landesweiten Begutachtung unberührt.

(2) Der digitale Versorgungsnachweis nach § 11 Absatz 6 ist im Rettungsdienst in allen Integrierten Leitstellen und Rettungsmitteln der Notfallrettung bis spätestens 31. Dezember 2025 vollständig betriebsbereit vorzuhalten.

(3) Das Telenotärztliche System ist in den telenotärztlichen Zentralen Freiburg und Ludwigsburg sowie in den Rettungsdienstbereichen Stadt- und Landkreis Heilbronn, Landkreis Hohenlohekreis, Landkreis Ludwigsburg und Landkreis Schwäbisch Hall sowie Landkreis Emmendingen, Landkreis Tuttlingen, Landkreis Waldshut und Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und Stadtkreis Freiburg bis zum 31. Dezember 2025 vollständig betriebsbereit vorzuhalten. Der Landesauschuss für den Rettungsdienst beschließt für die übrigen Rettungsdienstbereiche und für die durch das Innenministerium nach § 11 Absatz 9 Satz 2 zu bestimmenden Integrierten Leitstellen einen landesweiten Umsetzungsplan. Die Umsetzung soll bis zum 31. Dezember 2030 abgeschlossen sein.

§ 61

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 8. Februar 2010 (GBl. S. 285), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 12. Juni 2018 (GBl. S. 173, 187) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung

Der Gesetzentwurf zielt auf eine Verbesserung der Notfallversorgung ab. Die Rettungsdienststrukturen werden gestärkt, indem das Telenotärztliche System oder der digitale Versorgungsnachweis neben der bereits erfolgten Aufnahme in den Rettungsdienstplan nunmehr auch im Gesetz verankert werden.

Damit der medizinische und technologische Fortschritt auch künftig Einzug in den Rettungsdienst finden kann, ist im Gesetzentwurf zudem eine sogenannte Experimentierklausel vorgesehen, mit deren Hilfe neue Versorgungskonzepte in Pilotprojekten erprobt werden können.

Ein weiterer Fokus des Gesetzentwurfs liegt darauf, die bundesrechtlich im Notfallsanitätärgesetz angelegte Delegation von Heilbehandlungskompetenzen auf Notfallsanitätärinnen und Notfallsanitäter inhaltlich und organisatorisch auszugestalten.

Außerdem wird die Bedeutung der Qualitätssicherung unterstrichen, indem die von der Selbstverwaltung bereits durch Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst im Dezember 2010 ins Leben gerufenen „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW)“, die bereits in der bisherigen Fassung bei § 2 Absatz 3 erwähnt wurde nunmehr unter dem Begriff der „Zentralen Stelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst“ auf eine sehr detaillierte gesetzliche Grundlage gestellt wird.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin Ausnahmen von verschiedenen Vorgaben insbesondere zur Besetzung von Rettungsmitteln vor. Damit soll ermöglicht werden, auf besondere Lagen, wie beispielsweise eine Pandemie oder einen Unglücksfall mit einer Vielzahl von Verletzten, flexibel reagieren zu können.

Eine Flexibilisierung ist zudem im Bereich des Krankentransportes vorgesehen. So ist im Interesse einer Reduzierung von Leerfahrten vorgesehen, dass ein Krankentransportunternehmen künftig keiner Ausnahmegenehmigung mehr für eine Beförderung bedarf, deren Anfangs- und Zielpunkt außerhalb des eigenen Betriebsbereiches liegt.

Im Interesse einer höheren Rechtssicherheit sieht der Entwurf vor, dass der Rettungsdienstplan und die Einzelheiten der Förderung künftig in Form einer Verordnung erlassen werden können.

Weiterhin zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die datenschutzrechtlichen Vorschriften an die europarechtlichen Vorgaben anzupassen.

II. Wesentlicher Inhalt

Mit der Neufassung

- wird die Planungsfrist auf eine konkrete Zeitdauer und einen konkreten Zielerreichungsgrad gesetzlich festgelegt;
- werden die Vorschriften zur Bereichsausnahme präzisiert und dem Umstand Rechnung getragen, dass aufgrund der europarechtlichen Vorgaben für die Dienstleistungen der Luftrettung der freie Wettbewerb eröffnet ist und daher die Regelung des bodengebundenen Rettungsdienstes bzw. der Berg- und Wasser-Rettung nicht ohne Weiteres für diesen Bereich gelten;
- wird im Hinblick auf den bodengebundenen Rettungsdienst sowie die Berg- und Wasserrettung klargestellt, dass außer mit den im Gesetz ausdrücklich genannten Leistungsträgern sowohl mit juristischen Personen des öffentlichen Rechts als auch mit juristischen Personen des privaten Rechts Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung geschlossen werden können, wobei juristische Personen des pri-

- vaten Rechts zusätzlich die Kriterien der Gemeinnützigkeit, der Mitwirkung am Katastrophenschutz und Vorhaltung ehrenamtlicher Strukturen erheblichen Ausmaßes erfüllen müssen;
- wird die Funktion der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst verankert und im Hinblick auf die Mitwirkung an der Qualitätssicherung und die Einbindung in Maßnahmen der Aufsicht und der Beratung der Bereichsausschüsse konkretisiert;
 - wird für den Erlass des Rettungsdienstplanes eine Verordnungsermächtigung geschaffen:
 - wird die Möglichkeit eröffnet, 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;
 - wird die Qualitätssicherung im Rettungsdienst unter anderem dadurch gestärkt, dass die Zentrale Stelle für Qualitätssicherung ausdrücklich erwähnt und deren Aufgabenstellung konkretisiert wird;
 - wird klargestellt, dass alle Beteiligten am Rettungsdienst an der Qualitätssicherung mitwirken. Im Hinblick auf die Notarztstandorte wird dies durch die Einrichtung einer Notärztlichen Standortleitung sichergestellt;
 - wird die Möglichkeit eröffnet, ein Bußgeld zu verhängen, wenn gegen die Verpflichtung verstoßen wird, an der Qualitätssicherung mitzuwirken;
 - wird ein Rollenmodell für den Zugriff auf das von der Zentralen Stelle für Qualitätssicherung geführte Online-Portal etabliert;
 - wird die Aufgabenstellung des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstelle konkretisiert;
 - wird eine gesetzliche Grundlage für die Einführung eines landesweit einheitlichen digitalen Versorgungsnachweises geschaffen, durch den die Zuweisung und Anmeldung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten an geeignete Zielkliniken vereinfacht werden soll;
 - wird das Telenotärztliche System auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Dieses System soll einen Beitrag leisten, das arztfreie Intervall zu verkürzen, indem das nichtärztliche Personal bereits vor dem physischen Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes auf deren bzw. dessen Sachverstand mittels Ton- und Bildübertragung zugreifen kann;
 - wird in engen Ausnahmefällen die Möglichkeit eröffnet, von bestimmten Vorgaben des Gesetzes abzuweichen, sei es bei der Besetzung von Rettungsmitteln oder bei Fortbildungspflichten. Diese Ausnahmeregelungen sind zum einen Ausfluss aus den Erfahrungen der Coronapandemie, sollen aber zum anderen auch bei sonstigen, nicht voraussehbaren beziehungsweise nicht planbaren Lagen, wie zum Beispiel bei einem Massenansturm von Verletzten eine Flexibilisierung ermöglichen;
 - wird ein rechtlicher Rahmen für die eigenständige Durchführung anhand von Standardarbeitsanweisungen delegierter heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter geschaffen;
 - wird den Leistungsträgern aufgegeben, Ärztliche Verantwortliche zu bestimmen, welche u. a. die Aufgabe haben, diese Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf der Grundlage sogenannter Standard-Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade auf Notfallsanitäterinnen und -sanitäter vorzunehmen;
 - wird eine gesetzliche Regelung für die smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfer geschaffen;
 - wird das Verbot, Krankentransporte durchzuführen, bei denen sowohl Anfahr- als auch Zielort außerhalb des in der Genehmigungsurkunde festgesetzten Betriebsbereiches liegen, aufgehoben. Diese Flexibilisierung soll insbesondere einen Beitrag dazu leisten, Leerfahrten zu vermeiden. Über eine Ausnahmefiktion kommen auch solche Krankentransportunternehmen, denen nach der bisherigen Rechtslage eine Genehmigung erteilt wurde, in den Genuss der flexibleren Neuregelung. Der Betriebsbereich wird dabei nicht gänzlich bedeu-

- tungslos, sondern er ist nach wie vor Anknüpfungspunkt für die Beförderungspflicht;
- wird klargestellt, dass für die örtliche Zuständigkeit bei der Genehmigung des Krankentransportes allein der Betriebsbereich und nicht mehr der Sitz des Unternehmens ausschlaggebend ist;
 - werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die öffentliche Förderung des Rettungsdienstes konkretisiert;
 - wird eine Verordnungsermächtigung geschaffen, damit die weiteren Einzelheiten der Förderung sowohl für die Errichtung von Rettungswachen als auch für sonstige Projekte künftig mit einer höheren Rechtssicherheit ausgestaltet werden können;
 - werden die Regelungen zur Aufsicht klarer gefasst und künftig zwischen der Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse und die Leistungsträger einerseits und die Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstellen andererseits unterschieden;
 - werden die Vorschriften zur Datenverarbeitung unter Berücksichtigung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des 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 (DSGVO) überarbeitet. Insbesondere ist vorgesehen, für alle Beteiligte des Rettungsdienstes festzulegen, zu welchem Zweck welche Daten verarbeitet werden dürfen und wer die datenschutzrechtliche Verantwortung trägt. Gegenstand dieser datenschutzrechtlichen Regelungen sind dabei unter anderem auch der landeseinheitliche digitale Versorgungsnachweis, das Telenotärztliche System und das Online-Portal der Zentralen Stelle für Qualitätssicherung.

III. Alternativen

Keine

IV. Finanzielle Auswirkungen

Für die Durchführung des Rettungsdienstes entstehen den öffentlichen Haushalten grundsätzlich keine Kosten. Die Finanzierung des Rettungsdienstes erfolgt in einem dualen System. Tragende Säule ist das Benutzungsentgelt, welches die Krankenversicherungen und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung als Kostenträger im Rettungsdienst für ihre Versicherten aufbringen.

V. Kosten für die Öffentlichen Haushalte (Ohne Erfüllungsaufwand)

Kosten für die Öffentlichen Haushalte entstehen grundsätzlich nur bei der Förderung nach den §§ 40 ff. In diesem Rahmen gewährt das Land Investitionskostenzuschüsse für den bodengebundenen Rettungsdienst sowie der Berg- und Wasser-Rettungsdienste. Das Fördervolumen des Förderprogramms richtet sich dabei nach den jeweils im Staatshaushaltsplan veranschlagten Mitteln. Die Entscheidung über die jeweilige Bereitstellung von Haushaltsmitteln obliegt dabei dem Haushaltsgesetzgeber im Rahmen der Planaufstellungsverfahren. Diese Grundsätze werden durch den Gesetzentwurf nicht geändert.

Ebenso entstehen Kosten, wenn sich das Land an der Errichtung von Luftrettungsstationen beziehungsweise an den Erschließungskosten finanziell beteiligt. Die Gesamthöhe ist wegen der unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten noch nicht bezifferbar. Die Kosten für die Errichtung einer einzelnen Luftrettungsstation belaufen sich unter Beachtung der Baukostensteigerung der letzten fünf Jahre (rd. 44 % laut Destatis, vgl. Baupreisindizes – Neubau [konventionelle Bauart] von Wohn- und Nichtwohngebäuden einschließlich Umsatzsteuer, Werte – Gewerbliche Betriebsgebäude – Q I 2019: 113,9, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Preise/bpr110.html#241648>, zuletzt abgerufen am 13. Februar 2024) auf einen geschätzten Betrag von rund 4 000 000 Euro, der vom Land durch Markterkundung ermittelt wurde. Hinzu kommen Kos-

ten für die Erschließung von Grundstück und Gebäude, die sich auf jeweils von den Gemeinden geschätzte Beträge von bis zu 500 000 Euro belaufen. Ob und in welcher Höhe die Kosten der Errichtung eines Luftrettungsstandorts gefördert werden, ist noch nicht entschieden. Die gesetzlichen Regelungen sind bewusst offen gefasst und begründen keinen Anspruch.

Sofern durch die Festlegung der Planungsfrist weitere Ausbildungskapazitäten bei Notfallsanitätern und -sanitäterinnen notwendig werden, ist mit zusätzlichen sächlichen Prüfungskosten zu rechnen, die aus den hierfür im Epl. 09 veranschlagten Haushaltsmitteln zu finanzieren wären. Der Umfang ist zurzeit noch nicht bezifferbar.

Mit dem Gesetzentwurf sind vonseiten des Landes keine zusätzlichen personellen Ressourcen verbunden.

VI. Erfüllungsaufwand

Die Pflicht zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands ist ausgesetzt.

VII. Wesentliche Ergebnisse des Nachhaltigkeitschecks

Der Gesetzentwurf schafft die Voraussetzungen, damit die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes als einem wichtigen Bestandteil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr auch künftig sichergestellt wird. Dies geschieht insbesondere dadurch, dass neue digitale Instrumente wie das Telenotärztliche System oder der digitale Versorgungsnachweis gesetzlich verankert werden. Dies kommt dem Wohl der Patientinnen und Patienten zugute, indem das arztfreie Intervall verkürzt beziehungsweise die Zuweisung in eine geeignete Zielklinik optimiert werden kann. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten wird zudem verbessert, indem ein rechtlicher Rahmen für die vorab auf der Grundlage von Standardarbeitsanweisungen durchgeführte Delegation heilkundlicher – und damit grundsätzlich der Ärzteschaft vorbehaltenen – Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern geschaffen wird. Die Qualität der Notfallversorgung und damit auch der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung werden durch die Gesetzesnovellierung gesichert und gesteigert.

VIII. Sonstige Kosten für Private

Keine

IX. Ergebnisse der Anhörung

Zu § 1 Absatz 1

Die Anregung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), die Aufgabenbeschreibung insoweit zu öffnen, dass auch Einsätze ohne anschließenden Transport erfasst werden, wurde sinngemäß aufgegriffen.

Zu § 2 allgemein

Die Anregung des Landkreistages, den Begriff der Notfallmeldung genauer zu fassen, wurde dadurch teilweise Rechnung getragen, dass zwar nicht bei § 2 eine Legaldefinition aufgenommen, demgegenüber aber § 6 überarbeitet wurde.

Die Anregung der Kostenträger, den Begriff „Kostenträger“ durch „Sozialversicherungsträger“ zu ersetzen, wurde nicht aufgegriffen, da es sich um eine im Rettungsdienst etablierte Begrifflichkeit handelt.

Zu § 2 Nummer 4

Entgegen des Vorschlags eines Fachanwaltes für Medizinrecht wurde davon abgesehen, die Trägerschaft der notärztlichen Gestellungen in die Vorschrift zu inte-

grieren. Aufgrund der großen lokalen Unterschiede in deren Organisation vor Ort ist diese durch eine gesetzliche Regelung nur schwer zu erfassen. In jedem Fall würde eine Regelung die Gefahr bergen, in vorhandene, funktionierende Systeme einzugreifen oder diese gar zu unterbinden. Das zitierte Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württembergs (Urteil vom 28. März 2017, Az. L 11 R 2534/16) zwingt auch nicht zu einer Abkehr vom aktuellen System, denn in diesem Urteil wird die mögliche Verpflichtung der Krankenhausträger zur Gestellung der Notärztinnen und Notärzte nicht infrage gestellt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass aufgrund der engen organisatorischen Einbindung in den Betrieb der Leistungsträger im Rettungsdienst diese sozialrechtlich als abhängig Beschäftigte anzusehen sind. Dies hat auf die rettungsdienstrechtliche Verpflichtung der Krankenhäuser keinen Einfluss.

Darüber hinaus erfolgte bereits im Änderungsgesetz zum Rettungsdienstgesetz von 2009 die Streichung der Einschränkung der Gestellungspflicht der Krankenhäuser auf ihre Leistungsfähigkeit. Eine Verschärfung zur bisherigen Regelung liegt also gerade nicht vor.

Zu § 2 Nummer 5

Von verschiedenen Stellen wurde die Anregung vorgebracht, die Begriffsbestimmung zu den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu überarbeiten. Diese Anregung wurde aufgegriffen und dadurch klargestellt, dass Leistungsträger im Begriff der Leistungserbringer enthalten sind. Die Anregung der Interessengemeinschaft Privater Rettungsdienst Baden-Württemberg e. V. (IG Private), die Begriffsbestimmung zu den Leistungserbringern auch insoweit zu überarbeiten, dass bestandsgeschützte Unternehmen mit den gesetzlichen Leistungsträgern gleichgestellt werden, wurde hingegen nicht übernommen, da an der Bereichsausnahme festgehalten werden soll.

Zu § 2 Nummer 9

Die gleichlautende Anregung aller Sonderrettungsdienste eine rechtliche Grundlage dafür zu schaffen, dass ehrenamtlich tätige Angehörige der Sonderrettungsdienste für die Einsatzdauer und einen notwendigen Zeitraum danach von der Arbeits- oder Dienstleistung freigestellt sind, wird nicht übernommen. Eine solche Regelung, ähnlich der Regelung im Landeskatastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg (LKatSG) würde eine Kostenerstattungspflicht des Landes gegenüber privaten Arbeitgebern nach sich ziehen. Hierfür sind im Landeshaushalt keine Mittel vorgesehen.

Die Anregung des Regierungspräsidium Stuttgart (RPS), neben dem Berg- und Wasser-Rettungsdienst auch die Höhlenrettung als Sonderrettungsdienst aufzunehmen und im Folgenden hierzu Regelungen zu treffen wird nicht übernommen. Der Konzeption über die Durchführung des Berg-Rettungsdienstes in Baden-Württemberg vom 3. Dezember 2014 ist zu entnehmen, dass Notfallsituationen in Höhlen und Besucherstollen zu den Aufgaben des Berg-Rettungsdienstes gehören.

Zu § 2 Nummer 10

Die Anregung der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (AGSWN), klarzustellen, wer unter den Begriff „Rettungsdienstpersonal“ zu subsumieren ist, wurde durch eine Ergänzung in der Gesetzesbegründung aufgegriffen.

Zu § 2 Nummer 10

Dem Vorschlag von ver.di, auf die Einbindung von ehrenamtlichem Personal und Absolvierenden des Bundesfreiwilligendienstes zu verzichten, wurde nicht nähergetreten. Die Anforderungen an die Aus- und Fortbildung gelten auch für diese, sodass keine Qualitätseinbuße zu befürchten ist.

Zu § 2 Nummer 11

Die Anregung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK), klarzustellen, dass Notärztinnen und Notärzte nicht vom Begriff des „Personals“ umfasst seien, welches von einem Notarztstandort gemeinsam ausrückt, wird nicht aufgegriffen. Die Formulierung wurde bewusst so gewählt und soll bewusst auch das notärztliche Personal umfassen, damit die Ausrückzeit möglichst kurz ist.

Aus denselben Gründen wurde der Vorschlag der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), dass das Ausrücken nicht generell, sondern nur in der Regel gemeinsam erfolgen solle, nicht übernommen.

Zu § 2 Nummer 12

Die Anregung der LÄK, die Qualitätssicherung weiter zu fassen, wurde nicht aufgegriffen, da die vorgesehene Formulierung alle wesentliche Glieder der Rettungskette einschließlich der Schnittstellen zu anderen Versorgungssystemen abdeckt.

Zu § 2 Nummer 14

Die Anregung der Leistungsträger und von einem Fachanwalt für Medizinrecht den Versorgungsnachweis offen zu gestalten, d. h. offene Schnittstellen vorzuhalten, wurde in den Gesetzestext übernommen.

Zu § 2 Nummer 15

Die Anregung der Leistungsträger, klarzustellen, dass eine Delegation heilkundlicher Maßnahmen durch Telenotärztinnen und Telenotärzte an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nur erfolgen kann, sofern keine vorabdelegierten Maßnahmen vorliegen, wurde nicht übernommen. Denn sie wäre im Rahmen der Begriffsbestimmung zum einen systemwidrig. Zum anderen geht die Delegation durch mithilfe des telenotärztlichen Systems zugeschalteter Ärztinnen und Ärzte einer Vorabdelegation durch ortsabwesende ärztliche Verantwortliche zwar vor. Dies bedeutet aber keine Entwertung der Vorabdelegation. Auf ihrer Grundlage werden sich vielmehr die Indikationen für den Rettungswagen erhöhen, ohne dass es regelmäßig der Zuschaltung eines telenotärztlichen Systems bedarf.

Im Hinblick auf die Bemerkung von ver.di, des Landesfeuerwehrverbandes (FWVBW) sowie des RPS zu § 11 Absatz 9, die jeweils das Erfordernis einer landesweiten Steuerung und Planung betreffen, wird darauf hingewiesen, dass eine Projektmanagementgruppe auf Landesebene mit der Erstellung dieser Planung befasst ist. Dies gilt auch für die Anregung des RPS zu § 15 Absatz 1, nach Ablauf einer Übergangsfrist verpflichtend eine telemedizinische Ausstattung für jeden im Rettungsdienst eingesetzten Rettungswagen vorzuschreiben. Darüber hinaus wird in § 60 ein Umsetzungszeitraum festgelegt.

Die von Seiten der BWKG vertretene Auffassung, dass sichergestellt werden müsse, dass Einrichtung und Bereitstellung der telenotärztlichen Infrastruktur nicht durch die Krankenhäuser erfolgen müssten, wird nicht geteilt. Die telenotärztliche Infrastruktur entsteht nicht an den Krankenhäusern, sondern an den durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegten Integrierten Leitstellen.

Zu § 2 Nummer 18

Von einer Definition des Begriffs „Rettungsmittel“ wurde entgegen dem Vorschlag des RPS abgesehen. Der Begriff ist bereits im aktuellen Rettungsdienstgesetz enthalten, und aufgrund des gesetzlichen und rechtsverordnungsbedingten numerus clausus besteht auch nicht die Gefahr, dass rettungsdienstfremde Mittel hierunter subsumiert werden. Darüber hinaus ist der Begriff selbsterklärend; eine Erläuterung, die über den natürlichen Sinngehalt hinausgeht, ihn aber gleichzeitig nicht zu sehr einschränkt, ist nur schwer denkbar.

Zu § 2 Nummer 19

Die Anregung der LÄK zur Präzisierung der Begriffsbestimmung im Hinblick auf Sekundäreinsätze bei § 2 Nr. 19 wurde übernommen.

Zu § 3 Absatz 1

Die Anregung der AGSWN die Trägerschaft grundlegend zu überarbeiten wurde nicht aufgegriffen. An der sogenannten Bereichsausnahme und der damit verbundenen Privilegierung der gesetzlichen Leistungsträger soll festgehalten werden.

Zu § 3 Absatz 2

Die Anregung der gesetzlichen Leistungsträger, das Vereinbarungen des Innenministeriums mit weiterer Stellen und juristischen Personen nur dann möglich sein sollten, wenn zugleich ein Kooperationsvertrag mit einem gesetzlichen Leistungsträger abgeschlossen wird, wurde nicht übernommen, da nach dieser Vorschrift die Entscheidung bewusst allein dem Innenministerium überlassen bleiben soll. Ein Anwendungsfall ist zum Beispiel die Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus in Ulm.

Die Anregung der IG Private, die Nummern 1 bis 4 zu streichen, wurde nicht aufgegriffen, da der behauptete Widerspruch nicht ersichtlich ist.

Die Anregung, den Bedarf zu definieren, wurde insoweit aufgegriffen, als in der Begründung weitere Ausführungen hierzu eingefügt wurden.

Die Anregung der SAG Ambulanz GmbH, auch mit solchen Unternehmen Kooperationen im Bereich der Notfallrettung einzugehen, die nicht gemeinnützig sind, wurde nicht aufgegriffen.

Zu § 3 Absatz 4

Die redaktionelle Anregung der gesetzlichen Leistungsträger zur Anpassung eines Verweises auf die vorangehenden Absätze, wurde übernommen.

Zu § 5 Absatz 1

Durch die LÄK und einen Fachanwalt für Medizinrecht geäußerten Zweifeln an der Beschränkung der Fachqualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die für die Tätigkeit der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst infrage kommen, konnte keine Rechnung getragen werden. Insbesondere die durch die Landesärztekammer als Voraussetzung vorgeschlagene „Facharztweiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung“ wurde nicht übernommen, da unter diese Bestimmung beispielsweise auch Psychiaterinnen und Psychiater subsumiert werden könnten. Für die Notfallrettung wäre dies kein taugliches Kriterium.

Auch von der Übernahme der Anregung des Landkreistages, als Voraussetzung für die Qualifikation der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst zu fordern, dass eine mehrjährige Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt vorliegt und dass weiterhin an der Notfallrettung teilgenommen wird, wird abgesehen. Erfahrungen als Notärztin oder Notarzt sind sicherlich wünschenswert, aber keine Voraussetzung. Dadurch soll verhindert werden, dass das Bewerberfeld von vorneherein zu sehr eingeschränkt wird.

Die Anregung von ver.di, neben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst auch eine Leitende Notfallsanitäterin bzw. einen leitenden Notfallsanitäter einzubinden, wird nicht übernommen. Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst haben vielfach Einsatzerfahrung. Bislang wurde kein Fall bekannt, in dem sie die auch nicht-ärztliche Versorgung nicht hätten abbilden können.

Die Anregung des Regierungspräsidiums Tübingen (RPT), die verschiedenen ärztlichen Funktionen wie beispielsweise die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst anders zu bezeichnen, wurde nicht aufgegriffen, da die gewählten Begrifflichkeiten bereits eingeführt sind.

Die Anregung der AGSWN die Ärztliche Leitungen für den Rettungsdienst nicht bei den Regierungspräsidien, sondern auf Bereichsebene einzurichten, wird nicht übernommen. Die Notwendigkeit besteht nicht, da die Funktionen auf Bereichsebene im Wesentlichen durch die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst (§ 20) wahrgenommen werden.

Auf weitere Vorgaben zur erforderlichen Qualifikation wurde entgegen der Stellungnahme der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) sowie des RPS bewusst verzichtet, um das Bewerberfeld nicht zu sehr einzuengen.

Zu § 5 Absatz 2

Die Anregung der LÄK, die Rolle der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst bei der Aufsicht klarer herauszustellen, wurde nicht übernommen. Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst sind nämlich selbst keine Aufsichtsbehörden, sondern sie nehmen ihre Aufgaben im Rahmen ihrer Tätigkeit für die Regierungspräsidien wahr.

Die Anregung der Leistungsträger, den Passus zu streichen, dass die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst an der Aufsicht sowie bei der Festlegung und Überwachung von Standards für die Qualitätssicherung mitwirken, wurde nicht aufgegriffen. Es wurde aber durch eine Einfügung klargestellt, dass es um Standards der medizinischen Qualitätssicherung geht.

Zu § 5 Absatz 3

Nicht übernommen wurde eine Anregung der Leistungsträger, die Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst Koordination im Rahmen der Vertretung in länderübergreifenden Gremien auf die Erstellung von Delegationskonzepten für den Rettungsdienst auszuweiten. Die genannte Formulierung bezieht sich explizit auf die Vertretung des Landes Baden-Württemberg in der 6-Länder-Arbeitsgruppe der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst. Eine weitere Ausweitung ist nicht vorgesehen.

Zu § 5 Absatz 4

Die Anregung der Leistungsträger, von der Normierung einer Auskunftspflicht der Ärztlichen Verantwortlichen gegenüber den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst abzusehen, wird nicht übernommen. Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst führen auch über die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst Aufsicht und können ihrer Aufgabe nur so gerecht werden. Die datenschutzrechtlichen Regelungen decken dies ab.

Zu § 5 Absatz 5

Die Anregung von ver.di, die Möglichkeit der Ärztlichen Verantwortlichen, in begründeten Fällen in die Einsatzdokumentation Einblick zu erhalten enger zu fassen, wurde nicht aufgegriffen. Im Rahmen der Aufsichtsfunktion der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst kann die Einsichtnahme zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sein und ist zudem auf begründete Fälle begrenzt. Mit einer gerichtlichen Überprüfung in jedem Einzelfall ist nicht zu rechnen.

Zu § 6

Es gingen eine Vielzahl von Anregungen zu den Planungskriterien in § 6 ein. Die Abkehr von der bisherigen, sogenannten Hilfsfrist und die Einführung neuer Planungskriterien, die sich an spezifischen Gesundheitszuständen orientieren, wurde ganz überwiegend begrüßt. Von vielen Stellen, insbesondere den Leistungs- und Kostenträgern aber auch dem Landkreistag wurde jedoch vorgetragen, dass die Parameter für die Eintreff- und die Prähospitalzeit bereits im Gesetz deutlicher beschrieben und auch dort Aussagen zum arztbesetzten bodengebundenen Ret-

tungsmittel aufgenommen werden sollten. Außerdem wurde vielfach angemerkt, dass für die neuen Planungskriterien eine Übergangsregelung geschaffen werden sollte. Diese eingegangenen Stellungnahmen wurden zum Anlass genommen, die Vorschrift nochmals grundlegend zu überarbeiten und in § 60 Übergangsregelungen zu schaffen.

Zu § 6 Absatz 6 (ursprünglich: Absatz 4)

In § 6 Absatz 6 wurde eine Anregung der Leistungsträger übernommen, die personelle Besetzung der Krankentransportwagen nicht in den Bereichsplan aufzunehmen. Diese ist nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf verbindlich festgeschrieben.

Die Anregung von ver.di, die Verordnungsermächtigung im Hinblick auf die personelle Besetzung der Rettungsmittel zu streichen, wurde nicht übernommen. Die Regelung ermöglicht die Normierung von Regelungen zum Ausfallmanagement im Rahmen des Rettungsdienstplans.

Nicht übernommen werden konnte die Forderung von ver.di, im Bereich des Krankentransports auf der Ebene der Bereichsausschüsse eine Mindestvorhaltung an Krankentransportwagen in der Nacht und für das Wochenende zu normieren. Aufgrund des freien Marktes im Bereich des Krankentransports ist eine Planung hier nur schwer zu verwirklichen.

Die Anregung des FWVBW, die Vorgabe, dass der Bereichsplan den Standort der Integrierten Leitstelle festlegt, zu streichen, wurde übernommen, da die Regelung inzwischen unzutreffend ist. Der Standort der Integrierten Leitstelle wird in der Vereinbarung der Leitstellenträger festgelegt (§ 12 Absatz 1 Satz 2 Rettungsdienstgesetz, bereits so; § 6 Absatz 1 Satz 5 Rettungsdienstgesetz bisherige Fassung).

Zu § 7 Absatz 2

Die Anregung der AGSWN, die Antragsberechtigung bei der Experimentierklausel auf Universitätsklinika und ähnliche Einrichtungen auszuweiten, wurde insoweit aufgegriffen, als eine Antragsberechtigung für universitäre Einrichtungen in Kooperation mit einem stimmberechtigten Mitglied des Landesausschusses für den Rettungsdienst ermöglicht wird.

Die Anregung der Leistungsträger, die Antragstellung der Universitätsklinika und ähnlicher Einrichtungen nur in Kooperation mit einem gesetzlichen Leistungsträger zu zulassen, wurde nicht übernommen. Es erscheint sachgerecht, eine Kooperation auch mit anderen stimmberechtigten Mitgliedern vorzusehen, da auch dadurch die notwendige Rückkoppelung mit der Selbstverwaltung im Rettungsdienst erreicht werden kann.

Die Anregung der Kostenträger, eine Klarstellung aufzunehmen, dass die im Zusammenhang mit der Erprobung entstehenden und über die im § 41 Absatz 1 geregelte öffentliche Förderung hinausgehenden Kosten, dann Kosten des Rettungsdienstes seien, wurde nicht aufgegriffen. Allerdings wurde die Begründung dahingehend ergänzt, dass bei der Antragstellung eine Aussage zu den voraussichtlichen Kosten erfolgen soll.

Die Anregung der Kostenträger, den Kreis der Antragsberechtigten auf weitere Beteiligte auszuweiten, wurde nicht aufgegriffen. Gegen eine Ausweitung spricht insbesondere, dass die Erprobung neuer Versorgungskonzepte in enger Abstimmung mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst erfolgen soll. Aus denselben Gründen wurde auch eine ähnliche Anregung des Landesfeuerwehrverbands nicht aufgegriffen.

Zu § 8 Absatz 1

Die Anregungen der LÄK und der SQR-BW, die LÄK und die Zentrale Stelle nach § 9 als beratende Mitglieder in den Landesausschuss formal aufzunehmen, wurde aufgegriffen.

Die Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen hatte ebenfalls angeregt, als beratendes Mitglied in den Landesausschuss für den Rettungsdienst aufgenommen zu werden. Diesem Anliegen wurde entsprochen und damit einhergehend auch das Sozialministerium als beratendes Mitglied aufgenommen.

Die Anregung der AGSWN, den Notärztinnen und Notärzten einen Sitz im Landesausschuss für den Rettungsdienst zuzuweisen, wurde nicht übernommen. Die Möglichkeit, ärztlichen Sachverstand in das Gremium einzubringen, ist über die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst der Leistungserbringer, über die LÄK und letztlich auch über die AGSWN selbst hinreichend gegeben.

Die Anregung der Leistungsträger, dass die gesetzlichen Leistungsträger mindestens eine Vertreterin oder einen Vertreter in den Landesausschuss für den Rettungsdienst sollen entsenden können, wurde aufgegriffen.

Die Anregung des Gemeindetags, dass die Kommunalen Landesverbände vollstimmfähige Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst werden sollen, wurde nicht aufgegriffen, da dies der Systematik der Selbstverwaltung im Rettungsdienst durch die Kosten- und Leistungsträger widersprechen würde.

Die Anregung der IG Private, dem Deutschen Berufsverband Rettungsdienst (DBRD) einen Sitz mit beratender Stimme im Landesausschuss für den Rettungsdienst einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen. Dies hatte der DBRD auch selbst angeregt. Über die bereits vertretenen Mitglieder ist eine Rückkoppelung mit der Praxis bereits hinreichend gewährleistet.

Die Anregung von ver.di, der zuständigen Gewerkschaft im Landesausschuss für den Rettungsdienst einen beratenden Sitz einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen, da die Mitarbeiterinteressen im Außenverhältnis zum Land von den Kosten- und Leistungsträgern geltend gemacht werden. Das gilt vor allem im Hinblick darauf, dass bei Weitem nicht alles, was im Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossen wird, direkte Auswirkungen auf die Mitarbeitenden hat. Das Land geht zudem davon aus, dass die Leistungsträger ihre Mitarbeitendenvertretungen in angemessener Weise beteiligen.

Die Anregung der BWKG, den sie vertretenden Personen im Landesausschuss für den Rettungsdienst ein gleich großes Stimmrecht einzuräumen, wenn Krankenhäuser unmittelbar von Entscheidungen betroffen sind, wurde nicht aufgegriffen. Ein Stimmrecht würde die Systematik in der Selbstverwaltung durchbrechen.

Die Anregung des FWVBW, als beratendes Mitglied in den Landesausschuss für den Rettungsdienst aufgenommen zu werden, wurde nicht aufgegriffen. Die Interessen der Feuerwehr können bereits dadurch Rechnung getragen werden, dass der FWVBW als Gast an den Sitzungen teilnimmt.

Zu § 8 Absatz 3

Die Anregung der Leistungsträger, den Mitgliedern des Landesausschusses die Möglichkeit eines Rechtswegs gegen einen Widerspruch des Innenministeriums einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen. Die Vorschrift zum Widerspruch wurde unverändert übernommen und orientiert sich an den entsprechenden Bestimmungen des Kommunalrechts. Ein Änderungsbedarf drängt sich nach den bisherigen Erfahrungen nicht auf.

Entgegen der Anregung des RPS wurde keine Änderung hinsichtlich der Ausübung Rechts des Innenministeriums, gesetzeswidrigen Beschlüssen zu widersprechen, vorgenommen. Aufgrund der bisherigen Erfahrung besteht hierzu kein Anlass.

Zu § 9 Absatz 1

Die Anregung des RPS zu den Zuständigkeiten der Fristberechnung und zu den Modalitäten der Übermittlung wurden nicht aufgegriffen. Die Einzelheiten werden im Rettungsdienstplan geregelt.

Dem Vorschlag der SQR-BW, auch die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 zu regeln, wurde in Absatz 1 Satz 3 nachgekommen, um die künftigen Aufgaben, die ihr auch nach der Rahmenkonzeption übertragen wurden, ausdrücklich im Gesetz zu regeln.

Zu § 9 Absatz 3

Die Anregung der Kostenträger, den § 9 um eine weitere Nummer 11 zu ergänzen und den Vertreterinnen und Vertretern des Landesausschusses für den Rettungsdienst ebenfalls ein Zugriffsrecht auf das Online-Portal einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen. Dieser Personenkreis dürfte größtenteils identisch sein mit den Mitgliedern des Beirats der Zentralen Stelle, sodass diese Erweiterung der Zugriffsberechtigung nicht notwendig erscheint.

Dem Wunsch, der von Seiten eines Fachanwalts für Medizinrechts geäußert wurde, dass auch die Öffentlichkeit Zugriff auf die im Online-Portal bereitgestellten Analyseergebnisse der Zentralen Stelle für Qualitätssicherung haben soll, konnte nicht entsprochen werden, da zu den bereitgestellten Daten auch personenbezogene, personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten gehören können. Die Öffentlichkeit wird in Form des jährlich erscheinenden Qualitätsberichts über die Ergebnisse der Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg informiert. Damit wird dem Transparenzgedanken in umfassender Weise Rechnung getragen.

Die Anregung der SQR-BW den Umfang der Protokollierungspflicht zu konkretisieren, wurde durch eine textliche Anpassung und eine Ergänzung in der Begründung aufgegriffen.

Zu § 9 Absatz 3 Nummer 4

Die Anregung der IG Private, die privaten bestandsgeschützten Unternehmen in der Notfallrettung aufzunehmen, wurde übernommen, da es sinnvoll ist, dass sie als Akteure in der Notfallrettung auch einen Zugriff auf das Online-Portal haben und die Analyseergebnisse einsehen können.

Zu § 9 Absatz 3 Nummer 5

Die Anregung der Leistungsträger auch den Untergliederungen der Leistungsträger Zugriff auf die Analyseergebnisse der Zentralen Stelle über das Online-Portal zu geben wurde übernommen, nicht jedoch auch für die einzelnen Betriebsstätten, da der Kreis der Zugriffsberechtigten begrenzt bleiben muss

Die Anregung der SQR-BW, den weiteren Stellen, die vom Innenministerium mit der Wahrnehmung von Aufgaben der Notfallrettung beauftragt wurden, ebenfalls Zugriffsrechte einzuräumen, wurde aufgegriffen. Dies ist deshalb zielführend, weil ohne Zugriffsrechte die Teilnahme an der Qualitätssicherung nur schwerlich umsetzbar wäre.

Zu § 9 Absatz 3 Nummer 7

Die Anregung der Regierungspräsidien Karlsruhe (RPK) und RPS, dass auch die Leitungen der Integrierten Leitstellen zugriffsberechtigt sein sollten, wird nicht aufgegriffen, da dafür keine Notwendigkeit besteht und der Kreis der Zugriffsberechtigten begrenzt bleiben muss. Zumal ein entsprechender Bedarf seitens der Landesverbände des Deutschen Roten Kreuzes nicht zurückgemeldet wurde.

Zu § 9 Absatz 4 Nummer 1

Die SQR-BW hat vorgeschlagen hier verbindlich zu formulieren, dass die festgelegten Fristen (Datenlieferung gemäß Beschluss des LARD bis zum 15. des auf die Datenerhebung folgenden Monats) einzuhalten sind. Dies sei weiterhin im Kontext der neu einzuführenden Bußgeldregelungen im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Teilnahme an der Qualitätssicherung wichtig. Die Definition zur ordnungsgemäßen Teilnahme am vorgesehenen Qualitätssicherungsverfahren

(siehe § 59 Absatz 1 Nummer 3) müsse ebenfalls durch eine entsprechende Frist ergänzt werden. Die Anregung wurde insoweit aufgegriffen, dass die Frist künftig im Rettungsdienstplan definiert wird

Zu § 10 Absatz 1

Die Anregung der AGSWN, den Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst persönlich ein Teilnahmerecht am Bereichsausschuss einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen. Die Mitwirkungsmöglichkeit besteht bereits jetzt mittelbar über die Leistungserbringer, bei denen die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst angestellt sind.

Der Anregung der Kostenträger gegen eine Teilnahme der Notärztlichen Standortleitung, kann nicht gefolgt werden. Die Notärztliche Standortleitung hat im Bereichsausschuss andere Aufgaben als die Ärztlichen Verantwortlichen oder Ärztliche Leitung Rettungsdienst. Sie hat darüber zu wachen, dass die Qualitätssicherung der Notarztstandorte regelgerecht erfolgt.

Die Anregung von ver.di, eine Vertretung der Mitarbeitenden im Bereichsausschuss und eine Vertretung für die Interessen der Patientinnen und Patienten vorzusehen, wurde nicht aufgegriffen. Insoweit wird auf die Ausführungen zu der entsprechenden Anregung zu § 8 verwiesen.

Die Anregung des FWVBW, den Vertreterinnen oder Vertretern der Stadt- oder Landkreise den Vorsitz im Bereichsausschuss einzuräumen, wurde nicht aufgegriffen, da dies der Struktur der Selbstverwaltung im Rettungsdienst widersprechen würde. Zudem wäre diese Funktion nicht mit der – regelmäßig von den Stadt- und Landkreisen wahrzunehmenden – Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse kompatibel.

Zu § 10 Absatz 2

Die Anregung der SQR-BW, eine Regelung für die Berufung der notärztlichen Standortleitung sowie der Vertretung der Krankenhäuser in den Bereichsausschuss aufzunehmen, wurde aufgegriffen.

Die Anregung der BWKG, den sie vertretenden Personen, in den Bereichsausschüssen ein gleich großes Stimmrecht einzuräumen, wenn Krankenhäuser unmittelbar von Entscheidungen betroffen sind, wurde nicht aufgegriffen. Hierzu wird auf die Ausführungen zu dem vergleichbaren Vorschlag bei § 10 Absatz 1 verwiesen.

Die Anregung des Arbeiter-Samariter-Bundes, der Johanniter Unfallhilfe und des Malteser Hilfsdienstes, den Leistungsträgern nach § 3 Absatz 1 mit Ausnahme der Sonderrettungsdienste jeweils mindestens einen stimmberechtigten Sitz im Bereichsausschuss zuzuteilen, sofern diese eine Vorhaltung in dem jeweiligen Rettungsdienstbereich übernommen haben, wurde aufgegriffen.

Die Anregung der IG Private, eine Klarstellung aufzunehmen, dass auch bestandsgeschützte Unternehmen im Rahmen im Bereichsausschuss mit beratender Stimme vertreten sein müssen, wurde sinngemäß übernommen.

Zu § 10 Absatz 3

Die Anregung der SQR-BW, bei den Aufgaben des Bereichsausschusses auch die Beobachtung und Beratung des rettungsdienstlichen Teils der Leitstellen sowie deren Regelung zu ergänzen, wurde nicht übernommen, da dies keine Aufgabe des Bereichsausschusses ist. Der Betrieb des rettungsdienstlichen Teils der Leitstellen wurde vom Land auf die DRK-Landesverbände übertragen. Der Beirat der Integrierten Leitstelle kann Maßnahmen für den Rettungsdienstbereich beschließen, bei Kostenrelevanz muss der Bereichsausschuss zustimmen (§ 39 RDPI.).

Die Anregung der BWKG, das Recht der Bereichsausschüsse einzuschränken oder gar zu streichen, die Krankenhäuser zur Notarztstellung zu verpflichten, wurde nicht aufgegriffen. Die Möglichkeit hatten die Bereichsausschüsse bereits nach der bisherigen Rechtslage, und zwar hatte der Gesetzgeber mit der Novel-

le des Rettungsdienstgesetzes 2009 das Anordnungsrecht bewusst eingefügt. Es wird daher auf die Begründung in der Landtagsdrucksache 14/4840 Bezug genommen.

Zu § 10 Absatz 5

Die Anregungen der AGSWN und des Landesfeuerwehrverbands, die zum Teil auch von interessierten Bürgerinnen und Bürgern geäußert wurde, verschiedene Dokumente des Bereichsausschusses zu veröffentlichen, wurden insoweit aufgegriffen, als Beschlüsse und der Bereichsplan in geeigneter Form zu veröffentlichen sind.

Zu §§ 11 bis 13

Der Anregung der AGSWN, den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) in die Integrierten Leitstellen zu integrieren und das Leitstellenkonzept entsprechend der bundesweiten Reformvorstellungen zu überarbeiten, genauso wie dem Wunsch eines Fachanwalts für Medizinrecht, die Disposition des ärztlichen Bereitschaftsdienst durch die Integrierten Leitstellen zu ermöglichen, wurde durch die Aufnahme von Regelungen Rechnung getragen, die eine digitale Fallübergabe ermöglicht und die künftig geplante intensivere Zusammenarbeit von Integrierten Leitstellen und ärztlichem Bereitschaftsdienst ermöglicht. Eine Integration der 116117 in die Integrierten Leitstellen und die Disposition des ärztlichen Bereitschaftsdienst durch die Integrierten Leitstellen, wie es bis zum Jahr 2023 in Baden-Württemberg teilweise in Form von Kooperationen erfolgt ist, erscheint derzeit nicht mehr realisierbar, da die kassenärztliche Vereinigung die früher bestehende Kooperation aufgrund bundesrechtlicher Änderungen aufgekündigt und eigene Strukturen geschaffen hat.

Die Anregung des Landkreistages, dass die Fach- und Rechtsaufsicht über die Leitstellen bei den Stadt- und Landkreisen liegen soll, wurde nicht aufgegriffen. Die bisherige Struktur der Integrierte Leitstellen soll beibehalten werden. Danach ist der Betrieb des rettungsdienstlichen Teils der Leitstellen vom Land auf die DRK-Landesverbände übertragen. Die staatliche Aufsicht soll beibehalten und ausdrücklich geregelt werden. Somit wird geregelt, dass das Land in Gestalt der Regierungspräsidien dementsprechend auch die Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstelle hat.

Aus demselben Grund wurde die Anregung des Landkreistages, im Gesetzestext nicht von „beiden Trägern“, sondern von den „verantwortlichen Trägern“ zu sprechen, nicht übernommen.

Die Forderung der IG Private, dass die Integrierten Leitstellen die gesamte Verantwortung für den präklinischen Notdienst tragen und auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst disponieren können und das Land die entsprechenden Vorgaben machen soll, kann nicht in dieser Weise vollumfänglich umgesetzt werden, da das Land keine Regelungskompetenz für den ärztlichen Bereitschaftsdienst hat. Das Gesetz sieht jedoch Regelungen vor, die eine Übergabe und Vermittlung in andere Versorgungsstrukturen ermöglichen, sofern der Bund die bundesrechtlichen Voraussetzungen dafür schafft. Durch das novellierte Rettungsdienstgesetz und die darauf basierenden untergesetzlichen Regelungen wird zudem die Handlungssicherheit für alle Akteure verbessert.

Zu § 11 Absatz 1

Dem Anliegen des RPS, eine landesweit einheitliche standardisierte Notrufabfrage vorzugeben, wurde nicht gefolgt. Denn die vorgesehene Regelung ermöglicht landesweit einheitliche Vorgaben und entsprechende untergesetzliche Regelungen. Die weitere Anregung des RPS, hinsichtlich der Annahme von Notrufen auf anderen Wegen als über 112, technologieoffen zu formulieren, um Gesetzesänderungen rein aufgrund von bei technischen Innovationen zu vermeiden, wurde nicht aufgegriffen. Absatz 2 berücksichtigt zum einen bereits anstehende europarechtliche Vorgaben, zum anderen ist nicht ständig mit technischen Innovationen in diesem Bereich zu rechnen. Notwendige Gesetzesänderungen erscheinen auch

im Hinblick auf die Komplexität, die Sicherheitsaspekte und die erforderliche hohe Verfügbarkeit des Notrufs samt seiner Regelungen vertretbar.

Zu § 11 Absatz 3 und 5

Dem Wunsch der IG Privater in Absatz 3 und Absatz 5 das Wort Leistungsträger zu ergänzen wurde nicht nachgekommen, da der Begriff „Leistungserbringer“ nach der Begriffsbestimmung (§ 2 Nummer 5) auch alle im Krankentransport tätigen Unternehmen umfasst.

Zu § 11 Absatz 4 und 7

Nicht gefolgt wurde der Anregung von ver.di, dass die hoheitlichen Aufgaben der Integrierten Leitstellen den Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten als Personen übertragen werden sollen und nicht den Leitstellen. Dies wird in Gesetzesformulierungen unterschiedlich gehandhabt und hat rechtlich keine Auswirkungen, denn der haftungsrechtliche Beamtenbegriff knüpft an die Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe an und der strafrechtliche an die Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe. Auch das Anliegen, die Entgegennahme von Notrufen als hoheitliche Aufgabe zu regeln und durch die Amtshaftung eine persönliche Haftung auszuschließen, konnte auf diese Weise nicht realisiert werden. Nach der Rechtsprechung wird nur die Lenkung der Einsätze als hoheitliche Tätigkeit eingeordnet. Zudem kann auch im Rahmen der Amtshaftung ein Regress beim Ausführenden infrage kommen.

Zu § 11 Absatz 4

Eine Konkretisierung, dass die Integrierte Leitstelle die Nachforderung von Einsatzkräften durch vor Ort befindliche Einsatzkräfte nicht mit dem Hinweis auf ihre hoheitliche Tätigkeit verweigern kann, wie von ver.di angeregt, erfolgte nicht, da dies nicht notwendig erscheint. Das Zusammenspiel von Einsatzkräften vor Ort und Integrierten Leitstelle funktioniert auch hinsichtlich der Nachforderung reibungslos, grundsätzliche Probleme sind keine bekannt.

Zu § 11 Absatz 5

Übernommen wurde der Vorschlag der Kostenträger, eine ausdrückliche Verpflichtung zur Abführung der Leitstellenentgelte durch die Leistungserbringer an die Integrierten Leitstellen aufzunehmen. Eine kontinuierliche und zeitnahe Bezahlung der Leitstellenentgelte ist sicherzustellen, da die ILS damit finanziert werden.

Zu § 11 Absatz 6

Die Anregung des Landkreistags die genauen Verantwortlichkeiten zum digitalen Versorgungsnachweis bereits im Gesetz zu beschreiben und damit nachfolgende absehbare Kostendiskussionen und Zuständigkeitsstreitigkeiten auszuräumen, wurde nicht aufgegriffen. Die Umsetzung der Implementierung des digitalen Versorgungsnachweissystems wurde der Selbstverwaltung übertragen (Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst).

Der Vorschlag der BWKG, dass die in den Krankenhäusern anfallenden Kosten für Einführung und laufenden Betrieb des digitalen Versorgungsnachweises als Kosten des Rettungsdienstes zu betrachten und zu regeln sind, wurde nicht übernommen. Kosten für die Krankenhäuser können nicht im Rettungsdienstgesetz, sondern müssen im Landeskrankenhausrecht verortet werden. Der Anregung der BWKG, dass eine zeitnahe Aktualisierung der im digitalen Versorgungsnachweis abgebildeten Versorgungskapazitäten durch die Krankenhäuser ausreiche, da der personelle Aufwand in den Krankenhäusern gering gehalten werden müsse und an Stelle der Pflicht, sie „ständig aktuell zu halten“ aufgenommen werden solle, wurde nicht aufgegriffen. Der Versorgungsnachweis kann nur dann einen effektiven Beitrag zur Patientensteuerung leisten, wenn er so aktuell wie möglich ist. Es

wird zudem davon ausgegangen, dass der Aufwand mit zunehmender Digitalisierung des Gesundheitswesens abnehmen wird.

Dem Wunsch der BWKG, dass eine Ausnahme von der Einhaltung der Personaluntergrenzen geregelt werden soll, wenn ein Krankenhaus trotz Abmeldung vom Rettungsdienst angefahren wird, konnte nicht nachgekommen werden, da dies nicht im Rettungsdienstgesetz geregelt werden kann. Grundsätzlich ist eine Aufnahme bei Notfällen durch die Krankenhäuser nach dem Landeskrankenhausgesetz (LKHG) stets sicherzustellen (§§ 3a, 28, 29 LKHG).

Dem Anliegen der BWKG, dass einer konkreten Produktempfehlung Vorgaben zu Schnittstellen/Spezifikationen vorzuziehen sind, samt Hinweis auf ggf. wettbewerbsrechtliche Schwierigkeiten bei einer etwaigen Produktempfehlung auf Landesebene, konnte zum Teil Rechnung getragen werden. So wurde die Vorgabe, dass das Versorgungsnachweissystem schnittstellenoffen sein soll, in § 2 Nummer 14 aufgenommen. Die Umsetzung der Implementierung des digitalen Versorgungsnachweises wurde der Selbstverwaltung übertragen. Dementsprechend werden im Rettungsdienstgesetz nur die Pflicht zur Einführung eines digitalen Versorgungsnachweissystems einschließlich der wesentlichen Funktionalitäten geregelt. Somit obliegt der Selbstverwaltung auch die konkrete Ausgestaltung.

Dem Anliegen von einem Fachanwalt für Medizinrecht, keine weitere digitale In-sellösung einzuführen, sondern bestehende Systeme zu nutzen und einzubeziehen, wird durch die Vorgabe der Einführung eines Systems mit offenen Schnittstellen und auch dem Zusatz, dass andere Versorgungsstrukturen mitwirken können, Rechnung getragen.

Die Anregungen des RPS zum digitalen Versorgungsnachweis werden nicht umgesetzt. Die im Gesetz geregelte Einführung des digitalen Versorgungsnachweises samt den grundlegenden Funktionalitäten und Verpflichtungen erscheint ausreichend. Weitere Details können im Rahmen der Umsetzung festgelegt werden. Eine konkrete Anmeldung der Patienten im Krankenhaus ist ausdrücklich vorgesehen. Die Einbeziehung in die Qualitätssicherung ist durch die datenschutzrechtlichen Vorschriften abgedeckt.

Der Vorschlag des FWVBW, dass im Rahmen des digitalen Versorgungsnachweises eine Zuweisung von Notfallpatienten nicht allein digital erfolgen darf, sondern es zwingend eine gesetzliche verankerte Abstimmung geben muss, die eine Anmeldung durch den Rettungsdienst und eine Bestätigung durch die Klinik beinhaltet, da die digitale Anzeige in Zeiten quantitativ aufwändiger Notfallversorgungen nicht verlässlich sei, wird nicht übernommen. Denn die Anmeldung der Patientinnen und Patienten über den digitalen Versorgungsnachweis ist ausdrücklich vorgesehen und soll künftig die Regel sein. Die Kliniken werden verpflichtet, das System so aktuell zu halten, dass künftig grundsätzlich nicht mehr oder kaum noch telefoniert werden muss und so wertvolle Zeit eingespart werden kann.

Zu § 11 Absatz 7

Die Ausnahme der Weisungsbefugnis der Integrierten Leitstellen wurde mangels Sachgerechtigkeit nicht, wie von ver.di vorgeschlagen auf einsatztaktische Angelegenheiten erweitert, da das Zusammenspiel zwischen der Integrierten Leitstelle und den Einsatzkräften vor Ort reibungslos funktioniert und keine Probleme bekannt sind, die einer landesweiten gesetzlichen Regelung bedürfen.

Zu § 12 Absatz 1

Die Kostenträger bringen vor, dass es künftig Gesundheitsleitstellen im Sinn der vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung geben soll. Diese müssten eng mit den Einrichtungen der vertragsärztlichen, stationären und pflegerischen Versorgung im Netzwerk zusammenarbeiten und auch über digitale Schnittstellen verfügen. Sie fordern das Innenministerium auf im Rahmen eines Leitstellengesetzes die Voraussetzungen für eine leistungsfähige, flexibel, standortunabhängige, ausfallsichere und wirtschaftliche Leitstellenstruktur zu schaffen. Diese For-

derungen wurden nicht umgesetzt, da dies aufgrund der noch ausstehenden Vorgaben des Bundes zur Reform der Notfallversorgung derzeit und im Rahmen der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes nicht vollumfänglich möglich ist. Den Anliegen wurde jedoch dadurch Rechnung getragen, dass im neuen Gesetz die Möglichkeit einer stärkeren Zusammenarbeit mit der KVBW und anderen Versorgungsstrukturen sowie Schnittstellen für eine digitale Fallübergabe angelegt bzw. vorgesehen sind.

Die Anregung der Kostenträger, dass der Bereichsausschuss der Trägerschaftsvereinbarung zustimmen muss, wurde in Satz 3 aufgenommen und entspricht der Regelung im Rettungsdienstplan.

Die Anregung der SQR-BW, zu regeln, dass die Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und die weitere nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr als Integrierte Leitstellen in gemeinsamer Trägerschaft so zu betreiben sind, dass ihre Aufgabenerfüllung gewährleistet ist, wurde nicht übernommen, da die Integrierten Leitstellen in Baden-Württemberg nur von Feuerwehr und Rettungsdienst betrieben und getragen werden. Aufgaben aus dem Bereich des Katastrophenschutzes können nur im Katastrophenschutzrecht geregelt werden.

Die Anregung des FWVBW, die Trägerschaft des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstellen im Gesetz weiter zu konkretisieren und die DRK Landesverbände als Träger zu nennen, wird nicht aufgegriffen, da dies im Gesetzestext nicht erforderlich ist, die bewährte Struktur beibehalten wird und die Begründung Ausführungen dazu enthält.

Zu § 12 Absatz 2

Dem Anliegen der SQR-BW, Regelungen zur bedarfsgerechten personellen Vorhalfeplanung der Integrierten Leitstellen zu treffen, um eine Planung auf der Basis von einheitlichen Grundlagen zu erreichen, wird Rechnung getragen. Nach § 12 Absatz 2 wird künftig alle zwei Jahre eine Überprüfung und ggf. Anpassung sowie die Mitteilung von Änderungen an die Fachaufsichtsbehörde vorgeschrieben.

Der Vorschlag des Regierungspräsidiums Freiburg (RPF), die Mindestbesetzung mit zwei Leitstellendisponenten in das Gesetz aufzunehmen, wurde nicht übernommen, da die Konkretisierung im Rettungsdienstplan ausreichend ist.

Dem Anliegen des RPS, eine Ermächtigung zur untergesetzlichen Definition des Begriffs „Ausstattung mit qualifiziertem Personal“ in den Integrierten Leitstellen vorzusehen, wird durch die Aufnahme eines entsprechenden Passus in die Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 4 Nummer 9 Rechnung getragen.

Dem Anliegen von ver.di die auf die Personalausstattung bezogenen Begriffe „bedarfsgerecht“ und „qualifiziert“ zu konkretisieren, wird dadurch Rechnung getragen, dass die Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 4 Nummer 7 und Nummer 9 untergesetzliche Regelungen dazu möglich machen. Hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit wird in § 12 Absatz 2 zudem die Pflicht aufgenommen, die Bedarfsgerechtigkeit alle zwei Jahre zu überprüfen und das Ergebnis der Prüfung und etwaige Änderungen der Fachaufsichtsbehörde mitzuteilen. Der weitere Wunsch den Begriff Leitstellendisponentin oder Leitstellendisponent zu verwenden wurde nicht übernommen, da die offene Formulierung auch künftige Entwicklungen zulässt.

Aufgenommen wurde der Vorschlag der Kostenträger, zu ergänzen, dass die Integrierten Leitstellen „während ihrer Betriebszeit“ einsatzbereit und personell bedarfsgerecht ausgestattet sein müssen, um künftig die Option von Kooperationen zu eröffnen.

Zu § 13

Der Wunsch der Leistungsträger, das Wort „Leistungsträger“ in § 13 zu ergänzen, konnte unberücksichtigt bleiben, da die Leistungsträger nach der Begriffsbestimmung in § 2 Nummer 5 bereits vom genannten Begriff „Leistungserbringer“ umfasst sind.

Die Anregung der Leistungsträger, sie selbst ebenfalls im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Integrierten Leitstellen zu berücksichtigen, wurde nicht übernommen. Der Leistungserbringerbegriff nach § 2 Nummer 5 schließt auch die Leistungsträger mit ein.

Dem Wunsch der SQR-BW, den Begriff „Hilfsorganisationen“ durch „Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben“ zu ersetzen, wurde dadurch Rechnung getragen, dass er zusätzlich aufgenommen wurde.

Zu §§ 14 und 15

Die Anregung des IG Private, die beiden Normen zur Klarstellung umzustrukturieren, wurde umgesetzt.

Zu § 15

Die Anregung der IG Private, die Vorgaben zur Dimensionierung und Ausstattung zusätzlicher Systeme des Rettungsdienstes durch das Land zu definieren, ist bereits durch die aktuelle Fassung insoweit berücksichtigt, als über die Experimentierklausel neue Versorgungskonzepte erprobt werden können. Überdies sieht die Verordnungsmächtigung Möglichkeiten vor, neue Rettungsmittel zu etablieren und die Voraussetzungen der personellen Besetzung festzulegen.

Zu § 15 Absatz 2

Gegen die ursprüngliche Formulierung in Satz 1, dass die medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten einen umgehenden arztbegleiteten Transport in eine geeignete medizinische Versorgungseinrichtung durch einen Rettungstransporthubschrauber erfordert, haben alle Leistungsträger eine Änderung am Wortlaut vorgeschlagen. Denn mit der ursprünglichen Formulierung könnte der Eindruck entstehen, bei jedem arztbegleiteten Transport muss ein Rettungshubschrauber eingesetzt werden. Dies soll nur der Fall sein, wenn ein luftgebundener Transport indiziert und möglich ist.

Zu § 16 Absatz 1

Zur regelhaften Besetzung des Notarzteinsatzfahrzeugs wurden unterschiedliche Anregungen eingereicht. Während der Landkreistag und die Kostenträger anregen, eine Besetzung mit Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern als zweiten Personen zuzulassen, sprach sich ein Teil der Leistungsträger für eine Beibehaltung der aktuellen Regelung aus.

Da die Leistungsträger, die für die Gestellung der zweiten Personen verantwortlich sind, die Erforderlichkeit einer Herabsetzung nicht sehen und die Notärztinnen und Notärzte qualifizierte Mitarbeitende brauchen, verbleibt es bei der bisherigen Besetzungsregelung.

Einer durch einen Fachanwalt für Medizinrecht angeregten Wiederaufnahme des Rettungsmittels Notarztwagen in das Gesetz wurde nicht nähergetreten. In der Praxis führt der Einsatz von Notarztwagen dazu, dass Notärztinnen und Notärzte weniger gezielt eingesetzt werden können. Aus diesem Grund soll eine regelhafte Planung von Notarztwagen nun nicht mehr erfolgen. Ein Einsatz soll nur noch bei kurzfristigen und unvorhersehbaren Schichtausfällen erfolgen, wenn es ansonsten zu einem Ausfall der Vorhaltung kommen würde. Die diesbezüglichen Regelungen werden im Rettungsdienstplan erfolgen. Das Rettungsdienstgesetz sieht hierfür in § 6 Absatz 4 Nummer 6 und 7 eine Verordnungsmächtigung vor.

Zu § 16 Absatz 2

Die gegenläufigen Anregungen der AGSWN und des Landkreistages, die Übergangsregelung für den Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten zuständige Person auf dem Rettungswagen zu streichen bzw. zu verlängern, konnte nicht

übernommen werden. Zum einen war diese Übergangsregelung bereits in der ab dem 30. Dezember 2015 gültigen Fassung enthalten. Zum anderen geht es nach dem Ende der Möglichkeit zu einer weiteren Ausbildung nur noch um eine sehr geringe Zahl an Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die jedes Jahr weiter abnimmt. Es wird demnach kein Bedarf für eine Verlängerung gesehen, zumal der Erwerb der Berufsbezeichnung Notfallsanitäterin bzw. Notfallsanitäter im Rahmen der weiteren Ausbildung bereits nicht mehr möglich ist.

Auch der Forderung des DBRD nach der Aufnahme einer Regelbesetzung von zwei Rettungsanitäterinnen oder Rettungsanitätern auf dem Krankentransportwagen wurde nicht nachgekommen. Denn in Baden-Württemberg wird es aufgrund der Bereichsausnahme nicht zu einer regelhaften Übernahme niederschwelliger Notfalleinsätze durch Krankentransportwagen kommen.

Es wurde darüber hinaus auch davon abgesehen, die Einbeziehung der Rettungsdienstschulen in die Erstellung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitäter zu normieren. Im baden-württembergischen Rettungsdienst erfolgt die Erarbeitung entsprechender Vorgaben stets unter Beteiligung der Selbstverwaltung.

Soweit durch einen Fachanwalt für Medizinrecht hinsichtlich der Ausbildung der Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitäter Zweifel an der Gesetzgebungskompetenz des Landes geäußert werden, ist zu bemerken, dass die Zulassung zu nicht-ärztlichen Heilberufen zwar Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung ist. Der Bund ist aber bislang nicht tätig geworden, sodass viele andere Bundesländer bereits gesetzgeberisch tätig geworden sind (vgl. nur die Aufzählung auf Seite 6 der Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 049/22 der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages). Sofern sich der Bund hier zu einer Regelung entscheidet, wird das Land selbstverständlich zurücktreten. Die Kosten der Ausbildung der Rettungsanitäter zu regeln ist Aufgabe der Selbstverwaltung.

Zu § 16 Absatz 3

Die Anregung der Leistungsträger, dem Landesausschuss für den Rettungsdienst die Kompetenz zur Erhöhung der Stundenzahl der Pflichtfortbildung zuzusprechen, wurde übernommen. Dieser Vorschlag erscheint zielführender als die Forderung von ver.di nach einer dauerhaften Erhöhung der Fortbildungsstunden. Das von ver.di geforderte einheitliche Fortbildungsprogramm, in das auch die Erkenntnisse der SQR-BW einfließen, ist auch aus Sicht des Landes wünschenswert. Es bedarf dafür aber keiner gesetzlichen Regelung, da diesbezüglich eine Verordnungsermächtigung besteht. Mögliche Inhalte der Fortbildung können daher auch im Rettungsdienstplan festgelegt werden. Auch die vorgeschlagene Hospitation der Disponentinnen und Disponenten im Fahrdienst wäre zu begrüßen, kann aber aufgrund des tiefen arbeits- und tarifrechtlichen Eingriffs, den eine entsprechende Regelung darstellen würde, gesetzlich nicht geregelt werden.

Nicht übernommen wurde die Anregung des Landkreistages, ausdrücklich festzuschreiben, dass die Kosten der Pflichtfortbildung Kosten des Rettungsdienstes seien. Zum einen wäre dies in Absatz 3 nicht der Systematik der Norm entsprechend. Zum anderen sind die Kosten der Pflichtfortbildung als Kosten des Rettungsdienstes anerkannt. Probleme hierbei sind nicht bekannt.

Nicht übernommen wurde auch die Anregung der IG Private, das Rettungsdienstfachpersonal vollumfänglich in die Gestaltung der Ausbildung einzubinden und die Ausbildungsverantwortung dem Land aufzuerlegen. Die Akteure sind über die Gremien der Selbstverwaltung eingebunden. Darüber hinaus wird die Ausbildung der Fachkräfte durch die – teilweise auch in privater Trägerschaft befindlichen – Schulen geleistet. Das Land schafft hierfür die rechtlichen Rahmenbedingungen. Ihm die Ausbildungsverantwortung aufzuerlegen wäre ein Systembruch.

Abgesehen wurde auch von der Übernahme des Vorschlags von ver.di, den Einsatz der Notärztinnen und Notärzte von der Ableistung der Pflichtfortbildungen abhängig zu machen. Die Zuständigkeit für die Fortbildungen bei Notärztinnen und Notärzten liegt bei der Landesärztekammer. Entsprechendes gilt auch für die hier durch die SQR-BW und im Rahmen des § 19 Absatz 1 durch den DBRD geäußerte Forderung nach einer Fortbildungspflicht für Notärzte.

Zu § 16 Absatz 4

Eine Streichung von Satz 2 konnte entgegen der Anregung der Leistungsträger nicht erfolgen. Diese hatten Zweifel an der Aussagekraft der Meldungen geäußert, da auch zwischen diesen Zeitpunkten Erweiterungen in der Notfallrettung stattfinden. Konsequenz dieser Argumentation kann aber nicht sein, dass die notwendige und sinnvolle Meldung der Änderungen nicht mehr stattfindet. Vielmehr muss ein anderer, sinnvoller Zeitraum gefunden werden, der die Interessen der Leistungsträger und des RPK in bestmöglichen Einklang bringt. Aus diesem Grund sieht Satz 2 nun eine regelmäßige Meldung durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst vor, was eine flexible Anpassung der Übermittlungszeitpunkte ermöglicht.

Da die Meldung durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst erfolgen wird, ist in jedem Fall sichergestellt, dass auch die Kostenträger Kenntnis von den übermittelten Bedarfen haben.

Zu § 17

Nicht übernommen wurde die Anregung der Leistungsträger, die Ausnahmen zu den Besetzungsregelungen der Rettungsfahrzeuge auf alle Gesundheitslagen und den Fall unvorhersehbaren und kurzfristigen Personalmangels auszudehnen. Ebendies gilt auch für einen Vorschlag der Kostenträger, die Ausnahmen auf besondere Wetterereignisse wie z. B. Blitzeis auszuweiten. Der Vorschlag der Leistungsträger würde zu einer erheblichen Zunahme der Fälle führen, bei denen die Ausnahmeregelung Anwendung finden könnte. Der Vorschlag der Kostenträger wäre mit dem vorgesehenen Verfahren einer Beantragung von Ausnahmen zudem nicht vereinbar. Für den Fall des kurzfristigen und unvorhersehbaren Personalausfalls (ggf. auch aufgrund besonderer Wetterereignisse) hat die Selbstverwaltung die Aufgabe, ein Ausfallmanagement zu entwerfen, welches auch entsprechende Berichtspflichten an die Aufsichtsbehörden vorsieht. Das Gesetz sieht diesbezüglich eine Verordnungsermächtigung für den Rettungsdienstplan vor, sodass entsprechende Regelungen dort auch normiert werden können.

Nicht übernommen wurde auch die Anregung der Leistungsträger, beim Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im zweiten Ausbildungsjahr das für deren Ausbildung zuständige RPK lediglich zu informieren. Nachdem es sich in diesem Fall um längerfristige Lagen handelt, ist das Einholen einer Zustimmung möglich und zum Schutz der Auszubildenden erforderlich.

Ebenfalls nicht übernommen wurde die Anregung des Landkreistages, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im zweiten Ausbildungsjahr als zweite Person auf dem Rettungswagen einzusetzen. Diese Maßnahme wurde von keiner Seite als in diesen Fällen notwendig und entlastend eingebracht.

Die Anregung des RPS, die Ausnahmegesetze weiter zu fassen, wurde nicht aufgegriffen. Die Ausnahmen nach § 17 sollen vielmehr auf wenige Ausnahmen begrenzt bleiben. Dies schließt nicht aus, dass auf der Grundlage der Ermächtigung zum Erlass des Rettungsdienstplanes weitere Ausnahmen für kurzfristige, nicht planbare Personalausfälle zugelassen werden.

Zu §§ 18 ff.

Die Anregung des RPS, einheitliche Bezeichnungen für ein Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie Betroffenen zu verwenden wurde durch die Einfügung einer Legaldefinition in § 6 Absatz 3 aufgegriffen.

Zu § 19 Absatz 1

Der Anregung der IG Private, dass das Land die Eignungsvoraussetzungen der Notärztinnen und Notärzte festlegen und die Landesärztekammer lediglich geeignete Ärztinnen und Ärzte nachweisen solle, wurde nicht nähergetreten. Die Festlegung der Eignungsvoraussetzungen ist Aufgabe der Landesärztekammer.

Nicht gefolgt wurde auch den durch die BWKG geäußerten Bedenken gegen die Pflicht der Krankenhäuser, Notärztinnen und Notärzte zu stellen. Die gesetzliche Regelung entspricht – abgesehen von der Einführung der weiblichen Personenbezeichnungen – der im Änderungsgesetz von 2009 enthaltenen Abschaffung des Kriteriums der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Der Kreis der Krankenhäuser soll zudem nicht von vorneherein zu weit eingeschränkt werden.

Soweit vonseiten der BWKG darüber hinaus gefordert wird, konkrete Kosten in das Kostenerstattungsrecht der Krankenhäuser einzubeziehen, bleibt es ihr unbenommen, diesbezüglich in Verhandlung mit den Kostenträgern zu treten.

Entgegen des Vorschlags des RPS wurde auch davon abgesehen, Art und Umfang der Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zu regeln. Die Regelung wurde aus der bisherigen Fassung des Rettungsdienstgesetzes übernommen. Änderungen im Umfang der Mitwirkung waren gerade nicht beabsichtigt. Das ändert aber selbstverständlich nichts daran, dass sie Beteiligte im Rettungsdienst sind, sofern sie – beispielsweise als Notärztinnen und Notärzte – daran teilnehmen.

Zu § 19 Absatz 2

Der Anforderung der BWKG, dass auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Telenotärztinnen und Telenotärzte tätig sein können, wurde entsprochen. Ein Ausschluss von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wäre vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderung, eine ausreichende Anzahl von Telenotärztinnen und Telenotärzten zur Besetzung der Telenotärztlichen Zentralen zu finden, nicht zielführend.

Soweit der DBRD zudem fordert, dass Telenotärztinnen und Telenotärzte die Qualifikation gemäß dem Curriculum „Telenotarzt/Telenotärztin“ der Bundesärztekammer nachweisen, wird dem nicht nähergetreten. Die Landesärztekammer ist mit der Erstellung eines Curriculums befasst.

Zu § 19 Absatz 3

Die Anregung der LÄK und der AGSWN klarzustellen, dass die fachlichen Eignungsvoraussetzungen für Notärztinnen und Notärzte auch für Leitende Notärztinnen und Notärzte gelten müssten, wurde nicht aufgegriffen, da dies durch die gewählte Formulierung bereits hinreichend über den Verweis gewährleistet ist.

Nicht berücksichtigt wurde auch die Anregung der AGSWN, Regelungen über die Kostentragung hinsichtlich des Transfers der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte und der Telenotärztinnen und Telenotärzte zum Einsatzort aufzunehmen. Ein Transport der Telenotärztinnen und Telenotärzte zum Einsatzort ist nicht erforderlich. Bezüglich der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte reicht die vorhandene Regelung aus.

Die Vorbehalte der Kostenträger dagegen, dass die durch die Bereitstellung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte entstehenden Kosten solche des Rettungsdienstes sind, sind bekannt. Die Regelung wurde aber nicht verändert. Das Land bleibt diesbezüglich bei seiner Auffassung.

Zu § 20

Nicht übernommen wurde die Anregung der Leistungsträger, in Absatz 3 von Maßnahmen zu sprechen, die die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst vorgeben und überprüfen. Dies hat den Hintergrund, dass am Wortlaut des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätärgesetzes (NotSanG) festgehalten werden soll.

Dies gilt ebenso für die Stellungnahme der BWKG, die anregt, zur Klarstellung aufzunehmen, dass die Festlegung von Standardarbeitsanweisungen durch die Leistungsträger nach ärztlicher Konsultation erfolgen soll. Das Muster der Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst wird durch Ärztliche Leitungen mehrerer Bundesländer gemeinsam erarbeitet und aktualisiert. Damit erfassen sie bereits nur die Fälle, die nach ärztlicher Beurteilung

geeignet sind. Zudem enthalten sie auch Hinweise darauf, wann von der Durchführung der Maßnahme abzusehen ist und doch ein Arzt gerufen werden muss.

Soweit diese darüber hinaus die Befürchtung äußert, dass die Ärztlichen Verantwortlichen durch die Krankenhäuser gestellt werden sollten, ist das nicht der Fall. Die Ärztlichen Verantwortlichen sind Teil der Leistungsträger. Wie das Innenverhältnis ausgestaltet ist, bleibt ihnen überlassen.

Nicht übernommen werden konnte auch die Anregung des IG Private, die Leistungserbringer bei der Festlegung der Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade Baden-Württemberg zu beteiligen. Dies wäre ein Systembruch zum aktuellen System, an dem die privaten, bestandsgeschützten Unternehmen zwar mit beratender Stimme teilnehmen, in dessen Rahmen ihnen aber keine Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden.

Die begehrte Klarstellung, dass die Maßnahmen nach § 20 über die Kosten des Rettungsdienstes geregelt werden, ist zudem nicht erforderlich.

Soweit zudem von ver.di der Wunsch nach rettungsdienstbereichseinheitlichen Ärztlichen Verantwortlichen für den Rettungsdienst geäußert wurde, kann dem nicht gefolgt werden. Die Ärztlichen Verantwortlichen sind Teil der einzelnen Leistungsträger. Der beabsichtigten Standardisierung der Ausübung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Vorabdelegation wird darüber hinaus durch das Erfordernis landeseinheitlicher Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst genüge getan.

Die Art und Weise, in der die Ärztlichen Verantwortlichen die Kontrolle der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchführen, bleibt darüber hinaus ihnen überlassen, denn schließlich tragen sie am Ende die Verantwortung. Der Kritik von ver.di wird insoweit nicht gefolgt.

Entgegen der Kritik des DBRD wird auch an der Durchführung der Vorabdelegation festgehalten. Diese unterliegt nicht den einschränkenden Voraussetzungen des § 2a NotSanG und geht als Handeln unter vorab und generalisiert erteilter ärztlicher Delegation dem eigenverantwortlichen Handeln der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vor. Die gegen die Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst vorgetragenen Vorwürfe, diese seien im Fließtext geschrieben, in der Praxis nicht handhabbar und inhaltlich nicht korrekt, verfangen nicht. Es bleibt dem darüber hinaus unbenommen, inhaltliche Kritik dem Qualitätszirkel oder der 6-Länder-Arbeitsgruppe der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst vorzutragen.

Zu § 21

Dem Wunsch der LÄK, eine Tätigkeit als Notärztliche Standortleitung nur dann zuzulassen, wenn die jeweilige Ärztin oder der jeweilige Arzt als Notärztin oder Notarzt tätig ist, wurde nicht entsprochen. Denn dies würde die Notärztinnen und Notärzte ausschließen, die zwar die Zusatzweiterbildung aufweisen, aber aktuell nicht mehr im Einsatz sind. Der gewünschte Verweis auf das Vorliegen der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin wurde in die Begründung übernommen.

Die Anregung der AGSWN, auch die Dienstplanung als Aufgabe der Notärztlichen Standortleitung zu normieren, wurde nicht aufgegriffen. Dies würde der Notärztlichen Standortleitung eine arbeitgeberähnliche Position verleihen. Ihre Aufsichtsfunktion soll aber auf die Qualitätssicherung beschränkt sein.

Soweit sich die Kostenträger gegen die Notärztliche Standortleitung aussprechen und mit der bußgeldbewehrten Pflicht zur Teilnahme an der Qualitätssicherung und dem Vorliegen der SQR-BW argumentieren, kann dem nicht gefolgt werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass es der Notärztlichen Standortleitung als Ansprechpartnerin der Zentralen Stelle nach § 9 vor Ort bedarf. Es handelt sich damit nicht um eine Parallelstruktur, sondern um eine wichtige Ergänzung.

Der alternative Formulierungsvorschlag der BWKG konnte darüber hinaus nicht übernommen werden. Er lässt zum einen offen, wer für die Bestellung verantwortlich ist. Zum anderen aber möchte er die zwischen den Trägern der Notarztstellung und den Kostenträgern zu treffenden Vereinbarungen durch eine gesetzliche Regelung ersetzen.

Soweit sich die BWKG zudem unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Arbeitgeberbegriff gegen eine Weisungsbefugnis der Notärztlichen Standortleitung ausspricht und auch das RPT diesbezüglich Bedenken äußert, wird dem nicht gefolgt. Zum einen ist diese Weisungsbefugnis für die Erfüllung der Funktion erforderlich. Zum anderen bezieht sie sich lediglich auf die Qualitätssicherung. Um eine ausreichende Flexibilität der Norm zu gewährleisten, sollen die Aufgaben auch nicht abschließend formuliert werden. Aus diesen Gründen wird der alternative Formulierungsvorschlag der BWKG abgelehnt.

Aufgenommen wurde ein Ergänzungswunsch der SQR-BW, der es den Notärztlichen Standortleitungen erlaubt, auch die positiven Ergebnisse der Qualitätssicherung des jeweiligen Standorts mitzuteilen.

Zu § 21 Absatz 2 Satz 2

Entsprechend der Anregungen mehrerer Stellen wurde die Möglichkeit der stichprobenartigen Kontrolle der Einsatzdokumentationen durch die Notärztlichen Standortleitungen auf 25 Prozent der Einsätze ausgeweitet. Denn nur bei der Möglichkeit der stichprobenartigen Kontrolle in einem repräsentativen Umfang können die Notärztlichen Standortleitungen ihre Funktion sachgerecht ausüben und zur Qualitätssicherung beitragen. Eine deutliche und eindeutige Begrenzung des Umfangs ist aus Datenschutzgesichtspunkten erforderlich.

Zu § 22

Übernommen wurde die Anregung der Leistungsträger, die Aufgaben von Leitender Notärztin oder Leitendem Notarzt und Organisatorischer Leitung Rettungsdienst genauer zu definieren.

Zu § 23 und § 24

Hinsichtlich der Anregung der Kostenträger, gemeinsam mit den Leistungsträgern und dem Landkreistag, die Helfer-vor-Ort-Systeme und die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer in einem klar begrenzten Rahmen als Bestandteil der baden-württembergischen Notfallrettung zu institutionalisieren und als Notfallhilfe in das Rettungsdienstgesetz aufzunehmen, konnte nicht Rechnung getragen werden. Da diesbezüglich noch Fragen zu klären sind, konnten noch keine Regelungen aufgenommen werden. Es besteht allerdings die Option die Notfallhilfe im Rahmen der neu eingeführten „Experimentierklausel“ zu erproben.

Dem Vorschlag der Leistungsträger für die Helfer-vor-Ort und smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer eine Vereinfachung der Datenübermittlung zu erreichen, um Zeit zu sparen, ist durch die neuen datenschutzrechtlichen Regelungen in § 49 ff., insbesondere § 51 und §§ 56, 57 Rechnung getragen.

Den Forderungen von Landkreistag, Gemeindetag und der AGSWN, dass die Kosten für die Helfer-vor-Ort und smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer Kosten des Rettungsdienst sein sollten und unter die Finanzierungspflicht der Kostenträger des Rettungsdienstes fallen sollten, werden nicht berücksichtigt, da sie kein Teil des Rettungsdienstes sind und somit auch nicht unter die Finanzierungsverantwortung der Kostenträger fallen.

Auf Anregung der SQR-BW wurde die Verordnungsermächtigung bei den Helfern-vor-Ort und den smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern um Regelungen zu Eignung und Dokumentation ergänzt. Denn es erscheint sinnvoll Vorgaben dazu per Verordnung zu ermöglichen.

Zu § 23

Die Anregung der SQR-BW, die Definition der Organisierten Ersten Hilfe im Sinne einer besseren Verständlichkeit zu ändern, wird nicht übernommen, da sie mit der Definition in der Ersthelfer-Verordnung identisch ist und dieser Gleichlauf weiterhin erhalten bleiben soll.

Die Forderung des Landkreistags, dass die Kosten u. a. der notwendigen technischen Hilfsmittel der Helfer-vor-Ort als Teil der Rettungskette unter die Finanzierungspflicht der Kostenträger im Rettungsdienst fallen sollten, wird nicht berücksichtigt, da sie nicht Teil des Rettungsdienstes sind und somit auch nicht unter die Finanzierungsverantwortung der Kostenträger fallen.

Nicht übernommen wurde der Vorschlag des RPS, die Organisierte Erste Hilfe als fakultativen Bestandteil des Rettungsdienstes ohne Bindung an Sicherstellungsauftrag und Planungsfrist, um die Inanspruchnahme von Sonderrechten zu ermöglichen, da diese aufgrund der meist kurzen Wege nicht benötigt werden.

Die Anregung der IG Private, hier zwingend den Einsatz des Krankentransportwagen als Rettungsmittel voranzustellen, sofern dieser einen in der Verordnung nach § 6 Absatz 4 definierten Zeitvorteil gegenüber dem ersteintreffenden Rettungsmittel der Notfallrettung hat, wurde nicht übernommen, da es dafür keiner gesetzlichen Grundlage bedarf. Die Integrierte Leitstelle kann Krankentransportwagen aufgrund des Vorrangs der Notfallrettung jederzeit zu Erstmaßnahmen einsetzen.

Zu § 24

Der Forderung der AGSWN, die Kosten, die in der Leitstelle für smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer anfallen, als Kosten des Rettungsdienstes zu definieren, um die Verbreitung der Systeme zu beschleunigen, kann nicht entsprochen werden, da die smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer kein Bestandteil des Rettungsdienstes sind.

Dem Anliegen eines Fachanwalts für Medizinrecht der smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer mehr Gewicht zu verleihen und sie und ihre flächendeckende Bereitstellung ins Rettungsdienstgesetz aufzunehmen, konnte nicht nachgekommen werden, da diese Systeme kein Teil des Rettungsdienstes sind. Vor einer stärkeren Einbindung dieser ehrenamtlichen Strukturen sind noch bundesrechtliche Voraussetzungen, u. a. zur Finanzierung, zu klären.

Der Vorschlag der IG Private, das Wort „können“ in § 24 zu streichen, wird nicht übernommen, da es sich um eine weitere Aufgabe handelt, die die Integrierten Leitstellen freiwillig übernehmen können. Die „Kann“-Bestimmung eröffnet somit mehr Flexibilität und eine zwingende Alarmierung in allen Fällen soll und kann nicht erfolgen. Bisher sind die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer zudem auch nicht in allen Rettungsdienstbereichen implementiert.

Nicht gefolgt werden konnte der Anregung des RPS, § 24 technologieoffener und nicht nur auf Smartphones ausgerichtet zu formulieren, da hier ausdrücklich nur die smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern geregelt werden soll. Die Verordnungsermächtigung in Absatz 2 ermöglicht Vorgaben zur Eignung, sodass das weitere Anliegen einer Definition „Geeigneter Ehrenamtlicher“ damit erfüllt ist.

Zu § 25

Die Anregung der Leistungsträger, die Formulierung zur Anforderung technischer Hilfe in besonderen Lagen auszuweiten und dabei beispielsweise Leistungen des Katastrophenschutzes namentlich zu benennen, wurde nicht aufgegriffen. Hierfür wurde bislang kein Bedarf zurückgemeldet und daher war eine abschließende Abstimmung mit weiteren Betroffenen und Bewertung nicht möglich. Aus denselben Gründen wurde auch eine ähnliche Anregung des RPS nicht aufgegriffen.

Zu § 29

Nicht übernommen wurde der Vorschlag der Leistungsträger, die Leistungsträger vom gesamten Genehmigungsverfahren freizustellen. Dies wäre gegenüber den ebenfalls langjährig in der Notfallrettung tätigen bestandsgeschützten Unternehmen eine Ungleichbehandlung. Dem Interesse der Leistungsträger an einer Vereinfachung des Verfahrens soll vielmehr durch eine Entschlackung und Ver-

einheitlichung des Genehmigungsverfahrens im Rahmen der Rechtsverordnung begegnet werden. Der Gesetzesentwurf enthält hierzu eine Verordnungsermächtigung.

Nicht übernommen wurde zudem die Bitte des Landkreistages nach der Erläuterung des Begriffs der „wesentlichen Änderung des Betriebs“ in der Gesetzesbegründung. Dieser Begriff ist zwar auslegungsbedürftig, seine Benutzung ist im Rahmen gesetzlicher Regelungen aber durchaus üblich.

Zu § 30

Im Hinblick auf diese Norm wurden von mehreren Seiten Auslegungshilfen zu den dortigen unbestimmten Rechtsbegriffen gebeten.

So bat beispielsweise der Landkreistag darum, klarzustellen, wie eine Personaländerung zu subsumieren sei, und das RPK bat um die Vorgabe von Kriterien zur Prüfung der Zuverlässigkeit. Dies soll jedoch nicht im Rahmen des Gesetzes vorgenommen werden. Vielmehr sieht das Gesetz im Hinblick auf die Genehmigungsvoraussetzungen eine Verordnungsermächtigung vor.

Soweit vonseiten des Landkreistages zudem gefordert wird, die Beträge zu erhöhen, bei denen von einer ausreichenden Abdeckung im Sinne der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens ausgegangen wird, wird auch dem zunächst nicht nähergetreten. Auch hier gilt es zu beachten, dass der Zugang zum Markt nicht zu sehr erschwert werden soll.

Nicht übernommen wurde auch die Anregung der IG Private, den Nachweis der Einhaltung der Vorgaben zur Besetzung der Rettungsfahrzeuge längstens vier Wochen nach der Erteilung der Vorab-Genehmigung und vor der Betriebsaufnahme nachzuweisen. Die vorliegende Entwurfsfassung erfordert, dass die Besetzung vier Wochen vor der geplanten Betriebsaufnahme nachgewiesen werden muss. Als geplante Betriebsaufnahme ist dabei der konkrete Zeitpunkt zu sehen, zu dem alle Voraussetzungen erfüllt sind und die Genehmigung bereits vorliegt. Der Nachweis der ordnungsgemäßen Besetzung vier Wochen vor der letztendlichen Betriebsaufnahme erscheint dabei ausreichend, aber auch erforderlich. Die Gesetzesbegründung wurde diesbezüglich klargestellt.

Nicht übernommen wurde auch eine Anregung des RPK, die Zuverlässigkeit auf die Angestellten des Unternehmens auszuweiten. Die Pflicht des Unternehmers bezieht sich bereits jetzt auf den Einsatz geeigneter Mitarbeitender. Sofern er dieser nicht nachkommt, verletzt er seine Pflichten aus dem Rettungsdienstgesetz. Der genannten Ausweitung bedarf es demnach nicht, und sie wäre auch systemwidrig.

Zu § 32 Absatz 4

Dem Vorschlag der Kostenträger, das Einvernehmen der Bereichsausschüsse mit dem Zuschnitt der Betriebsbereiche zu fordern, kann nicht gefolgt werden. Im Bereich des freien Marktes liegt gerade keine Möglichkeit einer Bedarfsplanung vor. Zudem würde dies bedeuten, dass der Bereichsausschuss in ein verwaltungsrechtliches Genehmigungsverfahren eingebunden wird. Dies ist systemfremd.

Soweit der Landkreistag vorschlägt, im Gesetz ausdrücklich zu regeln, dass der Krankentransport in den Rettungsdienstbereichen Heidelberg/Rhein-Neckar sowie Mannheim durch die Integrierte Leitstelle Heidelberg/Rhein-Neckar erfolgen solle, wird für diese Regelung kein Bedarf gesehen. Wie der Landkreistag richtig ausführt, war diese einheitliche Disposition Voraussetzung der Trennung der Rettungsdienstbereiche. Entsprechende Änderungswünsche wurden bisher aber nicht bekannt.

Zu § 32 Absatz 5

Gefolgt wurde dem Vorschlag der Kostenträger, Beförderungen außerhalb des Betriebsbereiches nur zuzulassen, wenn die für den in der Genehmigungsurkunde angegebenen Betriebsbereich zuständige Integrierte Leitstelle dem zugestimmt

hat. Die Ergänzung der Einschränkung, dass dies nur bei zeitlich und örtlich unmittelbarer Anschlussbeförderung gilt, wurde dagegen nicht übernommen, denn sie führt zu großen Hürden im Hinblick auf die geplante Flexibilisierung.

Zu § 34

Übernommen wurde ein Vorschlag der Leistungsträger, die Krankentransportunternehmen zu einer Weiterleitung der beim zuständigen Kostenträger abgerechneten Leitstellenvermittlungsentgelte an die empfangsberechtigte Integrierte Leitstelle zu verpflichten.

Nicht nähergetreten werden konnte einem Vorschlag der IG Private, Krankentransportunternehmen die Errichtung eigener oder mit den Integrierten Leitstellen kooperierender Krankentransportzentralen zu ermöglichen. Die Disponierung soll gesammelt in der Hand der Integrierten Leitstellen belassen werden. Sofern beobachtet wird, dass keine regelgerechte Disposition durchgeführt wird, kann dies der Aufsicht mitgeteilt werden. Soweit zudem gebeten wird, die Abrechnungsmodalitäten der Integrierten Leitstellen zu regeln, bleibt dieser Vorschlag zu unkonkret, um ihn in Betracht zu ziehen.

Zu § 36

Nicht übernommen wurde die Anregung des RPK, weiterhin eine regelhafte Genehmigung durch die Stadt- und Landkreise vorzusehen, ohne dass das Regierungspräsidium dazu gezwungen sei, die Zuständigkeit erst „von sich zu weisen“. Sinn und Zweck der Regelung ist es eben gerade, eine Klarstellung der Zuständigkeiten zu erreichen, da in diesen Fällen die Zuständigkeitsfrage oftmals Probleme aufgeworfen hat. Dies gilt vor allem im Hinblick auf Unternehmen, die ihren Sitz außerhalb des Landes haben, während sich vor Ort lediglich eine unselbstständige Niederlassung befindet. Durch die Neuregelung fällt die Genehmigungszuständigkeit an die Regierungspräsidien, die die Zuständigkeit dann nach Rücksprache mit den Beteiligten verbindlich festlegen. Dies wird zu einer größeren Klarheit führen.

Aus diesen Gründen wurde auch der Kritik des Landkreistages und der Stadt Mannheim an der neuen Zuständigkeitsregelung im Hinblick auf die Genehmigung des Krankentransports keine Rechnung getragen.

Zu § 38

Nicht übernommen wurde ein Vorschlag der Leistungsträger, der eine Verordnungsermächtigung für das Entfallen der Beförderungspflicht vorsieht, sofern der Leistungserbringer das wirtschaftliche Risiko trägt, da keine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt.

Ebenso wurde dem Vorschlag der Leistungsträger, die Beförderungspflicht unter die Voraussetzung zu stellen, dass keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, nicht gefolgt.

Abrechnungsfragen sind durch die Selbstverwaltung zu klären. Eine entsprechende Regelung würde zudem entweder die Patientinnen und Patienten benachteiligen oder zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme des Rettungswagens führen.

Zu § 39

Die Anregung des RPS, den Absatz 1 Satz 2 enger zu fassen, wurde nicht aufgegriffen, da bei Verdacht auf übertragbare Krankheiten im Sinne des Infektionsschutzgesetzes die Tätigkeit bewusst nicht ausgeübt werden soll.

Zu § 40

Der Anmerkung in der gemeinsamen Stellungnahme der Leistungsträger, es stünden nicht genügend Haushaltsmittel für die Förderung zur Verfügung und der jährliche Finanzierungsbedarf belaufe sich bereits jetzt auf 60 Mio. Euro und der

Bedarf aufgrund der Neuerungen im Rettungsdienstgesetz würde sich drastisch erhöhen, kann insoweit zugestimmt werden, dass die neuen Zielvorgaben ambitioniert sind. Jedoch ist hierbei zu beachten, dass bereits nach derzeitiger Rechtslage eine Zielerreichung für die 10-minütige Hilfsfrist hätte planerisch berücksichtigt werden müssen, wie vom VGH Baden-Württemberg mit Urteil vom 5. Mai 2023 festgestellt. Über die Höhe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel entscheidet einzig der Haushaltsgesetzgeber.

Der Formulierungsvorschlag des Gemeindetages wird nicht wortgleich übernommen. Durch die Streichung des Wortes „maximal“ wird der Stellungnahme jedoch inhaltlich Rechnung getragen.

Die Anregung der Kostenträger, § 40 Absatz 1 Satz 6 ersatzlos zu streichen, wird nicht übernommen. Die Erwägungen des Bundesrechnungshofs, auf die Bezug genommen werden, berücksichtigen nicht, dass in Baden-Württemberg der Rettungsdienst der Selbstverwaltung auf der Grundlage des Konzessionsmodells übertragen worden ist und somit gerade nicht als staatliche Aufgabe der unteren Verwaltungsbehörden wahrgenommen wird.

Die redaktionelle Anmerkung des RPS, die Begriffe „Berg- oder Wasser-Rettung“ durch Sonderrettungsdienste zu ersetzen, wurde übernommen. Der Begriff Sonderrettungsdienste ist in § 2 für dieses Gesetz legal definiert.

Nicht übernommen wurde der Vorschlag von ver.di, dass bei der Förderung von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Rettungswachen die Mindestanforderungen der DIN 13049 herangezogen werden soll. Die genannte DIN wurde vom Landesgesetzgeber nicht in das baden-württembergische Baurecht übernommen und ist daher nicht anwendbar.

Ebenfalls nicht übernommen wurde der Vorschlag, auch Erhaltungsmaßnahmen an Bauten zu fördern. Hierfür bedürfte es eines neuen Fördertatbestandes. Angesichts des bereits bestehenden Förderstaus erscheint eine Erweiterung der Fördertatbestände nicht zielführend.

Zu § 40 Absatz 1

Die gemeinsame Anregung der Leistungsträger bei der Berechnung der Förder-summe auch vom Bauherren oder Ausführenden nicht zu vertretenden Kostensteigerungen zu berücksichtigen und anstatt einer Festbetragsfinanzierung eine Anteilsfinanzierung vorzusehen wurde nicht übernommen. Ebenfalls nicht übernommen wurde die Anregung, die Nennung der prozentualen Anteile der öffentlichen Förderung und der Eigenbeteiligung zu streichen. Bei der Förderung handelt es sich um eine Festbetragsfinanzierung nach den Vorgaben der Nummer 2.4.3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VV) des Ministeriums für Finanzen zur Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg (VV-LHO) vom 20. Dezember 2018. Die förderungsfähigen Kosten werden auf Grundlage einer festen Einheit, dem Kostensatz nach Baupreisindex, berechnet. Anders als bei einer Anteilsfinanzierung, bei der sich der zugrundeliegende Vomhundertsatz an den tatsächlichen Gesamtkosten orientiert, ist bei einer Festbetragsfinanzierung eine Berücksichtigung von Kostensteigerungen nicht möglich.

Zu § 40 Absatz 4 Nummer 2

Die Anregung der Leistungsträger wird dahingehend übernommen, das Wort „ausnahmsweise“ zu streichen. Beibehalten wird die Formulierung „ob und“ um weiterhin einzelne Fördertatbestände von der Möglichkeit der Erstausrüstung auszunehmen.

Die Anregung der Leistungsträger, die Ermächtigungsgrundlage dahingehend zu ergänzen, dass eine Rechtsverordnung auch Regelungen darüber enthalten kann, ob und in welchem Umfang Finanzierungskosten und Kosten für die Erstellung notwendiger Gutachten im Zusammenhang mit dem Bauvorhaben ebenfalls gefördert werden können, wird nicht übernommen, da eine Förderung von Finanzierungs- oder Gutachterkosten nicht vorgesehen ist.

Zu § 41 Absatz 3

Gefolgt wurde der Anregung des RPK, das Förderverfahren für die Projektförderung zu überarbeiten. Die Regelungen zum Antrags- und Bewilligungsverfahren wurden gestrichen. Im Gegenzug wurde die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Rechtsverordnung unter Nennung der Regelungsinhalte konkretisiert.

Zu § 43 Absatz 2

Die Anregung der Leistungsträger, in Satz 2 das Wort „Mietkosten“ durch „alle Kosten“ zu ersetzen wird nicht übernommen. Der Formulierungsvorschlag ist zu pauschal und würde keinerlei Einschränkungen zulassen.

Der Ergänzungsvorschlag der Kostenträger im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit von Personalkosten wurde nicht übernommen. Die Regulierung von Leiharbeit oder Honorarkräften ist nicht Aufgabe des Rettungsdienstgesetzes, sondern obliegt vielmehr anderen – in erster Linie bundesrechtlichen – Zuständigkeiten.

Zu § 43 Absatz 4

Die Anregung der DRK Landesverbände, Absatz 4 umfassend zu ändern, wurde nicht aufgegriffen. Die Fassung im Gesetzentwurf wurde aus den in der Begründung näher ausgeführten Erwägungen bewusst gewählt. Aus diesem Grund wurde auch die Anregung der Kostenträger zu dieser Vorschrift nicht aufgegriffen.

Die Anregung zur Ergänzung des Absatz 4 durch die IG Private wurde nicht übernommen, da es sich hierbei um eine Abrechnungsmodalität handelt, welche vom Innenministerium nicht zu beurteilen ist.

Zu § 43 Absatz 6

Die Anregung der IG Private, die Besetzung der Schiedsstelle aufseiten der Leistungsträger um einen Vertreter der privaten Rettungsdienstunternehmer zu ergänzen, wird nicht übernommen. Die Vertretung der Interessen der privaten Rettungsdienstorganisationen ist auch in der vorgesehenen Besetzung der Schiedsstelle möglich. Angesichts der tatsächlichen Übernahme von Vorhaltungen durch Private Rettungsdienstorganisationen ist die Aufweitung der Besetzung der Schiedsstelle wie vorgeschlagen nicht erforderlich.

Zu § 45

Die von einem Fachanwalt für Medizinrecht geäußerte Anregung, die Regelungen zu den Schiedsstellen nach dem Vorbild anderer Bundesländer zu überarbeiten, wurde nicht aufgegriffen, da ein entsprechender Bedarf aus der Praxis nicht gemeldet wurde.

Zu § 47

Die Anregung der AGSWN, der Rechtsaufsicht im Bereichsausschuss ein Stimmrecht einzuräumen, wurde nicht übernommen. Dies hätte nämlich zur Folge, dass die Rechtsaufsicht zur Prüfung von Beschlüssen berufen wäre, an deren Zustandekommen sie selbst mitgewirkt hat.

Zu § 49 ff.

Der Feststellung des Gemeindetags, dass die umfangreichen Datenschutzregelungen mit der im Rahmen der Entlastungsallianz vereinbarten Zielsetzung für mehr Entbürokratisierung nur schwerlich in Einklang zu bringen sind, ist entgegenzuhalten, dass die DSGVO konkrete Regelungen zu den verarbeitenden Stellen, den jeweiligen Zwecken und Verantwortlichen der Datenverarbeitung verlangt. Diese europarechtlichen Vorgaben sind auch bei der Rechtsetzung auf Landesebene zwingend zu beachten.

Die Vorschläge der SQR-BW, in §§ 50, 52 und 56, jeweils Absatz 3 Nummer 1, die Befugnis zur Datenübermittlung der Leistungserbringer, Notärztlichen Standortleitungen sowie Notärztinnen und Notärzte und Integrierten Leitstellen für die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 hinsichtlich der Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung aufzunehmen, wurden aufgegriffen.

Zu § 49

Die Anregung des Städtetags, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Gleichklang mit dem Feuerwehrgesetz (FwG) zu regeln seien, wurde nicht aufgegriffen. Es steht außer Frage, dass eine solche abgestimmte Regelung wünschenswert wäre. Hierfür bedarf es aber separater Anpassungen im FwG.

Zu § 49 Absatz 1

Der Bitte der Leistungsträger, die gegebenenfalls bestehende Pflicht zur Nachholung der Information über die Datenverarbeitung § 49 Absatz 1 Satz 2 zu streichen, wurde nicht nachgekommen. Nach dieser Regelung ist eine nachträgliche Information nur erforderlich, sobald und sofern eine direkte Abrechnung der Leistungsentgelte erfolgt. Eine isolierte Information ist hingegen gerade nicht erforderlich. Daher entsteht der vorgetragene Verwaltungsaufwand nicht. Die Passage ist Ergebnis der Abstimmungen mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und trägt den europarechtlichen Vorgaben Rechnung.

Zu § 49 Absatz 2

Die Anregung der SQR-BW, die Formulierung in Absatz 2 anzupassen, da es ihr nicht möglich sei, alle genannten Vorgaben vollumfänglich erfüllen zu können, wird übernommen. Diese Anpassung greift auch die Formulierung der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes sinngemäß auf.

Zu § 50 Absatz 3 Nummer 1

Der Vorschlag der SQR-BW, bei der Befugnis zur Datenübermittlung, Absatz 2 Nummer 3, zu ergänzen, wurde übernommen, da die Befugnis zur Übermittlung zur Weiterentwicklung von Projekten im Sinne des § 7 sachgerecht ist.

Zu § 50 Absatz 3 Satz 4

Der Anregung eines Fachanwalts für Medizinrecht, bei der Frage der befugten Datenübermittlung alleine auf § 203 StGB abzustellen und die weitergehenden Ausführungen im Gesetzestext zu streichen, wurde nicht aufgegriffen. Die Formulierung entspricht der bisherigen und bewährten Regelung und es sind keine Probleme hinsichtlich der Verständlichkeit bekannt.

Zu § 52 Absatz 3 Nummer 1

Der Vorschlag der SQR-BW, bei der Datenübermittlungsbefugnis Absatz 2 Nummer 3 zu ergänzen, wurde übernommen (siehe oben zu § 50 Absatz 3 Nummer 1).

Zu § 53 Absatz 1

Der Vorschlag der SQR-BW, den Bezug zu den Regelungen der Notärztlichen Standortleitungen einzufügen, wird übernommen, da sie versehentlich fehlten. Das Anliegen, die Befugnis zur Datenverknüpfung ausdrücklich aufzunehmen, wird umgesetzt, da die Verknüpfung ein wesentliches Element der Arbeit der Zentralen Stelle nach § 9 im Rahmen ihrer Aufgabe der Qualitätssicherung darstellt. Die Anregung, beim digitalen Versorgungsnachweis die Befugnis der Zentralen Stelle nach § 9 zur Datenerhebung samt -verarbeitung auch im Hinblick auf die Krankenhäuser aufzunehmen, wird nicht übernommen, da dies vom Innenmi-

nisterium mangels Zuständigkeit nicht im Rettungsdienstgesetz geregelt werden kann. Die Zentrale Stelle nach § 9 hat aber selbstverständlich über Absatz 1 die Möglichkeit auf die Daten des Digitalen Versorgungsnachweises bei den Integrierten Leitstellen oder auch den Leistungsträgern zuzugreifen.

Zu § 53 Absatz 2

Dem Wunsch der SQR-BW, die Worte „sowie personenbezogene Daten der Patienten, Verantwortlichen und Beteiligten am Rettungsdienst nach § 2 Nr. 6“ zu ergänzen, wird mangels Notwendigkeit nicht nachgekommen, da sich die Befugnisse in § 53 bereits auf personenbezogene Daten beziehen.

Zu § 53 Absatz 4

Dem Anliegen der SQR-BW, eine Regelung zur Datenübermittlung unter bestimmten Voraussetzung an außenstehende Personen und Stellen zu ergänzen, wurde nachgekommen. Die Ergänzung bewirkt, dass die SQR-BW die Daten weiterverarbeiten und unter den genannten Voraussetzungen übermitteln darf, was für ihre Aufgaben der Qualitätssicherung erforderlich ist.

Zu § 53 Absatz 6

Auf Vorschlag der SQR-BW wurde die Speicherdauer für die Daten bei der Zentralen Stelle nach § 9 auf 15 Jahre festgelegt. Diese Speicherdauer ist für deren Aufgabenerfüllung im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung erforderlich. Um für die Indikatorenentwicklung notwendige Testberechnungen durchführen zu können, ist es wichtig, dass die Zentrale Stelle nach § 9 über Daten verfügt, die sich nicht auf die letzten fünf Jahre beschränken. Zur längerfristigen Ergebnisinterpretation und für die Fehlersuche bei Auffälligkeiten ist es wichtig, dass Daten über einen deutlich längeren Zeitraum vorliegen und dass diese miteinander verglichen werden können. Das gilt auch für die Durchführung von Weiterverarbeitungen und Auswertungen und Aufträge gemäß § 53 Absatz 4.

Zu § 57 Absatz 3

Dem Vorschlag der Leistungsträger, die Pflicht zur Löschung der Daten darauf zu begrenzen, wenn die Telekommunikationsvorgänge nicht im Zusammenhang mit einem Einsatz stehen, wurde gefolgt. Denn zur Vermeidung einer Beweisnot und einer damit eventuell verbundenen Beweislastumkehr ist es wichtig, Anrufe zurückverfolgen zu können, die keinen rettungsdienstlichen Einsatz im engeren Sinne zur Folge haben, die aber die Gründe für die unterbliebene Disponierung eines Rettungsmittels nachvollziehbar machen. Auch diese Fälle sind damit vom Zweck der Speicherung zur Durchführung der Notfallrettung im Sinne von § 56 umfasst.

Zu § 58

Auf dringende Anregung der SQR-BW wurde die Regelung, dass die Daten grundsätzlich nur anonymisiert in das Online-Portal eingestellt werden gestrichen, da dies durch die SQR-BW nicht vollumfänglich realisierbar ist und zudem die mit dem Online-Portal verfolgten Zielen nicht erreichbar wären. Die Daten, die sie von den Akteuren (beispielsweise Rettungswachen, Notarztstandorten und Leitstellen) erhält bzw. die sie für das Online-Portal verwendet, sind grundsätzlich pseudonymisiert. Eine vollständige Anonymisierung hätte zur Folge, dass die Daten nicht mehr in der für die Arbeit und Analysen der SQR-BW unbedingt erforderlichen Weise verwendbar und nutzlos wären. Den Belangen des Datenschutzes kann dadurch Rechnung getragen werden, dass der Umfang der Zugriffsberechtigung an die konkreten zwingenden Erforderlichkeiten der Nutzergruppe angepasst werden.

Zu § 58 Absatz 1

Die Anregung des RPS, in den einzelnen Nummern eine einheitliche Begrifflichkeit zu verwenden, wurde umgesetzt.

Zu § 58 Absatz 1 Nummer 5

Entsprechend der Anregung der SQR-BW wurde die Formulierung aufgabengerecht angepasst, da der SQR-Beirat die Zentrale Stelle nach § 9 zur Qualitätssicherung berät und sie unterstützt und ihr gegenüber aber keine Kontrollbefugnisse innehat.

Zu § 58 Absatz 3

Das Anliegen der SQR-BW, dass die Speicherdauer der Daten für das Online-Portal sechs Jahre betragen soll und mit dem Ende des Geschäftsjahres der Aufzeichnung beginnen soll, wurde in § 58 Absatz 3 Satz 3 aufgegriffen. Denn es ist sinnvoll, die Speicherfrist für die auf dem Online-Portal verfügbaren Daten auf sechs Jahre zu limitieren, da dort ein größerer Kreis an Nutzungsberechtigten Zugriff hat. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und hinsichtlich des Erkenntnisgewinn erscheint der gewählte Zeitraum sachgerecht. Sofern im Einzelfall Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine längere Speicherung für die entsprechenden Zwecke erforderlich ist, ist dafür eine Ausnahme möglich.

Zu § 59

Verschiedene redaktionelle Hinweise, die von einem Fachanwalt für Medizinrecht angemerkt wurden und u. a. die Verweiskette des § 33 auf das Personenbeförderungsgesetz sowie des § 39 auf die Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr betrafen, wurden aufgegriffen.

Zu § 59 Absatz 1 Nummer 1

Die Anregung der SQR-BW, auch die nicht fristgemäße Datenlieferung an die Zentrale Stelle nach § 9 in den Bußgeldtatbestand aufzunehmen, wurde aufgegriffen.

Die Anregung der BWKG, den Bußgeldtatbestand zu überarbeiten, wurde insoweit aufgegriffen, als eine mangelhafte Dokumentation nur dann bußgeldbewehrt ist, wenn es sich um vorsätzliche oder grob fahrlässige, wiederholte oder dauerhafte Verstöße handelt.

Zu § 59 Absatz 2 Nummer 8

Die Anregung der Leistungsträger, einen neuen Bußgeldtatbestand für die Fälle einzuführen, in denen das vereinbarte Leitstellenentgelt nicht oder nur teilweise an die empfangsberechtigte Integrierte Leitstelle abgeführt wird, wurde aufgegriffen.

Anregungen zur Gesetzesbegründung:

Zu § 2 Nummer 12 Satz 7

Die Anregung der SQR-BW, anstatt „mit Hilfe definierter Datensätze oder sonstiger Indikatoren“ die Worte „mit Hilfe definierter Datensätze und anhand von Qualitätsindikatoren“ zu verwenden, wurde übernommen, da die Formulierung treffender ist.

Zu § 9 Absatz 1 Satz 2

Die Bezeichnung des Medizinischen Dienstes wurde, wie von der SQR-BW vorgeschlagen, angepasst. Zur Begründung von § 9 Absatz 1 Nummer 2 wurde der Hinweis aufgenommen, dass die SQR-BW berechtigt ist, für Einrichtung und Betrieb des Online-Portals einen Dienstleister zu beauftragen.

Zu § 11 Absatz 4

Gefolgt wurde der Anregung des RPF, bei den Beispielen noch die Kontaktaufnahme zu den Giftnotrufzentralen und Giftinformationszentren aufzunehmen, da diese Ergänzung sachgerecht ist.

Zu § 11 Absatz 6

Wie von den Leistungsträgern vorgeschlagen, wurde das Wort „aufnahmebereite“ gestrichen, um hier nicht fälschlicherweise eine zu große Beschränkung vorzunehmen.

Die redaktionellen Anregungen der SQR-BW zur Begründung von § 21 Absatz 1 Satz 5 und § 21 Absatz 4 wurden übernommen.

Die redaktionellen Änderungen der SQR-BW zu § 51 Satz 5 und § 58 Absatz 1 Satz 1 wurden übernommen.

Beteiligungsportal

Über das Beteiligungsportal gingen zahlreiche Anregungen in insgesamt 92 Stellungnahmen ein. Diese hatten größtenteils ähnliche Themen zum Gegenstand, die auch im Rahmen der Verbandsanhörung zurückgemeldet wurden.

Zur Organisation des Rettungsdienstes

Die Kommentare zur Organisation des Rettungsdienstes befassen sich vielfach mit dem Wunsch nach mehr Transparenz im Hinblick auf die Entscheidungen der Gremien der Selbstverwaltung.

Diese Anregung wurde teilweise aufgegriffen, indem das Gesetz nun vorsieht, verschiedene Dokumente der Gremien der Selbstverwaltung regelhaft zu veröffentlichen. Hierzu wird – ebenso wie zu den Anregungen im Hinblick auf die Besetzung der Gremien und die fachliche Eignung – auf die obigen Ausführungen verwiesen.

Zu Rettungsmittel, Rettungsmittelbesetzung und besondere Funktionen beim Großschadensereignis

Die Anregungen zur Besetzung von Rettungsmitteln wurden teilweise insoweit umgesetzt, als Ausnahmeregelungen sowohl in den § 17 und 18 als auch in der Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 4 enthalten sind.

Aufgegriffen wurde die – auch vonseiten der Verbände angeregte – Klarstellung zur Rollenverteilung zwischen Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzten einerseits und der Organisatorischen Leitung andererseits bei Großschadensereignissen.

Zur Integrierte Leitstelle

Die Kommentare zur Integrierten Leitstelle befassen sich insbesondere mit der Steuerungsfunktion (auch im Zusammenspiel mit dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst) und der Qualifikation des Leitstellenpersonals.

Im Gesetzestext wurde die Zusammenarbeit der Integrierten Leitstellen mit anderen Versorgungssystemen angelegt. Eine weitergehende Vernetzung und Steuerung kann nicht allein im Rettungsdienstgesetz erfolgen, sondern erfordert insbesondere Anpassungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Hierfür bleiben die Ergebnisse der Reform der Notfallversorgung abzuwarten.

Zur Planungsfrist

Im Hinblick auf die Anregungen zur Planungsfrist wird darauf verwiesen, dass die Regelung – auch aufgrund der Rückmeldungen der fachlichen Stellen – nochmals überarbeitet wurde.

Zu Smartphone-basierten Alarmierungssysteme (SBA), Helfer vor Ort (HvO) und Telenotarzt (TN)

Die Anregung, die in §§ 23 und 24 genannten Ersthelfersysteme aufzuwerten, wurde insoweit aufgegriffen, als die Integrierten Leitstellen diese Systeme bei der Alarmierung berücksichtigen müssen.

B. Einzelbegründung

Zu § 1

Zu Absatz 2

Absatz 2 wird um die bereits jetzt durch den Rettungsdienst geleistete Versorgung vor Ort ergänzt. Der Transport in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung umfasst auch ambulante medizinische Versorgungszentren und ist nicht obligat. Die Gesundheitsgefahr für die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten muss zumindest erheblich sein, um eine Notfallrettung erforderlich zu machen. Hierdurch werden auch die medizinischen Einsatzkategorien erfasst, die keine dringliche Eintreffzeit aber aufgrund des Zustandsbildes eine bestimmte Notfallversorgungszeit erfordern.

Zu § 2

§ 2 erläutert in den Nummern 1 bis 21 die wesentlichen Begriffe des Rettungsdienstgesetzes. Soweit diese selbsterklärend sind, wird nachfolgend hierauf im Einzelnen nicht eingegangen.

Zu Nummer 4

Nummer 4 enthält die Definition des Begriffs der „Leistungsträger“. Inhaltlich wurde lediglich die bisher in § 2 Absatz 1 und 2 enthaltene Definition in § 2 übernommen.

Zu Nummer 5

Nummer 5 definiert die Leistungserbringer, indem in einem dynamischen Verweis auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird. Es wird zudem klargestellt, dass die Leistungsträger nach Nummer 4 ebenfalls zu den Leistungserbringern zählen.

Zu Nummer 6

Nummer 6 definiert die Beteiligten am Rettungsdienst, indem zunächst eine allgemeine Formulierung aufgenommen wird, die darauf abstellt, dass es sich um Personen oder Stellen handelt, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, um dies dann in einem weiteren Schritt durch die genannten Regelbeispiele zu konkretisieren.

Zu Nummer 7

Nummer 7 definiert den bodengebundenen Rettungsdienst und bestimmt insbesondere, dass Luftrettung und die Sonderrettungsdienste kein Bestandteil des bodengebundenen Rettungsdienstes sind.

Zu Nummer 10

Nummer 10 definiert, was unter den Begriff „Rettungsdienstpersonal“ zu subsumieren ist. Nicht erfasst sind die bei den Aufsichts- oder Genehmigungsbehörden Beschäftigten. Insbesondere handelt es sich bei den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg nicht um Rettungsdienstpersonal im Sinne der Nummer 10.

Zu Nummer 11

Nummer 11 hebt bei der Definition des Notarztstandortes zwei Punkte hervor: erstens wird betont, dass die Rettungsmittel an dieser Einrichtung des Rettungsdienstes vorgehalten werden müssen und zweitens wird klargestellt, dass das Ausrücken des gesamten Personals von diesem Ort aus erfolgen muss. Die Modelle einer Notarztabholung beziehungsweise einer selbstfahrenden Notärztin oder eines selbstfahrenden Notarztes erfüllen diese Kriterien mithin nicht.

Zu Nummer 12

Nummer 12 enthält eine Definition der Qualitätssicherung. In der Definition werden dabei in zeitlicher Hinsicht Anfangs- und Endpunkt der Qualitätssicherung festgelegt. Der Beginn der Betrachtung wird bei Eingang des Notrufs bzw. des Hilfeersuchens markiert. Die Betrachtung endet sodann mit der Übergabe im Zielkrankenhaus. Damit sind alle rettungsdienstlichen Glieder der Rettungskette erfasst. Neben dieser zeitlichen Dimension stellt die Definition darauf ab, dass die Qualitätssicherung auf Maßnahmen der rettungsdienstlichen Versorgung bezogen ist. Eine weitere Eingrenzung erfolgt durch die Klarstellung, wie die Qualität messbar gemacht werden soll, nämlich mit Hilfe definierter Datensätze und anhand von Qualitätsindikatoren. Ebenso wird mit der Gewährleistung, Weiterentwicklung und stetigen Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung die Zielrichtung der Qualitätssicherung genannt. Die klare Benennung von Inhalt und Zielrichtung der Qualitätssicherung ist erforderlich, da an anderer Stelle im Gesetz bei der Beschreibung von Aufgaben oder auch bei der datenschutzrechtlichen Zweckbestimmung auf die Qualitätssicherung Bezug genommen wird.

Zu Nummer 14

Nummer 14 enthält die Definition des digitalen Versorgungsnachweises. Die Definition nimmt u. a. Bezug auf die Versorgungskapazitäten in den Krankenhäusern. Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, dass nicht nur die Anzahl freier Betten in der digitalen Plattform angezeigt werden, sondern die tatsächlich aktuell verfügbaren Versorgungskapazitäten. So soll ersichtlich sein, wo aktuell welche Behandlungsmöglichkeiten, unter anderem auch bzgl. spezieller Fachdisziplinen wie Neurochirurgie und Urologie und bzgl. technischer Einrichtungen wie zum Beispiel Plätze im Herzkatheterlabor derzeit tatsächlich zur Verfügung stehen und welche Versorgungsbereiche auch unter dem Gesichtspunkt der personellen Ressourcen aktuell tatsächlich verfügbar und belegbar sind. Das System ist mit offenen Schnittstellen anzulegen, um die Kompatibilität mit anderen Systemen zu ermöglichen.

Zu Nummer 15

Nummer 15 enthält eine Definition des Telenotärztlichen Systems. Die Reichweite und die Zielrichtung des Systems werden sehr weit gefasst, indem eine Vielzahl von Komponenten einbezogen werden. Eine Eingrenzung findet statt,

indem die Zielsetzung des Einsatzes dieser Komponenten in insgesamt fünf Spielstrichen konkretisiert wird.

Zu Nummer 16

Nummer 16 enthält eine Begriffsbestimmung für die Telenotärztlichen Zentralen und stellt klar, dass deren Standorte vom Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt werden. Die festgelegten Standorte müssen an Integrierten Leitstellen verortet sein, um nach Möglichkeit an deren Infrastruktur angebunden zu werden.

Zu Nummer 19

Nummer 19 definiert die Sekundäreinsätze. Ein solcher Sekundäreinsatz liegt demnach vor, wenn bereits versorgte Patientinnen oder Patienten mit besonders qualifiziertem Personal – gegebenenfalls auch mit (tele-)notärztlicher Begleitung – in eine weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung verlegt werden. Das Merkmal einer besonders qualifizierten medizinischen Betreuung unterscheidet einen Sekundäreinsatz von einem Krankentransport. Das Merkmal, dass bereits eine Versorgung erfolgt, unterscheidet den Sekundäreinsatz wiederum von einem Primäreinsatz. Bei einem Transport von einer Klinik in eine andere Klinik liegt daher regelmäßig ein Sekundäreinsatz vor. Anders ist dies gegebenenfalls zu bewerten, wenn sich der Notfall in einer Rehaeinrichtung oder auch einer Arztpraxis ereignet. Denn dort kann in der Regel nicht von einer adäquaten Versorgung ausgegangen werden. In diesen Fällen wird daher normalerweise ein Primäreinsatz vorliegen.

Zu Nummer 20

Der Begriff „Versorgungsbereich“ bezeichnet bei Rettungswachen und Notarztstandorten den Bereich, in dem die auf der Rettungswache bzw. dem Notarztstandort stationierten Rettungsmittel planerisch eingesetzt werden beziehungsweise werden sollen. Versorgungsbereiche erzeugen keine eigene Planungsfristungskennzahl und werden anhand tatsächlicher Zuständigkeiten definiert. Ein Rettungsdienstbereich kann sich damit faktisch aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen zusammensetzen, deren Größe und Zuschnitt je nach den geographischen Gegebenheiten variieren. Neue Rettungswachen- und Notarztstandorte erzeugen auf diese Weise folgerichtig neue, eigene Versorgungsbereiche, die z. B. auch Teile eines benachbarten Rettungsdienstbereiches mitumfassen können. Die Versorgungsbereiche werden in der Bewertung und Effektivität der Versorgung durch die örtlichen Bereichsausschüsse und im Falle von § 8 Absatz 2 durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst betrachtet.

Zu Nummer 21

Der Rettungsdienstbereich ist die unterste Organisationsebene in der Selbstverwaltung des Rettungsdienstes. Rettungsdienstbereiche können – je nach den örtlichen Gegebenheiten – einen oder mehrere Stadt- oder Landkreise umfassen. Aus § 10 ergibt sich, dass in jedem Rettungsdienstbereich ein Bereichsausschuss einzurichten ist.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Die Privilegierung der namentlich erwähnten Organisationen bleibt im Hinblick auf den bodengebundenen Rettungsdienst sowie die Berg- und Wasser-Rettung unangetastet. Damit gelten die zwischen diesen Organisationen und dem Land geschlossenen Vertragswerke fort. Es verbleibt insbesondere bei der Verpflichtung des Arbeiter-Samariter-Bundes, des Deutschen Roten Kreuzes, der Johanniter-Unfall-Hilfe und des Malteser Hilfsdienstes, der Bergwacht Schwarzwald und der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft zur bedarfsgerechten und landesweiten Er-

bringung von Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes in allen Rettungsdienstbereichen des Landes.

Änderungen ergeben sich hingegen für die Luftrettung. Mit der anstehenden Neustrukturierung der Luftrettungslandschaft in Baden-Württemberg werden die Dienstleistungen der Luftrettung künftig im Wege von Ausschreibungen an geeignete Betreiber vergeben, da für sie – anders als für den bodengebundenen Rettungsdienst und die Berg- und Wasser-Rettung – die Bereichsausnahme nach § 107 Absatz 1 Nummer 4 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) nicht gilt. Für die Erbringung von Dienstleistungen der Luftrettung wird somit der freie Wettbewerb eröffnet. Angesichts dessen ist die Aufzählung konkreter Luftrettungsunternehmen in diesem Gesetz nicht mehr geboten. Daher wurde die namentliche Benennung der DRF Luftrettung gestrichen.

Die Betreiber, die künftig mittels Ausschreibung mit der Durchführung der Luftrettung beauftragt werden, sollen für die Zeitdauer der Beauftragung weiterhin den Status eines Leistungsträgers nach dieser Vorschrift innehaben und alle damit verbundenen Rechte und Pflichten erhalten; sie sind „weitere Stellen“ im Sinne von § 3 Absatz 1 dieses Gesetzes. Dies wird auch nachfolgend in § 4 klargestellt (siehe hierzu auch dort).

Zu Absatz 2

Das Innenministerium kann mit anderen Stellen, als den namentlich in Absatz 1 genannten gemeinnützigen Organisationen, Vereinbarungen schließen, sofern ein Bedarf an einer solchen Vereinbarung besteht. Diese Möglichkeit war bereits im bisherigen Absatz 1 enthalten und wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit in einen neuen Absatz überführt. Der Bedarf, ob die vorhandenen Vorhaltungen den Anforderungen genügen, bemisst sich insbesondere nach den Vorgaben dieses Gesetzes und der Rettungsdienstplanverordnung. Überdies kann sich ein Bedarf auch daraus ergeben, dass ein besonderes Interesse an der Einbeziehung besteht (siehe hierzu die Begründung zur Beteiligung der Bundeswehr).

Der Kreis der weiteren Stellen wurde in Absatz 2 Satz 2 bewusst auf juristische Personen des öffentlichen Rechts ausgedehnt. Damit soll unter anderem auch die bereits jetzt praktizierte Kooperation mit Einrichtungen des nachgeordneten Bereiches von Bundesbehörden, wie beispielsweise dem Bundeswehrkrankenhaus in Ulm, abgedeckt werden.

An der Beteiligung der Bundeswehr besteht ein öffentliches Interesse, da die Mitwirkung – wie schon jetzt – den sanitätsdienstlichen Interessen der Bundeswehr dient, indem deren Personal die für die jeweiligen Aufgaben notwendige notfallmedizinische Expertise erlangt und erhält. Im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit obliegt es der zivilen Seite und der Bundeswehr gleichermaßen, bereits vor Eintritt eines Katastrophenfalls oder eines Notstandes durch in der Praxis erworbene Routine die praktische Zusammenarbeit im Ernstfall sicherzustellen. Diese Routine kann und sollte neben Übungen auch durch die regelmäßige Zusammenarbeit im Regelrettungsbetrieb erworben werden.

Absatz 2 Satz 3 präzisiert, dass – soweit es sich bei den anderen Stellen um juristische Personen des privaten Rechts handelt, – diese Organisationen gemeinnützig sein müssen. Die Gemeinnützigkeit muss dabei auch für alle Eigentümerinnen und Eigentümer beziehungsweise Gesellschafterinnen oder Gesellschafter anerkannt sein. Als weiteres Kriterium wird nun ausdrücklich erwähnt, dass die juristische Person des privaten Rechts in erheblichem Umfang im Katastrophenschutz mitwirken und hierfür ehrenamtliche Kräfte vorhalten muss. Hintergrund ist, dass die Zusammenarbeit mit den Sanitätsorganisationen und ihren ehrenamtlichen Ressourcen in den Bereichen Zivil- und Katastrophenschutz einen erheblichen gesellschaftlichen Mehrwert darstellt. Entscheidend ist dabei, dass diese Mitwirkung im Katastrophenschutz auf Dauer angelegt, bereits bewährt und nicht auf einen kleinen Landesteil beschränkt ist. Dieser Gedanke liegt auch bereits bisher der Privilegierung zugrunde.

Absatz 2 Satz 4 stellt klar, dass der Landesgesetzgeber seinen Ermessensspielraum auch weiterhin dahingehend ausübt, dass bei der Privilegierung der gesetzlichen Leistungsträger sowie der Auswahl und der Beauftragung von juristischen

Personen des privaten Rechts als weitere Stellen die Bereichsausnahme Anwendung findet und damit im Interesse des in der Begründung zu Absatz 2 Satz 3 beschriebenen Gemeinwohls kein Vergabeverfahren stattfindet.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem bisherigen § 2 Absatz 2 und enthält lediglich redaktionelle Folgeanpassungen, die erforderlich wurden, nachdem ein neuer Absatz 2 eingefügt wurde. Der bisherige Absatz 3 konnte entfallen, da die Bestimmungen zur Qualitätssicherung nunmehr in dem neuen § 9 aufgenommen wurden.

Zu Absatz 4 und Absatz 5

Die Absätze sind bis auf die Anpassung eines Verweises auf die vorhergehenden Absätze wortgleich mit der Fassung im bisherigen § 2 Absatz 4 und 5.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Die Einfügung ist notwendig, weil die Bereichsausnahme des § 107 Absatz 1 GWB nicht für die Luftrettung gilt und daher gesonderte Bestimmungen zur Trägerschaft und insbesondere zu Beauftragung geeigneter Unternehmen zu treffen sind.

Absatz 1 stellt klar, dass die originäre Trägerschaft für die Luftrettung beim Land liegt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass das Land die Luftrettung nicht selbst durchführt, sondern geeignete Unternehmen mit der Durchführung beauftragt. Auf diese Beauftragung finden die Bestimmungen des Vergaberechts Anwendung. Die genaue Ausgestaltung des Vergabeverfahrens ergibt sich aus höherrangigem Europa- oder Bundesrecht. Auf eine konkrete Benennung dieser Vorgaben wurde verzichtet, weil ein solcher Verweis lediglich deklaratorischer Natur und der Mehrwert wegen möglicher Anpassungen dieser Vorgaben begrenzt wäre.

Absatz 2 Satz 1 betont, dass auch die Luftrettungsunternehmen mit Zuschlagserteilung für den Zeitraum der Beauftragung Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 werden. Demzufolge sind sie für die Dauer der Beauftragung auch Mitglieder im Landesausschuss für den Rettungsdienst. Damit gelten auch für die Luftrettungsunternehmen die datenschutzrechtlichen Vorgaben der §§ 49 ff., insbesondere die Regelung des § 50, die die Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer regelt. Für die Geltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit ist unerheblich, ob die Vergabeentscheidung und Zuschlagserteilung in einem eventuell später stattfindenden förmlichen Nachprüfungsverfahren Bestand hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 eröffnet die Möglichkeit, dass die Luftrettungsinfrastruktur vom Land dem mit der Durchführung der Luftrettung beauftragten Unternehmen ganz oder teilweise zur Verfügung gestellt wird. Die Luftrettungslandschaft wird aktuell neu geordnet und es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Gestaltungsmöglichkeiten, die durch den Gesetzentwurf auch nicht eingeschränkt werden sollen. Sofern das in Absatz 3 beschriebene Modell zur Anwendung kommt, hat dies Auswirkungen auf die Festlegung der Benutzungsentgelte, weshalb eine Anpassung in § 43 Absatz 2 erfolgt ist. Satz 2 eröffnet dem Land die Möglichkeit, sich an den Kosten für den Bau eines Luftrettungsstandortes finanziell zu beteiligen. Sonstige bauliche Maßnahmen wie zum Beispiel Umbau oder Renovierung sind nicht erfasst. Eine solche finanzielle Beteiligung kann zum einen der Erwerb oder auch nur die

Vorfinanzierung eines Grundstücks für einen Luftrettungsstandort oder die vollständige aber auch nur die Vor-/Zwischenfinanzierung eines oder mehrerer Bauabschnitte sowie etwaiger Erschließungskosten sein. In den Fällen des Erwerbs und der vollständigen Finanzierung würde das Land Eigentümer.

Zu § 5

§ 5 schafft den rechtlichen Rahmen für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass in jedem Regierungspräsidium die Funktion von einer hauptamtlichen Kraft wahrgenommen werden muss, legt den zeitlichen Umfang mit mindestens einem bzw. einem halben Vollzeitäquivalent fest und bestimmt die Anforderungen an die Qualifikation. Die Stellen für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst wurden nach Bereitstellung der entsprechenden Haushaltsmittel bereits im Frühjahr 2018 geschaffen und in der Folge besetzt, wobei die oben genannten Voraussetzungen Berücksichtigung gefunden haben. Für die Funktion der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg wurde dem Regierungspräsidium Freiburg 2020 eine halbe Stelle vom Innenministerium zur Bewirtschaftung zugewiesen und in der Folge besetzt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die Aufgaben der Ärztlichen Leitungen nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 bei den Regierungspräsidien beschrieben. Der medizinische Fortschritt bedingt, dass die Anforderungen an den Rettungsdienst ständig zunehmen. Ziel ist es daher, den medizinischen Sachverstand in den Regierungspräsidien zu stärken. Die Ärztlichen Leitungen sollen die Behörde bei der Wahrnehmung komplexer aufsichtsrechtlicher Aufgaben beraten. Zugleich soll die Behörde auch in die Lage versetzt werden, die unteren Rechtsaufsichtsbehörden und die Organisationen, die direkt ihrer Aufsicht unterstellt sind, beratend zu unterstützen. Dies kann beispielsweise dadurch erfolgen, dass die Ärztlichen Leitungen bei Bereichsaussschusssitzungen ihren Sachverstand einbringen. Daher statuiert § 10 Absatz 1 auch ein Teilnahmerecht für die Ärztlichen Leitungen an diesen Sitzungen. Eine weitere Aufgabe stellt die Mitwirkung an der Festlegung und Überwachung von Standards für die medizinische Qualitätssicherung dar. Dies betrifft sowohl die trägerübergreifende Qualitätssicherung der Zentralen Stelle nach § 9 als auch die interne Qualitätssicherung der Leistungsträger, soweit diese Gegenstand einer aufsichtsrechtlichen Prüfung ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt als eine zentrale Aufgabe der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg die Vertretung des Innenministeriums in Fachgremien heraus. Aufgrund der Bedeutung der Delegation heilkundlicher Maßnahmen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf der Grundlage von § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des NotSanG wird hierbei indirekt auf die 6-Länder-Arbeitsgruppe Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Bezug genommen. Dies ist aber keinesfalls abschließend zu verstehen. Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg ist darüber hinaus auch Ansprechperson für das Innenministerium bei strategisch-konzeptionellen medizinischen Fragestellungen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 bestimmt, dass die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die Ärztlichen Verantwortlichen nach § 20 sind. In diesem Zusammenhang wird auch die Ver-

pflichtung für die Ärztlichen Verantwortlichen statuiert, den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Auskunft zu erteilen und sie zu unterstützen. Damit wird erreicht, dass der medizinische Sachverstand in der Verwaltung mit dem medizinischen Sachverstand bei den Leistungsträgern und den bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.) verknüpft wird.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Einsichtsrechte der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in die Einsatzdokumentation. Gemeint ist damit in der Regel die Dokumentation bei den Integrierten Leitstellen oder bei den Leistungserbringern. Diese Einsichtnahme ist auf Ausnahmefälle begrenzt. Maßstab ist dabei die Sicherstellung der Versorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sowie die Qualitätssicherung. Die Einsichtnahme ist im Zusammenspiel mit § 9 Absatz 2 Nummer 2 zu sehen, der den Ärztlichen Leitungen nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Zugriffsrechte auf das Online-Portal der Zentralen Stelle für die Qualitätssicherung einräumt. Dies bedeutet auch, dass ein Einsichtsrecht nach Absatz 5 nur dann in Betracht kommt, wenn das Ziel nicht über einen Zugriff auf die Daten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 erreicht werden kann. Die Dokumentations- und Begründungspflicht in Absatz 5 Satz 2 unterstreicht den Ausnahmecharakter dieser Einsichtnahme.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Bislang war die sogenannte Hilfsfrist der allein maßgebliche Planungsparameter für die Vorhaltungen der bodengebundenen Notfallrettung. Mit der Neufassung des Gesetzes wird diese unspezifische Rechengröße insgesamt präzisiert und bedarfsgerecht auf Notfallkategorien fokussiert, die an die konkreten medizinischen Erfordernisse eines bestimmten Krankheits- oder Zustandsbildes anknüpfen.

Notfallpatientinnen und Notfallpatienten müssen grundsätzlich in einem adäquaten Zeitrahmen erreicht oder in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung transportiert werden. Je nachdem, welche Indikation einem Notfalleinsatz zugrunde liegt, können unterschiedlichste Zeiten im Einsatzablauf erfolgskritisch sein. Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand ist neben dem Einsatz der Integrierten Leitstelle zur Anleitung der Laienreanimation und Alarmierung von Ersthelfersystemen schnelle Hilfe vor Ort entscheidend. Demgegenüber geht es bei einem Schlaganfall in erster Linie darum, die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten innerhalb der sogenannten „golden hour“ in ein geeignetes Zielkrankenhaus gemäß der landesweiten Schlaganfallkonzeption zu transportieren. Es gibt aber auch Notfälle, in denen weder die Eintreffzeit noch die Einhaltung einer bestimmten Prähospitalzeit für die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten maßgeblich sind.

Ein zukunftsfestes Notfallrettungssystem muss – orientiert an der Dringlichkeit – für unterschiedliche Patientengruppen unterschiedliche Versorgungsstandards bereithalten. Denn ein dynamisches Versorgungssystem ist vor dem Hintergrund kontinuierlicher Entwicklungen im Gesundheitswesen und der vielfältigen Hilfeleistungsstrukturen innerhalb und außerhalb der Notfallrettung geboten. Die Notfallrettung ist Teil einer präklinischen Versorgungsstrategie, in der geeignete Systeme digital vernetzt die Behandlungsdringlichkeit detektieren, orientiert an der Schwere des Notfalls kategorisieren und einer bestimmten Versorgung zuordnen.

Es entspricht daher einer modernen präklinischen Notfallversorgung, bestimmte Notfall- und Einsatzkategorien bei der Planung von Versorgungsstrukturen in der Notfallrettung zu berücksichtigen. Die Vielzahl möglicher Einsatzbilder erfordert ein breites Spektrum an medizinischer Kompetenz und unterschiedlichen Reaktionszeiten. Zu unterscheiden ist, ob es einer unverzüglichen Intervention am Einsatzort, einer schnellen Zuführung in eine Behandlungseinrichtung oder einer nicht zeitkritischen Versorgung und gegebenenfalls eines Transportes zur Weiterbehandlung bedarf. Je nachdem ist der Einsatz für bestimmte Rettungs-

mittel als eintreffzeitrelevant, prähospitalzeitrelevant oder versorgungsrelevant zu betrachten.

Zielsetzung dieses Gesetzes ist es daher auch, die Integrierten Leitstellen in die ganzheitliche Versorgungsstrategie stärker einzubinden. Diese sind in der Lage, aufgrund landesweit einheitlicher Einsatzstichwörter, Abfragesysteme und Indikationskataloge für Notärztinnen und Notärzte, aber auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter das passgenaue Rettungsmittel zu ermitteln, georeferenziert zu disponieren und gegebenenfalls insbesondere die in §§ 23 und 24 genannten, flankierenden ehrenamtlichen Systeme zu alarmieren. Gleichzeitig können die Integrierten Leitstellen initial durch die Anleitung zur Reanimation oder zu sonstigen unmittelbar notwendigen Erste-Hilfe-Maßnahmen bereits die Erstversorgung veranlassen.

Mit der Neufassung des Rettungsdienstgesetzes wird erstmalig die Grundlage geschaffen, dezidierte Parameter für die Planung von Vorhaltungen der Notfallrettung zu bestimmen. Die Verordnungsermächtigung in Absatz 4 nimmt die in Absatz 1 angelegte Bildung von Notfallkategorien auf, die sich an den notfallmedizinischen Erfordernissen aufgrund eines spezifischen Gesundheitszustandes orientieren. Die Planung ist künftig also stets im Kontext mit § 6 Absatz 4 zu sehen, der vorsieht, dass der Rettungsdienstplan Notfalleinsätze definiert, kategorisiert und dabei anzustrebende Ziele festlegt.

Dies vorausgeschickt, gilt künftig die Eintreffzeit oder Prähospitalzeit als planungsrelevant. Beides kann auch in einer Notfallkategorie zusammenfallen. Das Einsatzannahmeende beschreibt in diesem Zusammenhang den Zeitpunkt, ab dem die Disponentin oder der Disponent in der Integrierten Leitstelle aufgrund der eingegangenen Informationen über das Notfalleignis in der Lage ist, zu erkennen, dass ein Notfalleinsatz vorliegt und mit der Disposition der Rettungsmittel begonnen werden muss. Die Prähospitalzeit umfasst hingegen den Zeitraum vom Eingang der Notfallmeldung bis zur Ankunft in der für den Notfall geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung. Diese Betrachtung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei bestimmten Krankheits- oder Zustandsbildern für Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nicht die Eintreffzeit, sondern die zeitgerechte Weiterversorgung in einer geeigneten Einrichtung entscheidend ist (vgl. „Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik“ in „Notfall + Rettungsmedizin“, Zeitschrift für präklinische und innerklinische Notfallmedizin, Heft 5, 2016 387 388). Damit wird die Planung in der bodengebundenen Notfallrettung künftig verstärkt von der Patientenseite aus gedacht und deutlich spezifischer am Patientenbedarf ausgerichtet.

Zu Absatz 2

Die Bestimmung der in Absatz 1 neu eingeführten Notfallkategorien wird nach Absatz 2 dem Rettungsdienstplan zugewiesen. Die Kategorien haben sich an konkreten Notfallbildern und Interventionsmöglichkeiten zu orientieren. Für bestimmte Notfallkategorien ist daher die Eintreffzeit des ersten Rettungsmittels am Notfallort an Straßen maßgebend; für die Prähospitalzeit die im Rettungsdienstplan definierten Notfalleinsätze.

Anders als in der bisherigen Regelung wird die gesetzliche Frist aus Gründen der Planungssicherheit nicht mehr durch eine Zeitspanne, sondern mit einer konkreten Zeitdauer angegeben. Ebenso entfällt die bisherige Legaldefinition als Hilfsfrist, da es sich auch weiterhin um eine Planungsfrist handelt.

Erneut wird die bereits in der Begründung zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes im Jahre 1998 zum Ausdruck gebrachte Intention des Gesetzgebers unterstrichen, dass diese Planungsfrist keine subjektiv-öffentlichen Rechte begründet. Dort heißt es (Landtagsdrucksache 12/2871, Seite 22):

„Wegen ihrer wesentlichen Bedeutung entspricht die Aufnahme der Hilfsfrist in das Gesetz dem Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes, wonach alle wesentlichen Festlegungen insbesondere mit Relevanz für Grundrechte vom Gesetzgeber zu regeln sind. Allerdings stellt diese Bestimmung lediglich objektives Recht dar, das sich an die Verantwortlichen für die Rettungsdienstplanung wendet. Ein subjektives Recht wird hierdurch nicht begründet.“

Die Definition wurde damals aus Kapitel III, Ziffer 2 des Rettungsdienstplanes in der Fassung des Jahres 1994 wortgleich in das Rettungsdienstgesetz übernommen.

Zentrale Aufgabe der gesetzlichen Frist ist es, die Bevölkerung einerseits bedarfsgerecht, andererseits aber auch zu wirtschaftlich tragbaren Benutzungsentgelten mit Leistungen der Notfallrettung zu versorgen. Die Festlegung von zwölf Minuten als Planungsgröße für die Vorhaltungen des Rettungswagens ist das Ergebnis dieser Abwägung zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem wirtschaftlich Machbaren. Derartige Abwägungsentscheidungen sind auch im Bereich der Leistungsverwaltung geboten (§ 12 SGB V).

Die hiermit neu eingeführte Planungsfrist ist wie zuvor die Hilfsfrist ein wichtiger Parameter, um ein Versorgungsnetz an Rettungswachen und Vorhaltungen über den jeweiligen Rettungsdienstbereich zu spannen. Sie ist ein Baustein in einem umfassenden, an den individuellen Versorgungsbedürfnissen der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten ausgerichteten Notfallrettungssystem. Absatz 2 legt daher fest, welche statistische Eintreffzeit für das ersteintreffende Rettungsmittel am Notfallort und welcher Zielerreichungsgrad einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Planung zugrunde gelegt werden sollen.

Die Festlegung auf zwölf Minuten stellt eine Verschärfung der bisherigen Zeitspanne auf eine konkrete Zeitdauer dar. Sie bindet die Selbstverwaltung an eine landesweit einheitliche Planungsgröße und führt damit zu mehr Planungssicherheit und Vergleichbarkeit. Dies vereinfacht zudem die Prüfung der Bereichspläne durch die Rechtsaufsicht im Hinblick auf die Plausibilität der zugrunde gelegten Planungsparameter.

Ebenfalls zur Klarstellung wurde der bisher schon geltende Zielerreichungsgrad von 95 Prozent (Landtagsdrucksache 12/2871, Seite 22) ins Gesetz aufgenommen. Durch die Toleranzquote von fünf Prozent soll vor allem Fällen höherer Gewalt wie verkehrs- und wetterbedingten Ausnahmesituationen, aber auch topografisch bedingten Verzögerungen bei Notfalleinsätzen in entlegenen, wenig besiedelten Gebieten Rechnung getragen werden.

Für bestimmte Notfallbilder wurde die notfallmedizinisch empfohlene Prähospitalzeit auf eine Stunde („golden hour“) festgelegt. Der Zielerreichungsgrad beträgt 80 Prozent. Die Toleranzquote von 20 Prozent soll vor allem den zahlenmäßig nicht unerheblichen Notfalleinsätzen, die eine lange Versorgungszeit der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten vor Ort benötigen, Rechnung tragen. Dies ist aufgrund des ernsten, oft lebensbedrohlichen, Gesundheitszustandes der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten in höherem Maß der Fall.

Es gilt eine Begrenzung auf Notfalleinsätze, in denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden. Eine abstrakte Bedarfsanalyse erfordert es, die Grundgesamtheit aller fristrelevanten Notfalleinsätze näher zu definieren und als Bemessungsgrundlage heranzuziehen. Satz 2 enthält daher die Konkretisierung für die fristrelevanten Einsätze. Akut stellt in diesem Zusammenhang klar, dass nicht alle Einsätze mit Sondersignal planungsrelevant sind, sondern nur die mit Sondersignal und zusätzlich sofortigem Handlungsbedarf. In der Regel handelt es sich dabei um Notfalleinsätze mit Sondersignalverwendung. Diese Klarstellung ist notwendig, da – wie ausgeführt – nicht jeder Einsatz in der Notfallrettung eine kurze Eintreffzeit benötigt. Nicht akut eilbedürftige Einsätze sind gleichwohl relevant für die Bemessung der Vorhaltungen, um beispielsweise Duplizitätsfälle und Bindungszeiten abzudecken. Die hierfür landesweit einheitlichen Bemessungsvoraussetzungen werden im Rettungsdienstplan auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 4 konkretisiert.

Hinsichtlich des planungsrelevanten ersteintreffenden Rettungsmittel ist künftig auf den Rettungswagen abzustellen. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter verfügen über die höchste nicht ärztliche notfallmedizinische Qualifikation und sind in der Lage, sowohl eigenverantwortlich, als auch eigenständig im Rahmen der Mitwirkung nach vorheriger ärztlicher Delegation bei komplexen Zustandsbildern tätig zu werden. Sie können gegebenenfalls auch heilkundliche Maßnahmen einschließlich solcher invasiver oder medikamentöser Art durchführen. Zudem werden sie vermehrt davon profitieren, sich erforderlichenfalls kurzfristig

ärztlichen Sachverstand über das telenotärztliche System einzuholen. Eine strenge Klassifizierung zwischen den Rettungsmitteln der Notfallrettung ist somit nicht mehr sachgerecht. Zur Markierung der Eintreffzeit dient daher der Rettungswagen. Das Notarzteinsetzfahrzeug oder der Luftrettungsdienst kann aus medizinischer Sicht hier unterstützen. Planerisch ist diese Unterstützung durch das entsprechende Bemessungsschema im Rettungsdienstplan auf einen kleinen prozentualen Anteil zu begrenzen, um die notärztlich besetzten Rettungsmittel in der Praxis für die indikationsgerechte Disposition frei zu halten.

Die Planung der Vorhaltungen des Notarzteinsetzfahrzeuges und die Festlegung weiterer versorgungsrelevanter Einsatzkategorien in der Notfallrettung erfolgt künftig im Rettungsdienstplan auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in Absatz 4. Notarztbesetzte Rettungsmittel werden trotz der Aufwertung der beruflichen Qualifikation der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter weiterhin bei verschiedenen Gesundheitszuständen erforderlich sein. Durch die Flexibilisierung der Parameter in der Verordnungsermächtigung können diese aber zielgerichteter als bisher für die besonders kritischen Notfalleinsätze verfügbar sein. Aus notfallmedizinischer Sicht ist die Alarmierung eines notarztbesetzten Rettungsmittels immer dann geboten, wenn sich in der Notrufabfrage konkrete Hinweise auf Erkrankungen, Verletzungen oder sonstige Notfallsituationen mit eingetretenen oder unmittelbar drohenden akut lebensbedrohlichen Störungen der Vitalfunktionen ergeben und eine unmittelbare notärztliche Behandlung geboten ist, um Lebensgefahr oder schwere bleibende Gesundheitsschäden von der Notfallpatientin oder dem Notfallpatienten abzuwenden. Dies gilt beispielsweise bei den Tracer-Diagnosen Polytrauma, schweres Schädel-Hirn-Trauma und Herz-Kreislauf-Stillstand.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die Vorgaben zur Planung in Absatz 1 und 2 nicht für Großschadensereignisse, den Luftrettungsdienst, die Sonderrettungsdienste oder die Sekundäreinsätze gelten. Notfallereignisse mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie Betroffenen werden bereits durch die initiale Alarmierung der Rettungsmittel und die Eintreffzeit nach Absatz 1 erfasst. Die hierbei entstehenden Duplizitäten werden wie bisher auch künftig bei der Vorhaltebemessung berücksichtigt. Im Übrigen werden alle aufgeführten Dienste und die Grundsätze zur Einsatzbewältigung von Großschadensereignissen regulatorisch im Rettungsdienstplan Berücksichtigung finden. Der Luftrettungsdienst ist zudem aufgrund seines überregionalen Einsatzgebietes und beschränkter Verfügbarkeit keiner lokalen Planung zugänglich und wird nach Absatz 8 weiterhin vom Land bedarfsgerecht geplant. Gleiches gilt für die zudem noch ehrenamtlich organisierten Sonderrettungsdienste.

Zu Absatz 4

Die Vorgaben zur Erstellung des Rettungsdienstplanes als Rahmenplan, die im bisherigen § 3 Absatz 1 geregelt waren, finden sich nunmehr in Absatz 4. Außerdem findet sich der bisherige § 3 Absatz 2 Satz 4, der Ausführungen zum Standort der Rettungshubschrauber zum Gegenstand hat, nunmehr in geänderter Form in Absatz 8.

Der Rettungsdienstplan soll künftig als Rechtsverordnung erlassen werden. Zu diesem Zweck wird in Absatz 4 eine Verordnungsermächtigung aufgenommen. Damit werden die durch den Rettungsdienstplan regelbaren Materien erweitert, da diese nicht mehr auf die Beteiligten des Rettungsdienstes begrenzt bleiben müssen.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst soll auch künftig bei der Erstellung des Rettungsdienstplanes mitwirken. Die Erstellung des Rettungsdienstplanes erfolgt daher auch im Benehmen mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst. Ungeachtet dessen werden weitere Betroffene bei der Erstellung des Rettungsdienstplanes im Rahmen der Öffentlichkeitsbeteiligung bedarfsabhängig einbezogen.

In den Nummern 1 bis 15 werden entsprechend der Vorgabe aus Artikel 61 der Landesverfassung Inhalt, Ausmaß und Zweck dieser Verordnungsermächtigung konkretisiert. Die Zulässigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten richtet

sich auch hinsichtlich der auf Grundlage dieser Verordnungsermächtigung erlassenen Regelungen nach den §§ 49 ff. Dies ergibt sich bereits aus der Gesetzessystematik und wurde daher nicht in den Gesetzestext aufgenommen.

Dem Verordnungsgeber werden u. a. folgende Gestaltungsspielräume eingeräumt:

Nummer 1 ermöglicht die Festlegung von Notfall- und Einsatzkategorien und den hierzu jeweils anzustrebenden Zielen.

Nummer 2 ermöglicht konkretisierende Regelungen für die Berechnung und Erhebung der Eintreff- und der Prähospitalzeit einschließlich des zugrunde zu legenden Berechnungsschemas.

Nummer 3 und 4 ermöglichen dem Verordnungsgeber, Konkretisierungen für die Standort- und Vorhalteplanung auch notärztlich besetzter Rettungsmittel, sowie für Sekundärtransporte oder für Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen in der Rettungsdienstplanverordnung vorzunehmen. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen können beispielsweise Kleinkinder oder Personen sein, die wegen einer körperlichen Einschränkung eines besonderen Transportmittels bedürfen.

Des Weiteren soll die Festlegung weiterer Patienten- und Einsatzkategorien für Notfalleinsätze ermöglicht werden. Dies umfasst auch die hierfür anzustrebenden Eintreff- oder Prähospitalzeit, gegebenenfalls auch im Hinblick auf die notärztlich besetzten Rettungsmittel.

Die Kategorisierung schafft damit eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Vorhalte- und Standortplanung auch bodengebundener notärztlicher Ressourcen.

Nummer 6 enthält die Ermächtigung zum Erlass konkretisierender Regelungen zu Anforderungen und Besetzung der Rettungsmittel. Hierunter fallen insbesondere solche Rettungsmittel, deren Einsatz und Besetzung nicht bereits gesetzlich geregelt ist, wie z. B. der Notarztwagen. Darüber hinaus sollen Regelungen zum Ausfallmanagement bei kurzfristigen, unvorhersehbaren Personalausfällen getroffen werden.

Nummer 7 ermöglicht es, solche Rettungsmittel und Versorgungskonzepte, die sich im Rahmen der Experimentierklausel nach § 7 bewährt haben, landesweit auszurollen.

Nummer 8 enthält die Ermächtigung zum Erlass konkretisierender Regelungen zur Einsatzindikation und zur Einsatzdokumentation durch die dort genannten Beteiligten des Rettungsdienstes.

Nummer 9 enthält die Ermächtigung zum Erlass konkretisierender Regelungen zur personellen Ausstattung verschiedener Gremien.

Nummer 10 enthält die Ermächtigung zum Erlass konkretisierender Regelungen in Bezug auf die trägerübergreifende Qualitätssicherung durch die dort genannten Beteiligten.

Nummer 13 ermöglicht konkretisierende Regelungen zu Berufsbildern und Fortbildung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals sowie zur Qualifizierung des Leitstellenpersonals.

Nummer 15 ermöglicht konkretisierende Regelungen zu Art und Umfang der Kooperation des Rettungsdienstes mit anderen medizinischen Versorgungssektoren. Die ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, um die Möglichkeiten einer Steuerung zu verbessern, damit die Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen medizinischen Notwendigkeiten an die für sie geeignete medizinische Versorgungseinrichtung zugewiesen werden können.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt klar, dass die übrigen Verordnungsermächtigungen dieses Gesetzes von der Verordnungsermächtigung zum Erlass des Rettungsdienstplanes unberührt bleiben.

Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht weitgehend dem bisherigen § 3 Absatz 3. Neu aufgenommen wurde in Satz 1 der Hinweis, dass bei der Festlegung der Zahl und der Standorte der Rettungswachen, der für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhaltenen sowie der Festlegung der personellen und sächlichen Ausstattung, anderweitige landesrechtliche Vorgaben zu beachten sind. Im Hinblick auf die Normenhierarchie kommt diesem Hinweis ausschließlich eine klarstellende Bedeutung zu. Die Vorgabe, dass der Bereichsplan den Standort der Integrierten Leitstelle festlegt, konnte gestrichen werden, da dies in der Trägerschaftsvereinbarung erfolgt und bereits bisher durch eine Festlegung in der Trägerschaftsvereinbarung ersetzt wurde, sofern eine solche vorlag (§ 6 Absatz 1 Satz 5 Rettungsdienstgesetz bisherige Fassung). Entfallen konnte die Vorgabe, dass die Besetzung der Krankentransportwagen in den Bereichsplänen festzuschreiben ist, denn diese Besetzung ist gesetzlich festgelegt.

Zu Absatz 7

Absatz 7 entspricht weitestgehend dem bisherigen Absatz 4. Geändert wurde der Verweis auf die §§ 120 bis 123 der Gemeindeordnung. Aus der Streichung ergeben sich keine Änderungen, denn die Rechtsaufsicht ist bereits in § 47 des Gesetzes geregelt. Die Rechtsaufsichtsbehörde kann demnach auch in Zukunft die dort vorgesehene Kontrolle des Handelns des Bereichsausschusses auf Gesetz- und Rechtmäßigkeit vornehmen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Erfüllung der in Absatz 5 geregelten Pflicht des Bereichsausschusses zur Aktualisierung des Bereichsplans.

Auch ohne ausdrückliche Bezugnahme sind die zulässigen Maßnahmen weiterhin den §§ 120 bis 123 der Gemeindeordnung für Baden-Württemberg zu entnehmen. Damit hat die Rechtsaufsichtsbehörde auch künftig das Recht, Informationen zu allen Handlungen des Bereichsausschusses, insbesondere auch im Vorfeld der zweimal jährlich stattfindenden Sitzungen gem. § 10 Abs. 4 und bezüglich der Überprüfung und Fortschreibung der Bereichspläne einzuholen (Informationsrecht), welche der Bereichsausschuss ihr auf Anfrage zu erteilen hat. Sie kann zudem Beschlüsse, die gesetzliche Regelungen verletzen, beanstanden und deren Aufhebung und die Rückabwicklung von Maßnahmen, die auf deren Basis getroffen wurden, verlangen. Darüber hinaus dürfen der Bereichsplan und sonstige Beschlüsse des Bereichsausschusses erst vollzogen werden, wenn die Rechtsaufsichtsbehörde ihre Gesetzmäßigkeit bestätigt oder sie nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet hat (Beanstandungsrecht). Im Übrigen kann die Rechtsaufsichtsbehörde anordnen, dass der Bereichsausschuss – sofern er seinen gesetzlichen Pflichten insbesondere zur zeitnahen Fortschreibung des Bereichsplans nicht nachkommt – diese Fortschreibung innerhalb einer angemessenen Frist durchführt (Anordnungsrecht). Als Ultima Ratio steht der Rechtsaufsichtsbehörde das Recht der Ersatzvornahme zu. Sollte der Bereichsausschuss den zuvor getroffenen Anordnungen nicht nachkommen, kann die Rechtsaufsichtsbehörde die Anordnung anstelle und auf Kosten des Bereichsausschusses selbst durchführen oder die Anordnung einem Dritten übertragen. Die Festsetzungen durch die Rechtsaufsichtsbehörde sind auch weiterhin für die Leistungs- und Kostenträger verbindlich.

Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt, dass die Standorte der Luftrettungsstationen durch das Innenministerium festgelegt werden. Die Festlegung der Luftrettungsstandorte war bisher in § 3 Absatz 2 geregelt. Die in der bisherigen Fassung enthaltene Bestimmung, dass die Standorte bei geeigneten Krankenhäusern liegen müssen, wurde nicht übernommen, da die Arztstellung – auch unter Beachtung vergaberechtlicher Grundsätze – nicht zwangsläufig durch ein bestimmtes Krankenhaus erfolgt.

Zu § 7

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 soll die Erprobung neuer Versorgungskonzepte ermöglichen. Damit können in einem ersten Schritt praktische Erfahrungen gesammelt werden, bevor eine Anwendung in der Fläche erfolgt. Ziel ist es, Optimierungspotenziale zu identifizieren und Verbesserungen vornehmen zu können. Dies dient nicht zuletzt auch dem Interesse der Wirtschaftlichkeit, da über die Erprobungsphase sichergestellt wird, dass nur solche Versorgungskonzepte in der Fläche zur Anwendung kommen, die ihre Praxistauglichkeit unter Beweis gestellt haben. Ausnahmen von den datenschutzrechtlichen Vorgaben der §§ 49 ff. sind bei neuen Versorgungskonzepten hingegen nicht vorgesehen.

Die Erprobung erfolgt in einem Antragsverfahren, in das der Landesausschuss für den Rettungsdienst eingebunden wird. Dadurch können sowohl Leistungs- als auch Kostenträger ihre Interessen und ihre fachliche Einschätzung in die Projekte einfließen lassen. Durch die regelhafte Aufzählung der Vorschriften, von denen eine Ausnahme zugelassen werden kann, soll gewährleistet werden, dass der Rahmen für die Experimentierklausel bereits im Gesetz möglichst klar umrissen wird, sodass es keiner weiteren Ausführungsbestimmung mehr bedarf.

Die Ausnahme von § 14 Absatz 1 soll zum einen ermöglichen, dass Rettungsmittel zum Einsatz kommen, die nicht im Bereichsplan vorgesehen sind und zum anderen die Erprobung von Versorgungskonzepten zulassen, die ausnahmsweise nicht dem anerkannten Stand der Technik entsprechen. Letzteres ist vor allem deshalb erforderlich, weil gerade auch die neuesten verfügbaren Versorgungskonzepte erprobt werden sollen, zu denen solche Erfahrungswerte noch nicht vorliegen.

Die Ausnahme von den in § 15 Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben sollen ermöglichen, dass in der Erprobungsphase auch solche Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Luftrettung zum Einsatz kommen können, die weder im Gesetz noch im Rettungsdienstplan vorgesehen sind.

Die Ausnahmen von den in den § 16 Absatz 1 bis 3 genannten Vorgaben sollen ermöglichen, dass die im Gesetz oder im Rettungsdienstplan genannten Rettungsmittel auch mit einer anderen Besetzung zum Einsatz kommen können und dass die jährliche Fortbildungspflicht minimiert oder ausgesetzt werden kann.

Die Ausnahmen von den in § 45 Absatz 1 bzw. in dem in den Bezug genommenen § 16 Absatz 2 genannten Vorgaben sollen ermöglichen, dass auch hinsichtlich des in der Luftrettung eingesetzten Personals in der Erprobungsphase Abweichungen in der Qualifikation möglich sind. Auf Ausnahmen beim anerkannten Stand der Technik hinsichtlich der in der Luftrettung eingesetzten Fluggeräte und technischen Ausstattungen wurde bewusst verzichtet, da hierbei im Zweifel Fragen der Flugsicherheit mitbetroffen sind.

Absatz 1 sieht weiterhin vor, dass von Vorgaben, die in den auf der Grundlage von § 6 Absatz 4 und § 22 Absatz 2 erlassenen Verordnungen – also der Rettungsdienstplanverordnung und der Ersthelferverordnung – enthalten sind, abgewichen werden kann. Sofern sich die Erprobung der Vorhaben auf die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auswirken kann, ist das Einvernehmen mit dem Sozialministerium herzustellen. Damit wird sichergestellt, dass die Ausbildungsziele nicht gefährdet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 begrenzt den Kreis der Antragsberechtigten auf die Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst und die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.). Weiterhin sind in Kooperation mit diesen auch universitäre Einrichtungen, zu deren Spektrum die notfallmedizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten in Klinik, Forschung und Lehre gehört, antragsberechtigt. Durch diese Ausgestaltung der

Antragsberechtigung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich grundsätzlich um Versorgungskonzepte mit einer landesweiten Bedeutung handeln muss.

Der Antrag muss zudem Angaben hierüber enthalten, ob von den Antragsberechtigten ein Antrag auf öffentliche Förderung gemäß § 41 gestellt werden wird, sofern die Voraussetzungen des Fördertatbestandes mit dem Antrag erfüllt sind.

Der Antrag muss weiterhin eine Regelung über die Verteilung der entstehenden Kosten enthalten. Diese ist, bei der Verteilung der Kostenlast auf mehrere Beteiligte, in Prozentsätzen anzugeben. Wird ein Antrag auf öffentliche Förderung gemäß § 41 gestellt, hat der Antrag eine Regelung über die Verteilung der Kosten sowohl für den Fall der Genehmigung der öffentlichen Förderung als auch für den Fall der Ablehnung der öffentlichen Förderung zu enthalten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine zeitliche Befristung. Mit der Befristung soll erreicht werden, dass neue Versorgungskonzepte möglichst zeitnah einer Evaluierung unterzogen werden und nicht automatisch regelhaft Anwendung finden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Verpflichtung zur Dokumentation und zur Evaluation für die antragstellende Person aufgrund der vom Landesausschuss für den Rettungsdienst vorgegebenen Kriterien. Die enge Einbindung des Landesausschusses für den Rettungsdienst unterstreicht dessen Rolle als zentrales Beratungs- und Beschlussgremium für Vorhaben von landesweiter Bedeutung. Dieses Verfahren soll zugleich sicherstellen, dass die Entscheidung über die Einführung neuer Versorgungskonzepte auf eine möglichst breite Faktenbasis gestützt werden kann und dass alle Beteiligten der Selbstverwaltung in den Prozess eingebunden sind.

Zu § 8

Zu Absatz 1

In Absatz 1 Satz 2 ist ein Verweis auf den neuen § 4 aufgenommen worden. Damit ist klargestellt, dass auch die Leistungserbringer in der Luftrettung dem Landesausschuss für den Rettungsdienst angehören. Dies gilt jedenfalls für den Zeitraum ihrer Beauftragung. In Absatz 1 wurde zudem ergänzt, dass das Sozialministerium, die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die Zentrale Stelle nach § 9 sowie die oder der Landes-Behindertenbeauftragte dem Landesausschuss für den Rettungsdienst als beratende Mitglieder angehören.

Absatz 1 Satz 2 und 3 stellen nunmehr klar, dass jeder Leistungsträger im Sinne von § 3 Absatz 1 oder § 4 mindestens eine Vertreterin oder einen Vertreter entsenden kann. Sofern danach im Kontingent dieser Leistungsträger noch stimmberechtigte Sitze verfügbar sind, soll bei der Aufteilung dieser Sitze der Leistungsanteil der einzelnen Leistungsträger berücksichtigt werden. In der bisher gültigen Fassung war dies lediglich als „Kann“-Vorschrift ausgestaltet. Die Neuregelung als „Soll“-Vorschrift betont den auch in § 10 auf Ebene der Bereichsausschüsse enthaltenen Grundsatz, dass Leistungsträger, die besonders stark im Rettungsdienst engagiert sind, auch ein größeres Mitspracherecht bei den Entscheidungen bekommen sollen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 2 wurde präzisiert, dass es sich bei den allgemeinen Grundsätzen und Maßstäben um verbindliche Vorgaben handelt und für welchen Adressatenkreis diese gelten, nämlich für alle am Rettungsdienst Beteiligten. Da es sich auch bei den Bereichsausschüssen nach der Begriffsbestimmung in § 2 Nr. 6 um „Beteiligte des Rettungsdienstes“ handelt, gilt die Bindungswirkung auch für diese.

Satz 3 stellt klar, dass die Planung auch die Möglichkeit zur Einholung landesweiter Gutachten umfasst. Dies soll insbesondere dazu dienen, rettungsdienstbereichsübergreifende Synergieeffekte zu generieren. Um die Ergebnisse der Begutachtung und deren Umsetzung validieren und evaluieren zu können, bedarf es zudem der Möglichkeit, Vorhalterweiterungen im jeweiligen Bereich für die Zeitdauer der landesweiten Begutachtung und seiner Umsetzung zumindest einzuschränken. Begutachtungen auf Rettungsdienstbereichsebene können damit ausgesetzt werden, solange die landesweite Begutachtung durchgeführt wird. Die Ergebnisse eines landesweiten Gutachtens sind für die Bereichsausschüsse verbindlich. Insbesondere sind lokale Planungen an den Ergebnissen des landesweiten Gutachtens auszurichten.

Die in Absatz 2 Satz 3 der bisherigen Fassung enthaltene Verordnungsermächtigung, die greifen sollte, wenn im Landesausschuss für den Rettungsdienst keine allgemeinen Grundsätze in angemessener Zeit zustande kommen, wurde gestrichen, da ihr im Verhältnis zur neuen Verordnungsermächtigung für den Erlass des Rettungsdienstplanes in § 6 Absatz 2 keine eigenständige Bedeutung mehr zukommt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 wurde im Hinblick auf die Anforderung einer geschlechtergerechten Formulierung angepasst. Außerdem wurden die Folgen eines Widerspruchs präzisiert. Demnach ist ein Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst endgültig gescheitert, wenn das Innenministerium seinen Widerspruch spätestens innerhalb eines Monats schriftlich oder elektronisch begründet hat und die Begründung den Mitgliedern des Landesausschusses für den Rettungsdienst innerhalb dieser Frist zugegangen ist.

Zu § 9

Zu Absatz 1

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat bereits am 3. Dezember 2010 die Einrichtung einer Stelle für die trägerübergreifende Qualitätssicherung beschlossen. Daraufhin wurde beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (heute: Medizinischer Dienst) die „Stelle zur trägerübergreifende Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ (SQR-BW) eingerichtet. Die Zentrale Stelle nach § 9 war bereits im bisherigen Gesetz in § 2 Absatz 3 erwähnt. Die Aufgaben dieser Stelle wurden erstmalig im Rettungsdienstplan 2014 beschrieben (III Ziff. 8). Im Rettungsdienstplan von 2022 werden diese Aufgaben in § 27 konkretisiert. Die Aufgaben werden nunmehr in Absatz 1 gesetzlich detailliert geregelt. Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass diese Aufgaben der Gewährleistung der trägerübergreifenden Qualitätssicherung dienen.

Strukturqualität (z. B. Kompetenz des Personals, die Anzahl an Fahrzeugen oder deren Ausstattung), Prozessqualität (Arbeitsschritte und Handlungsabläufe bei der Versorgung der Patientin oder des Patienten) und Ergebnisqualität (Änderung des Gesundheitszustands) bedingen sich zu großen Teilen gegenseitig. Die Indikationsqualität erfasst in Ergänzung dazu, ob die Strukturen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten eingesetzt wurden und ob eine erbrachte Leistung auch angemessen war. Keine dieser Dimensionen beschreibt für sich betrachtet die Qualität des Rettungsdienstes umfassend. Bei der Bewertung sollten daher verschiedene Arten von Qualitätsindikatoren kombiniert werden.

In Nummer 2 wird die Einrichtung und der Betrieb eines Online-Portals geregelt. Nach den allgemeinen datenschutzrechtlichen Grundsätzen zur Auftragsverarbeitung kann die Zentrale Stelle nach § 9 auch Dritte, d. h. eine Dienstleisterin oder einen Dienstleister, mit der Aufgabe betrauen. Die Zugriffsrechte ergeben sich im Einzelnen aus dem Absatz 2. Inhalt des Online-Portals ist die Zurverfügungstellung von Analyseergebnissen, die sich aus einer Auswertung der standardisiert übermittelten Datensätze nach Nummer 1 ergeben.

In Nummer 3 wird die Erstellung eines jährlichen Qualitätsberichts als eine Aufgabe der Zentralen Stelle nach § 9 festgelegt. Der Qualitätsbericht hat insbesondere die Funktion, neben den am Rettungsdienst Beteiligten auch die breite Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg anhand von relevanten Kennzahlen sowie anhand von Zahlen und Fakten zur Struktur des Rettungsdienstes zu informieren.

Nummer 4 erwähnt, dass zu den Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 auch Sonderauswertungen gehören. Die Selbstverwaltung hat ein elementares Interesse daran, dass die Zentrale Stelle nach § 9 auch bei einzelnen Fragestellungen das umfassende Datenmaterial auswerten und damit dazu beitragen kann, Entscheidungen auf einer fundierten Grundlage zu fällen. Dadurch kann die Zentrale Stelle nach § 9 insbesondere auch einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Rettungsdienstes leisten. Dies dient auch dem Versorgungsinteresse der Bevölkerung.

Satz 3 ermöglicht die Übertragung weiterer Aufgaben im Hinblick auf Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung. Die Einzelheiten werden in der Rettungsdienstplanverordnung festgelegt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, dass der Landesausschuss für den Rettungsdienst die Ziele der trägerübergreifenden Qualitätssicherung definiert.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält das Zugriffs- und Rollenmodell für das Online-Portal. Der Zugriff der in Nummer 1 aufgeführten Stellen ist auf deren Aufsichtstätigkeit beschränkt. In Nummer 2 werden die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst bei den Regierungspräsidien nach § 5 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 zusätzlich erwähnt. Der Grund hierfür ist, dass – anders als bei den Regierungspräsidien – der Zugriff nicht allein auf aufsichtsrechtliche Fragen beschränkt, sondern auch die spezielle Beratungsfunktion abgedeckt sein soll.

In Nummer 3 wird den Bereichsausschüssen ein Zugriffsrecht eingeräumt. Dieses Zugriffsrecht ist notwendig, damit die Bereichsausschüsse die in § 10 Absatz 3 beschriebenen Aufgaben erfüllen können.

Nummer 4 und 5 räumen den Landesverbänden und Untergliederungen der Leistungsträger sowie den bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung Zugriffsrechte ein. Ebenso wird den weiteren Stellen, mit denen das Innenministerium nach § 3 Absatz 2 Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes schließt, ein Zugriffsrecht eingeräumt. Die Zugriffsrechte der Untergliederungen der Leistungsträger und der bestandsgeschützten privaten Unternehmen werden damit auf die Aufgabenwahrnehmung im Rettungsdienst begrenzt. Ein Zugriff zu anderen Zwecken wie beispielsweise Bevölkerungsschutz ist damit nicht eröffnet.

Nummer 6 gewährt ein Zugriffsrecht für die Mitglieder des Beirats der Zentralen Stelle nach § 9 und dient dazu, dass diese die für die beratende Tätigkeit in diesem Gremium erforderlichen Informationen bekommen.

Nummer 7 erweitert den Kreis der Zugriffsberechtigten um die Leitungen des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstellen. Der Zugriff verfolgt insbesondere das Ziel, die Integrierten Leitstellen bei der Erledigung ihrer hoheitlichen Aufgaben nach § 11 Absatz 2 zu unterstützen.

Nummer 8 räumt den Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzten Zugriffsrechte auf das Online-Portal ein. Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte wirken an der Qualitätssicherung mit. Außerdem koordinieren sie bei Schadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten die ärztliche Versorgung. Diese in § 19 Absatz 3 gesetzlich verankerte Aufgabenwahrnehmung erfordert es, dass ihnen auch die über das Online-Portal bereitgestellten Analyseergebnisse zugänglich gemacht werden.

Nach Nummer 9 können die Notärztlichen Standortleitungen auf das Online-Portal zugreifen. Die Einräumung dieses Zugriffsrechtes ist insbesondere deshalb erforderlich, damit die Notärztlichen Standortleitungen ihre in § 21 Absatz 2 genannten Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentation, der Datenanalyse und dem Qualitätsmanagement am Standort wahrnehmen können.

Nummer 10 räumt den Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst bei den Leistungserbringern ein Zugriffsrecht auf das Online-Portal ein. Dies soll es den Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst insbesondere ermöglichen, ihre Überwachungsaufgaben nach § 20 Absatz 3 im Zusammenhang mit der Vorabdelegation heilkundlicher Maßnahmen ausüben zu können.

Absatz 3 Satz 2 statuiert einen Sicherstellungsauftrag für die Zentrale Stelle nach § 9, der beinhaltet, dass die Zugriffe auf das Online-Portal zu protokollieren sind. Dabei soll grundsätzlich jeder Login mit Nutzerkennung und Zeitstempel erfasst werden. Die Speicherdauer dieser Protokolldaten richtet sich wiederum nach § 58.

Zu Absatz 4

Absatz 4 statuiert eine Verpflichtung der am Rettungsdienst Beteiligten, an der Qualitätssicherung mitzuwirken.

Nummer 1 stellt sicher, dass die Zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 über alle erforderlichen Informationen verfügt, um die in Absatz 1 genannten Aufgaben zu erfüllen. Dies umfasst sowohl die Dokumentation als auch die Übermittlung der Daten in einem landeseinheitlichen Format an die Zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1. Dabei wird auch klargestellt, dass die Vorgaben für das landeseinheitliche Format durch die Zentrale Stelle nach § 9 in Abstimmung mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt werden. Die Informationsübermittlung muss „fristgemäß“ erfolgen, also innerhalb der Frist, die der Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt hat und die künftig in der Rettungsdienstplanverordnung vorgegeben werden wird.

Nummer 2 präzisiert die Auskunftspflicht der Beteiligten am Rettungsdienst gegenüber der Zentralen Stelle nach § 9.

Nummer 3 stellt klar, dass sich die Mitwirkungspflicht auch darauf erstreckt, an vorgegebenen Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen.

Die Erfüllung der Mitwirkungspflichten kann von den jeweiligen Aufsichtsbehörden überprüft werden. Aufgrund des hohen Stellenwertes der Teilnahmeverpflichtung kann bei einem Verstoß gegen diese Pflicht nunmehr nach § 59 Absatz 1 ein Bußgeld verhängt werden. Darüber hinaus bleibt es den Kosten- und Leistungsträgern unbenommen, Regelungen zu treffen, die zur Folge haben, dass sich die Nichtmitwirkung an der Qualitätssicherung mindernd auf die Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen auswirkt.

Zu § 10

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Fassung (§ 5). Im Vergleich zum bisherigen § 5 Absatz 1 wurde lediglich der Kreis der beratenden Mitglieder um die neugeschaffenen Funktionen der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst der Regierungspräsidien und der Notärztlichen Standortleitungen erweitert. Da die Notärztliche Standortleitung künftig auch Aufgaben der Qualitätssicherung übernehmen wird ist ihre Teilnahme an der Sitzung angezeigt. Dadurch wird darüber hinaus gewährleistet, dass insgesamt der ärztliche Sachverstand vermehrt in die Entscheidungen mit einfließen kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt ein Verfahren zur Berufung der notärztlichen Standortleitung sowie der Vertretung der Krankenhäuser in den Bereichsausschüssen. Darüber hinaus wurde Absatz 2 um eine Regelung ergänzt, mit der der Konstellation begegnet

werden soll, dass die Anzahl der Beteiligten die im Bereichsausschuss zur Verfügung stehenden Sitze übersteigt. Satz 5 weist in diesem Fall der Oberbürgermeisterin oder dem Oberbürgermeister bzw. der Landrätin oder dem Landrat die Aufgabe zu, über die Aufteilung der Stimmrechte zu entscheiden. Satz 10 und 11 stellen klar, dass alle Leistungsträger nach § 3 Absatz mit Ausnahme der Sonderrettungsdienste zumindest jeweils einen stimmberechtigten Sitz bekommen sollen, soweit sie eine Vorhaltung in dem jeweiligen Rettungsdienstbereich übernommen haben. Ebenso wird klargestellt, dass bestandsgeschützte Unternehmen unter Berücksichtigung der zum maßgeblichen Stichtag in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen übernommenen Vorhaltungen einen stimmberechtigten Sitz erhalten. Satz 12 bestimmt, dass sich die Entscheidung an den bisher übernommenen Vorhaltungen orientieren soll. Eine Neuverteilung der Stimmrechte soll auch dann vorgenommen werden, wenn sich grundlegende Veränderungen an den Vorhaltungen ergeben. Als Orientierungswert wird hierbei eine 10-Prozent-Schwelle eingeführt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich der Umfang der übernommenen Vorhaltungen in den Mitwirkungsmöglichkeiten widerspiegeln muss. Die Regelung ist auf die speziellen Bedürfnisse der Leistungsträger zugeschnitten, da das Problem der begrenzten Anzahl stimmberechtigter Sitze bislang in der Praxis nur dort zu Tage getreten ist. Da die Gesamtzahl der zu vergebenden stimmberechtigten Sitze nach Absatz 1 bei höchstens sieben liegt, bleibt bei einem Erreichen dieser Höchstzahl die Möglichkeit, alternierende Stimmrechte einzuräumen. Auf eine Erhöhung der Anzahl der stimmberechtigten Sitze wurde im Interesse effizienter Entscheidungsprozesse bewusst verzichtet.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird die Rolle des Bereichsausschusses als Organ der Selbstverwaltung auf der lokalen Ebene des Rettungsdienstbereichs beschrieben. Bereits in der bisherigen Fassung war die Luftrettung aus dessen Aufgabenstellungen ausgenommen. Diese Ausnahme gilt auch weiterhin. Das ergibt sich aus dem Adjektiv „bodengebunden“ im Zusammenspiel mit der Begriffsbestimmung bei § 2 Nummer 7. Aus denselben Gründen sind auch die Sonderrettungsdienste ausgenommen. Hintergrund ist, dass den Sonderrettungsdiensten – ähnlich wie der Luftrettung – eine stärkere überregionale Bedeutung zukommt, sodass auch in diesem Zusammenhang das Innenministerium über den Bedarf an Einrichtungen der Sonderrettungsdienste entscheidet.

Die Möglichkeit der lokalen Begutachtung wurde klarstellend auf die Notfallrettung beschränkt, da im Bereich des Krankentransportes aufgrund des freien Marktes keine Planung stattfinden kann. Sofern nach § 8 Absatz 2 landesweite Gutachten beschlossen wurden, kann die lokale Begutachtung zeitweise eingeschränkt oder ausgesetzt werden. Zudem ist davon auszugehen, dass durch die Entwicklung landesweit einheitlicher digitaler Planungsinstrumente auf mittlere und längere Sicht der Bedarf an regionalen Begutachtungen zurückgehen wird.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Verpflichtung, für den Fall, dass sich eine Vorhaltung bezogen auf einen Rettungsdienstbereich allein nicht wirtschaftlich darstellen lässt. Es ist dann zu prüfen, ob stattdessen rettungsdienstbereichsübergreifende Versorgungsbereiche für die jeweiligen Vorhaltungen ausgewiesen werden können. Dies erweitert den Handlungsspielraum, um Versorgungsdefiziten gerade in Randzonen von Rettungsdienstbereichen planerisch zu begegnen. Geregelt wird in diesem Zusammenhang auch, welcher Bereichsausschuss für solche Vorhaltungen in gemeinsamen Versorgungsbereichen verantwortlich ist.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ist im Vergleich zur bisherigen Fassung (bisher § 5 Absatz 4) weitgehend unverändert geblieben, wobei auf den ausdrücklichen Hinweis, dass die Stellvertretung des Vorsitzes zu regeln ist, ebenso verzichtet wurde, wie auf die ausdrückliche Regelung, dass der Vorsitz mit der Bestellung der oder des neuen Vorsitzenden endet. Neu eingefügt wurde die Verpflichtung, den Bereichsplan

und die Beschlüsse des Bereichsausschusses in geeigneter Form zu veröffentlichen. Damit soll dem Informationsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung getragen werden. Die Form der Veröffentlichung wurde bewusst offengelassen. Möglich ist grundsätzlich, dass diese Dokumente in das Internet eingestellt werden.

Zu Absatz 6

Bei Absatz 6 ergaben sich außer der Anpassung der Nummerierung keine Änderungen im Vergleich zur Fassung im bisherigen § 5 Absatz 5.

Zu Absatz 7

Absatz 7 ist wortgleich mit dem bisherigen § 5 Absatz 6 Satz 1. Gestrichen wurde der Hinweis, dass die Organisation, die den Vorsitz innehat, für die Kosten des Bereichsausschusses in Vorleistung tritt.

Zu §§ 11 bis 13

Die Regelungen zu den Integrierten Leitstellen werden künftig mehrere Normen umfassen. Der bisherige § 6, der alle im Rettungsdienstgesetz vorgesehenen Regelungen zu den Integrierten Leitstellen, wie zum Beispiel über Trägerschaft und Aufgaben – teilweise allerdings nur sehr rudimentär – enthielt, wird dadurch modernisiert und neugestaltet. Die Regelungen zu den Integrierten Leitstellen werden in §§ 11 bis 13 übersichtlicher strukturiert und damit neu und ausführlicher gefasst.

Zu § 11

§ 11 legt die Aufgaben und Befugnisse der Integrierten Leitstellen fest.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird der Kontakt zwischen den Hilfesuchenden und der Integrierten Leitstelle geregelt. Die Entgegennahme und die Bearbeitung von Notrufen wird wie bisher den Integrierten Leitstellen als Aufgabe zugewiesen und ausdrücklich um sonstige Hilfeersuchen erweitert. Notrufe und Hilfeersuchen umfassen neben den klassischen Telefonanrufen auch Eingänge per Fax, Notruf-App, Brandmeldeanlagen, eCall und auf anderen Wegen, die hierfür – auch im Hinblick auf europarechtliche Anforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit – eingerichtet sind oder werden. Mit der Regelung der Entgegennahme und Bearbeitung der Krankentransportanforderungen wird das bereits bestehende Vermittlungsmonopol der Integrierten Leitstellen für den Krankentransport gesetzlich manifestiert.

Die europaweite Notrufnummer 112 wird in den Integrierten Leitstellen abgefragt. Diese Klarstellung ist wichtig, um eine ständig verfügbare Bearbeitung an einer qualifizierten Stelle sicherzustellen. Die Notrufabarbeitung soll zu jeder Zeit eine einheitliche Qualität haben, daher ist die neu vorgesehene Einführung einer landesweit einheitlichen Systematik bei der Notrufabfrage notwendig, welche die Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeiter unterstützt.

Für die Anrufenden ist es wichtig, in der Notfallsituation nicht alleine gelassen zu werden. Daher sollen sie durch die Integrierte Leitstelle zu Sofortmaßnahmen angeleitet werden, was künftig nun auch ausdrücklich geregelt wird. Dazu zählen Maßnahmen zum Selbstschutz, beispielsweise das richtige Verhalten bei Bränden oder das Absichern der Unfallstelle. Für die Gesundheit der betroffenen Person ist das möglichst schnelle Ergreifen von zielgerichteten Erste-Hilfe-Maßnahmen entscheidend. Hierzu soll die Integrierte Leitstelle die Anrufenden anleiten. Insbesondere durch die telefonische Anleitung zur Reanimation kann im Fall des Herzkreislauf-Stillstandes das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen organisierter Hilfe verkürzt und Leben gerettet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 dient der Umsetzung der Vorgaben des Artikels 3 Nummer 14 der Richtlinie (EU) 2019/882 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 17. April 2019 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen (ABl. L 151 vom 7. Juni 2019, S. 70) und des Artikels 2 Nummer 35 der Richtlinie (EU) 2018/1972 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Dezember 2018 über den europäischen Kodex für die elektronische Kommunikation (Neufassung) (ABl. L 321 vom 17. Dezember 2018, S. 36).

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt neben der bereits bisher in § 6 Absatz 1 normierten Aufgabe der Einsatzlenkung ausdrücklich nun auch die Tätigkeiten der Disposition und Alarmierung durch die Integrierten Leitstellen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) und des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg (VGH BW) sind Leitstellen bei der Lenkung der Einsätze und der Vermittlung von Einsätzen in Notfallrettung und Krankentransport sowie der Erteilung von Weisungen zur Lenkung der Einsätze an im Rettungsdienst tätige Personen (siehe Absatz 6) hoheitlich tätig (BGH, Urteil vom 25. September 2007, KZR 48/05 und BGH, Urteil vom 25. September 2007, KZR 14/06 sowie VGH BW, Urteil vom 29. September 2009, 6 S 131/08).

Die Integrierten Leitstellen ordnen den Einsätzen gemäß den Alarm- und Ausrückordnungen die zugehörigen Einsatzkräfte und -mittel einschließlich der Luftrettung zu, disponieren und alarmieren diese. Für die Disposition im Rettungsdienst ist die Einhaltung der durch die zuständigen Stellen festgelegten Regelungen sicherzustellen, hierzu zählen insbesondere die georeferenzierte Disposition, die Dispositionsgrundsätze des Landessausschusses für den Rettungsdienst und die Indikationskataloge. Weitere Regelungen trifft der Rettungsdienstplan nach § 6 Absatz 2 des Rettungsdienstgesetzes.

Satz 2 enthält die bereits bisher in § 6 Absatz 1 getroffene Regelung, dass alle in der Notfallrettung und im Krankentransport in Baden-Württemberg tätigen Leistungsträger und privaten Rettungsdienst- und Krankentransportunternehmen bei der Einsatzvermittlung im Bereich des Krankentransports gleichbehandelt werden müssen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt erstmals ausdrücklich die Aufgabe der weiteren Einsatzunterstützung durch die Integrierte Leitstelle. Die Einsatzkräfte vor Ort sind im Regelfall in der Lage, einen Einsatz autark und eigenverantwortlich abzuwickeln. Sofern jedoch zusätzliche Unterstützung erforderlich sein sollte, gehört es auch zu den Aufgaben der Integrierten Leitstelle, diese zu gewähren und aktiv den Einsatzablauf zu verfolgen. Die Integrierte Leitstelle kann insbesondere bei der Beschaffung einsatzrelevanter Informationen unterstützen, beispielsweise durch die Abfrage von Gefahrgutdatenbanken oder die Bereitstellung von Rettungskarten für PKW über eine Abfrage beim Kraftfahrtbundesamt sowie beispielsweise die Kontaktaufnahmen zu Giftnotrufzentralen und Giftinformationszentren.

Die Integrierte Leitstelle stellt zudem bei Großschadensereignissen für die Einsatzleitung vor Ort ein leistungsfähiges Führungsmittel dar. Denn die Informationen über verfügbare Einsatzkräfte und die Möglichkeit diese zeitgleich parallel zu alarmieren hat nur die Integrierte Leitstelle. Sie kann der Einsatzleitung vor Ort dementsprechend Vorschläge unterbreiten, ohne deren Führungsverantwortung zu beeinträchtigen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt das Leitstellenentgelt und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung (in § 6 Absatz 3 bisherige Fassung) mit der Ausnahme, dass in Satz 1 die letzten beiden Worte „im Rettungsdienst“ gestrichen wurden, da sie

entbehrlich sind und Satz 2 und 3 neu eingefügt wurden. Satz 4 und 5 entsprechen der bisherigen Regelung.

Zur Finanzierung ihres rettungsdienstlichen Teils erhebt die Integrierte Leitstelle für die Vermittlung von Einsätzen Entgelte bei den Leistungserbringern im Rettungsdienst. Diese rechnen das Leitstellenvermittlungsentgelt individuell mit den Kostenträgern im Rettungsdienst im Rahmen der Geltendmachung der Transportkosten nach dem SGB V ab. Dieses Verfahren hat sich grundsätzlich bewährt und trägt der Selbstverwaltung im Rettungsdienst Rechnung.

Neu aufgenommen wurde eine ausdrückliche Verpflichtung zur Abführung der Leitstellenentgelte durch die Leistungserbringer an die Integrierten Leitstellen in Satz 2. Satz 3 ergänzt, dass nach Ablauf der Zahlungsfrist Verzug eintritt. Es ist wichtig, eine kontinuierliche und zeitnahe Bezahlung der Leitstellenentgelte sicherzustellen, da die Integrierten Leitstellen damit finanziert werden.

Die Vermittlungsentgelte werden vom Bereichsausschuss jährlich festgelegt. Sofern eine Einigung über Leitstellenvermittlungsentgelte nicht zustande kommt, gilt das im Rettungsdienstgesetz für die Benutzungsentgelte vorgesehene Schiedsverfahren entsprechend.

Zu Absatz 6

Absatz 6 schafft eine modernisierte Rechtsgrundlage für die Einführung eines landesweit einheitlichen digitalen Versorgungsnachweissystems. Die bisherige Regelung, nach der die Integrierte Leitstelle einen Nachweis über die Dienst- und Aufnahmebereitschaft führt und die Krankenhäuser diesbezüglich zur Auskunft verpflichtet sind, wird in der Praxis meist durch eine analoge und zeitversetzte Erfassung durchgeführt. Damit ist sie den heutigen Anforderungen nicht mehr gewachsen und wird durch eine neue Regelung ersetzt. Im Rahmen des digitalen Versorgungsnachweissystems werden die Integrierten Leitstellen, die Einsatzmittel des Rettungsdienstes und die aufnehmenden Krankenhäuser mittels einer digitalen Plattform verknüpft. So können am Einsatzort die aktuellen Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser eingesehen und die Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst direkt dem geeigneten Krankenhaus zugewiesen, angemeldet und die für die Weiterbehandlung erforderlichen Patientendaten übermittelt werden. Ebenso erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit auf die Versorgungskapazitäten für erforderliche Weiterbehandlungen in anderen, ggf. spezialisierten Krankenhäusern zuzugreifen.

Ziel ist es, im rettungsdienstlichen Einsatz wertvolle Zeit für die betroffene Person bei der Suche nach dem nächsten geeigneten Krankenhaus sowie bei der Patientenmeldung und Übergabe zu sparen. Insbesondere entfällt für den Rettungsdienst die teils aufwändige telefonische Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. So kann die Zeit bis zum Behandlungsbeginn im geeigneten Krankenhaus (Prähospitalzeit) erheblich verkürzt werden. Durch die digitale Übermittlung notwendiger Patientendaten soll eine schnellere Übergabe und damit auch eine kürzere Bindung der einzelnen Rettungsmittel möglich werden. Die Krankenhäuser müssen dafür ihre aktuellen Behandlungskapazitäten digital erfassen, damit sie in den Einsatzfahrzeugen, Rettungshubschraubern und Integrierten Leitstellen jederzeit aktuell sichtbar sind. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration wird parallel zur hier im Rettungsdienstgesetz vorgesehenen Regelung bei der nächsten Änderung des Landeskrankenhausgesetzes bzw. des Krankenhausplanes entsprechende erforderliche Anpassungen vornehmen. Dadurch werden die Krankenhäuser verpflichtet, ihre aktuellen Behandlungskapazitäten im Rahmen des digitalen Versorgungsnachweissystems aktuell zu erfassen.

Absatz 6 Satz 2 definiert den Begriff der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser.

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Aufnahme- und Versorgungspflicht der Krankenhäuser nach dem Landeskrankenhausgesetz unberührt bleibt. Der Versorgungsnachweis wird mit offenen Schnittstellen ausgestaltet, um die Kompatibilität mit anderen Systemen zu ermöglichen. Die Möglichkeit der Mitwirkung von anderen Versorgungsstrukturen wird geregelt, um künftige Entwicklungen auch im Rahmen der anstehenden Reform der Notfallversorgung einbeziehen zu können.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt nun erstmals die Weisungsbefugnis der Integrierten Leitstellen bei der Lenkung der Einsätze, die bisher nur im Rettungsdienstplan Baden-Württemberg verankert war. Insbesondere in der Notfallrettung haben die Integrierten Leitstellen die Aufgabe, die zur Abwehr von drohenden Gefahren für Leib und Leben erforderlichen Anordnungen zu treffen. Diese Anordnungen müssen für das Personal der zum Einsatz bestimmten Fahrzeuge verbindlich sein, da andernfalls Wirksamkeit, Effizienz und Schnelligkeit des Notfalleinsatzes gefährdet würden. Hierfür ist eine Weisungsbefugnis erforderlich. Die Beschränkung der Weisungsbefugnis auf die Lenkung der Einsätze wird dem Umstand gerecht, dass die Einsatzleitung und die medizinischen Maßnahmen am Einsatzort in der Verantwortung der Einsatzkräfte vor Ort liegen müssen. Bei der Erteilung von Weisungen zur Lenkung der Einsätze handeln die Integrierten Leitstellen hoheitlich.

Zu Absatz 8

Die bisherige Regelung, die die Übernahme weiterer Aufgaben durch die Integrierten Leitstellen zuließ, sofern die Kostenerstattung mit der Auftraggeberin oder dem Auftraggeber vereinbart war, hat wichtige Aspekte wie das Erfordernis der vorhandenen Personalkapazität nicht berücksichtigt. Zudem konnten trotz gemeinsamer Trägerschaft ohne Abstimmung durch nur einen Träger weitere Aufgaben übernommen werden. Die Regelung wird durch eine neue einschränkende Regelung ersetzt. Dies soll gewährleisten, dass die Integrierten Leitstellen sich auf ihre wichtigen originären Aufgaben konzentrieren und diese qualitativ noch besser erfüllen können. Auch soll eine unkontrollierte und ungesteuerte Zunahme von zusätzlichen Aufgaben verhindert werden. Die Integrierten Leitstellen können danach im Einzelfall weitere Aufgaben übernehmen. Dies sind Leistungen, die von den Integrierten Leitstellen erbracht werden können, sofern die örtlichen Gegebenheiten dies nahelegen. Für die Übernahme ist das Einvernehmen beider Träger notwendig. Ein sachlicher Zusammenhang mit den originären Aufgaben sollte gegeben sein. Die Wahrnehmung zusätzlicher Aufgaben ist nur zulässig, sofern die Erfüllung der originären Aufgaben nicht beeinträchtigt wird und sofern die Finanzierung der dadurch anfallenden Personal-, Sach- und Technikkosten sichergestellt ist. Die Vereinbarkeit der Aufgabenwahrnehmung mit der personellen und finanziellen Abdeckung müssen der Aufsichtsbehörde nachgewiesen werden und diese muss der Aufgabenwahrnehmung zustimmen. Sofern die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, kann die Zustimmung jederzeit widerrufen werden. Bei der Übernahme folgender Aufgaben ist eine Beeinträchtigung der Aufgabenwahrnehmung in der Regel nicht gegeben: Alarmierung örtlicher Einrichtungen der Organisierten Ersten Hilfe im Sinne von § 23 oder smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern im Sinne von § 24 sowie Benachrichtigung von Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorgern, Kriseninterventionsteams und anderen Kräften zur psychosozialen Betreuung.

Sofern örtlich Einrichtungen der Organisierten Ersten Hilfe im Sinne von § 23 oder smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern im Sinne von § 24 vorhanden sind, sind diese nach den landesweiten Vorgaben in die Alarm- und Ausrückeordnung der Integrierten Leitstellen aufzunehmen.

Zu Absatz 9

In Satz 1 wurden bei der bisherigen Regelung (§ 6 Absatz 5) die Worte „oder spezielle Aufgaben“ ergänzt, der Passus „mit Leistungsträgern auf Grund von § 2“ gestrichen und das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „festlegen“ ersetzt. Zudem wurde angefügt, dass überregionale oder spezielle Aufgaben durch das Innenministerium auf bestehende Integrierte Leitstellen übertragen werden können. Das Innenministerium soll künftig allein besondere Leitstellen einrichten bzw. die genannten Aufgaben übertragen können. Dies erscheint für spezielle Aufgaben und Einsatzlagen sinnvoll, um auf umfassendes Expertenwissen zurückgreifen zu können, flexible Lösungen zu ermöglichen und besondere Einsatzlagen noch optimaler bewältigen zu können. Verschiedene spezielle Aufgaben können unterschiedlich große Zuständigkeitsbereiche erforderlich machen. Neu

eingefügt wurde Satz 2, nachdem auch die Einrichtung von telemedizinischen Arbeitsplätzen dazu gehört, da in Baden-Württemberg ein Telenotärztliches System eingeführt und in diesem Zuge Telenotärztliche Zentralen bei den durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst bestimmten Integrierten Leitstellen angesiedelt werden sollen. Neben der landesweit tätigen Oberleitstelle Baden-Württemberg und der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte werden daher künftig zum Beispiel auch Integrierte Leitstellen, an denen telemedizinische Arbeitsplätze eingerichtet sind, Bestandteil der rettungsdienstlichen Leitstellenlandschaft. Der neue Satz 3 ermächtigt das Innenministerium, Einzelheiten dazu durch Rechtsverordnung zu regeln.

Zu § 12

§ 12 regelt die Trägerschaft und grundsätzliche personelle Ausstattung der Integrierten Leitstelle. Zudem wurde entsprechend der Regelung im Rettungsdienstplan ergänzt, dass die Trägerschaftsvereinbarung der Zustimmung des Bereichsausschusses bedarf.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst als Integrierte Leitstellen eingerichtet und rund um die Uhr betrieben werden. Dies entspricht der Regelung im bisherigen § 6 Absatz 1 Satz 4, wobei die Wörter „und so zu betreiben, dass die Aufgabenerfüllung jederzeit gewährleistet ist“ ergänzt werden. Satz 2 schreibt vor, dass die Leitstellenträger in der gemeinsamen Trägerschaftsvereinbarung insbesondere Standort, Kostenaufteilung und Leistungsumfang festlegen. Gegenüber der Regelung im bisherigen § 6 Absatz 1 Satz 4 und 5 wird die Festlegung des Leistungsumfangs in der Trägerschaftsvereinbarung ergänzt. Die Übertragung des Rettungsdienstes auf die Sanitätsorganisationen nach § 3 Absatz 1 beinhaltet auch die Befugnis zur Einrichtung des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstelle. Diese Aufgabe wird von den jeweils leistungsstärksten Organisationen getragen. Diese sind die beiden Landesverbände des Deutschen Roten Kreuzes. Satz 3 regelt entsprechend der Regelung im Rettungsdienstplan, dass für die Trägerschaftsvereinbarung die Zustimmung des Bereichsausschusses erforderlich ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die ständige Einsatzbereitschaft und bedarfsgerechte personelle Ausstattung der Integrierten Leitstelle. Dies entspricht weitgehend der bisherigen Regelung in § 6 Absatz 1 Satz 2, außer dass die Wörter „ständig betriebsbereit“ durch die Wörter „jederzeit einsatzbereit“ ersetzt wurden, und die Wörter „mit geeignetem Personal“ durch die Wörter „bedarfsgerecht mit qualifiziertem Personal“ ersetzt wurden. Dadurch wird der zentralen Stellung der Integrierten Leitstellen in der Gefahrenabwehr mehr Bedeutung beigemessen. Die Worte „während ihrer Betriebszeit“ wurden ergänzt, um künftig auch Kooperationen zwischen Integrierten Leitstellen zu ermöglichen, bei denen eine Integrierte Leitstelle, bestimmte einsatzarme Zeiten, z. B. Nachtstunden, auch für die kooperierende Leitstelle abdeckt. Ergänzt wurde die Pflicht, die Bedarfsgerechtigkeit der Personalausstattung regelmäßig alle zwei Jahre zu überprüfen und das Prüfungsergebnis und daraufhin vorgenommene Änderungen an die Fachaufsichtsbehörde zu melden, um hier künftig ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten.

Da die Aufgaben der Integrierten Leitstellen rund um die Uhr anfallen, müssen sie ständig bedarfsgerecht besetzt und einsatzbereit sein. Im Rettungsdienstplan Baden-Württemberg wird die bedarfsgerechte Personalausstattung konkretisiert.

Zu § 13

§ 13 regelt die Zusammenarbeit der Integrierten Leitstellen mit anderen Stellen.

Für den Betrieb der Integrierten Leitstellen ist die Zusammenarbeit mit anderen Integrierten Leitstellen, Behörden und Diensten der Gefahrenabwehr und Da-

seinsfürsorge sowie Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben unerlässlich. Hierzu zählen unter anderem auch die mit überregionalen oder speziellen Aufgaben betrauten, bestehenden Integrierten Leitstellen nach § 11 Absatz 8 und der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Einrichtungen des Digitalfunks BOS. Die Regelung im bisherigen § 6 Absatz 1 Satz 3 wird damit um weitere wichtige Akteure ergänzt. Bei den im Bevölkerungsschutz tätigen Hilfsorganisationen handelt es sich um diejenigen Hilfsorganisationen, die im Landesbeirat für den Katastrophenschutz vertreten sind. Hinsichtlich der Mitwirkung im Katastrophenschutz wird zur Konkretisierung auf § 5 Landeskatastrophenschutzgesetz verwiesen. Die Arbeitsorganisation hat die für die Zusammenarbeit notwendigen Kontakte sicherzustellen. Zudem wird die Zusammenarbeit mit Akteuren anderer Versorgungsstrukturen ergänzt. Im Zuge der bevorstehenden bundesrechtlichen Reform der Notfallversorgung sollen insbesondere die Integrierten Leitstellen (112) und die Vermittlung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117, KVBW) stärker zusammenarbeiten und die Patienten als gemeinsame Gesundheitsleitstellen in die passende Versorgungsstruktur vermitteln. Dabei soll auch eine Vermittlung in weitere Versorgungsangebote wie pflegerische und ambulante Dienste erfolgen. Dies erfordert eine digitale Fallübergabe und ein abgestimmtes Ersteinschätzungsverfahren, die daher auch ins Gesetz aufgenommen werden.

Zu § 14

§ 14 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sind nahezu wortgleich mit der bisherigen Fassung (§ 7). Aufgrund des Sachzusammenhangs wurde der ehemalige Satz 2 des § 7 Absatz 1 jedoch § 15 zugeschlagen. § 14 Absatz 1 Satz 2 ist wortgleich mit dem bisherigen § 8 Absatz 1 Satz 3.

Zu § 15

Die Überschrift wurde im Vergleich zur bisherigen Fassung (§ 8) geändert. Der Begriff der Rettungsmittel ist weiter gefasst, sodass die Vorschrift nicht mehr nur die Fahrzeuge adressiert.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 Satz 2 wird eine gesetzliche Grundlage zur Nutzung der Telemedizin in der Notfallrettung geschaffen.

Ein Rettungswagen mit telemedizinischer Ausstattung wird als weiteres Rettungsmittel neu in das Rettungsdienstgesetz aufgenommen. Telenotärztinnen und Telenotärzte, die sich in einer Telenotärztlichen Zentrale befinden, können dem im Einsatz befindlichen Personal ohne Anfahrtszeit zur Unterstützung und Delegation von Maßnahmen zur Verfügung stehen.

Die Integrierten Leitstellen alarmieren die Telenotärztinnen und Telenotärzte aufgrund der Alarm- und Ausrückeordnungen. Das Telenotärztliche System soll eine Ergänzung der bestehenden Rettungsmittel darstellen und kann nicht in allen Fällen einen medizinisch notwendigen Einsatz einer Notärztin bzw. eines Notarztes vor Ort ersetzen. In diesem Fall kann das System aber überbrückend zum Einsatz kommen.

Sämtliche Kosten des Telenotärztlichen Systems sind Kosten des Rettungsdienstes.

Im Übrigen ist der § 15 Absatz 1 im Wesentlichen inhaltsgleich mit der bisherigen Fassung (§ 8). Die Vorgabe, dass Rettungsmittel grundsätzlich dem Stand der Technik entsprechen sollen, findet sich nunmehr in § 14 Absatz 1.

Zu Absatz 2

Die Formulierung in Satz 1 stellt klar, dass der umgehende, luftgebundene Transport medizinisch indiziert und möglich sein muss. Liegt keine Indikation für den luftgebundenen Transport vor, so reicht der bodengebundene Transport. In Absatz 2 wurde der Verweis auf den Stand der Technik angepasst.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist bis auf die Möglichkeit, auch die Ausstattung weiterer Fahrzeuge zu regeln, wortgleich mit der bisherigen Fassung.

Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen § 7 Absatz 1 Satz 2. Aus Gründen des Sachzusammenhangs wurde dieser Absatz in § 15 verschoben.

Zu § 16

Die bisherige Überschrift wurde um die Fortbildungspflichten ergänzt, um deren Bedeutung Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 Satz 2 wurden die Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten gestrichen. Diese können – neben der in § 17 Absatz 1 Nummer 2 vorgesehenen Ausnahme – grundsätzlich nur noch in begründeten Einzelfällen und begrenzt bis zum 31. Dezember 2025 die Betreuung und Versorgung auf einem Rettungswagen übernehmen. Die entsprechende Ausnahmeregelung aus § 9 Absatz 3 Satz 2 der bisherigen Gesetzesfassung wurde in Absatz 1 übernommen. Im Übrigen ist Absatz 1 unverändert.

Zu Absatz 2

Bislang wurde in Baden-Württemberg davon abgesehen, Vorgaben zur zweiten Person im Krankentransport zu machen, da die Besetzung durch eine Rettungshelferin oder einen Rettungshelfer allgemein anerkannter Standard war. Da im Rahmen der Liberalisierung aber neue Unternehmen im Bereich des Krankentransportes tätig werden, ist die Regelung nun erforderlich, um einen einheitlichen Qualitätsstandard sicherzustellen und die Vorgaben zu fixieren.

Die Grundsätze zur Ausbildung der Rettungshelferinnen und Rettungshelfer waren bislang nicht geregelt. Für die Qualifikation der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten verweist der bisherige § 9 Absatz 2 auf die Empfehlungen des Ausschusses Rettungswesen „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“ (520 Stundenprogramm). Diese Grundsätze vom 20. September 1977 sind überholt, nachdem der Ausschuss Rettungswesen in seiner Sitzung vom 11./12. Februar 2019 eine Muster-Verordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten (RettSan-APrV) beschlossen hat. Hierdurch soll die Vergleichbarkeit der Ausbildungsmaßnahmen und Etablierung von Mindeststandards länderübergreifend sichergestellt werden. Der bisherige Verweis in § 9 Absatz 2 ist somit zu streichen.

Baden-Württemberg beabsichtigt, diese aktuellen Grundsätze zur Konkretisierung der Ausbildung und Prüfung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als Verordnung zu erlassen. Bisher existierte im Rettungsdienstgesetz keine Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten. Diese Verordnungsermächtigung ist nunmehr in § 16 Absatz 2 Satz 2 und 3 enthalten. Dabei werden auch die Regelungsgegenstände einer solchen Verordnung dargestellt. Die Verordnung wird auch Regelungen zur Ausbildung der Rettungshelferinnen und Rettungshelfer enthalten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 wurde im Vergleich zur bisherigen Fassung (bisher Absatz 4) insoweit geändert, als künftig für die Fortbildungspflicht nur noch eine Untergrenze von 30 Stunden pro Mitarbeitendem und Jahr festgelegt wird. Neuere Entwicklungen im Rettungsdienst wie die Möglichkeit, heilkundliche Maßnahmen vorab auf

der Basis von Standardarbeitsanweisungen zur eigenständigen Durchführung auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu delegieren oder die Einführung des Telenotärztlichen Systems können gerade für solche hochqualifizierten Aufgaben eine höhere Stundenzahl erforderlich machen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst erhält daher die Kompetenz, jeweils für ein Jahr eine Erhöhung der Stundenzahl vorzunehmen. Dies ermöglicht eine flexible Handhabung. Die nach der Einführung der Notfallsanitäterausbildung eingeführte Kostenregelung für diese Ausbildung ist eine so wichtige Regelung, dass sie nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz in der Überschrift zu diesem Paragraphen ebenfalls aufgeführt werden muss.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 entspricht der bisher in § 9 Absatz 4 Satz 3 enthaltenen Regelung. Nach Satz 2 wird der Landesausschuss für den Rettungsdienst regelmäßig den Ausbildungsbedarf ermitteln und diesen dem Regierungspräsidium Karlsruhe melden. Angesichts der anhaltenden Diskussion um ausreichende Schulkapazitäten und eine hinreichende Ausstattung von Schulen mit qualifizierten Lehrkräften für die Notfallsanitäterausbildung benötigt das Land dauerhaft eine Planungsgrundlage für die künftige Planung der Ausbildung, die nur von den Leistungserbringern bereitgestellt werden kann. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst wird die Rückmeldungen der Leistungsträger bündeln und sie an das Regierungspräsidium Karlsruhe übermitteln.

Zu § 17

Zu Absatz 1

Absatz 1 ermöglicht es, bei besonderen Gesundheitslagen Abweichungen von verschiedenen Vorgaben dieses Gesetzes zuzulassen. Auf eine konkrete Definition der Gesundheitslage wurde verzichtet, da die Ursachen für den Personalausfall vielfältig sein können. Die Notwendigkeit für eine Flexibilisierung hat sich konkret bei der Coronapandemie gezeigt. Daher wird die Pandemie im Absatz 1 als Regelbeispiel erwähnt. Denkbar sind aber auch vergleichbare Lagen wie beispielsweise bei Grippewellen. Entscheidend ist nicht, ob es sich um eine lebensgefährliche Erkrankung handelt. Es kommt allein darauf an, dass eine Vielzahl von Beschäftigten zur gleichen Zeit krankheits- oder quarantänebedingt ausfällt.

Die Ausnahmen setzen einen Antrag durch mindestens zwei Leistungserbringer voraus. Diese qualifizierte Antragsberechtigung unterstreicht, dass die Ausnahmen grundsätzlich nur bei trägerübergreifenden Problemen zur Anwendung kommen, denen nicht durch bereichs- oder trägerübergreifende Unterstützungsleistungen abgeholfen werden kann.

Zu Absatz 1 Nummer 1

Absatz 1 Nummer 1 ermöglicht Abweichungen bei der Besetzung von Notarzteinsetzungsfahrzeugen. Um einem flächendeckenden kompletten Ausfall des Rettungsmittels Notarzteinsetzungsfahrzeug entgegenzutreten, stellt diese Abweichung bei der Qualifikation im Interesse des Patientenwohls eine hinzunehmende Notwendigkeit dar. Dem Interesse der in Ausbildung befindlichen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, dass die Ausbildungsziele nicht gefährdet werden, wird zum einen über das Zustimmungserfordernis des für deren Ausbildung zuständigen Regierungspräsidiums Karlsruhe und zum anderen durch den Umstand, dass der Einsatz auf Freiwilligkeit beruhen muss, Rechnung getragen.

Absatz 1 Nummer 2 ermöglicht es, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zur Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten auf dem Rettungswagen einzusetzen. Es handelt sich dabei um einen weiteren Ausnahmefall neben § 16 Absatz 1 Satz 3. Der Unterschied liegt darin, dass bei einer besonderen Gesundheitslage keine sonstigen besonderen Gründe im Einzelfall mehr vorliegen müssen und keine Befristung bis zum 31. Dezember 2025 gilt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt fest, dass der Antrag schriftlich oder elektronisch zu stellen und zu begründen ist. Dieses förmliche Verfahren ist erforderlich, um die Entscheidungsgründe dokumentieren zu können.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 eröffnet dem Innenministerium ein Ermessen, eine, mehrere, oder alle der genannten Ausnahmen bei Vorliegen der Voraussetzungen zu erlassen. Gemäß Satz 2 hebt das Innenministerium die Ausnahme bzw. die Ausnahmen wieder auf, wenn die Voraussetzungen für deren Erlass nicht mehr vorliegen. Dies impliziert eine regelmäßige Kontrollpflicht für das Innenministerium und stellt sicher, dass die Ausnahmen als Ultima Ratio ausgestaltet sind und sich nicht verfestigen. Satz 3 verfolgt dasselbe Ziel, indem dort das automatische Auslaufen der Ausnahmen festgelegt wird. Eine Fortgeltung über die genannte Frist von sechs Monaten hinaus setzt voraus, dass das Innenministerium erneut darüber befindet, ob die Voraussetzungen noch vorliegen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass das Innenministerium dem Landesausschuss für den Rettungsdienst und den Aufsichtsbehörden die Entscheidung unverzüglich zur Kenntnis geben muss. Dies gilt nicht nur für die erstmalige Zulassung der Ausnahme, sondern auch dann, wenn das Innenministerium der Auffassung ist, dass die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder dass eine Verlängerung über die sechsmontatige Frist hinaus geboten ist. Die Beteiligung des Landesausschusses für den Rettungsdienst stellt die erforderliche Transparenz für die Selbstverwaltung im Rettungsdienst sicher. Sie dient zugleich dazu, dass die Leistungserbringer, die nicht Antragsteller sind, im Sinne der Gleichbehandlung ebenfalls von den Ausnahmen profitieren können, da das Innenministerium bei einer stattgebenden Entscheidung zudem feststellt, dass die bewilligten Ausnahmen auch für die weiteren Leistungserbringer gelten. Die Beteiligung der Aufsichtsbehörden ist wiederum für die Ausübung ihrer Aufsichtsbefugnisse erforderlich.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält die Verpflichtung für die Leistungserbringer, zu dokumentieren und mitzuteilen, in welchem Umfang sie von den zugelassenen Ausnahmen Gebrauch machen. Die Verpflichtung wurde bewusst nicht nur auf die Antragsteller begrenzt, weil es darum geht, einen Gesamtüberblick zu erhalten. Daher adressiert die Vorschrift alle Leistungserbringer. Die Vorschrift stellt sicher, dass das Innenministerium alle für die Entscheidung nach § 17 Absatz 3 erforderlichen Umstände ermitteln und bewerten kann.

Zu § 18

§ 18 enthält eine Legaldefinition für Großschadensereignisse und ermöglicht es den Leistungserbringern, in diesen Fällen automatisch die in § 17 genannten Ausnahmen anzuwenden. Gemeint sind damit in erster Linie ein Massenansturm von Verletzten oder vergleichbare Großschadenslagen. Hintergrund ist, dass eine solche Lage mit der normalen Regelvorhaltung im Zweifel nicht zu bewältigen ist und die rasche Versorgung der Verletzten am Unfallort bzw. deren Verbringung in geeignete Krankenhäuser oberste Priorität hat. Da es sich um nicht vorhersehbare Lagen handelt, entfällt in diesen Situationen das Antrags- und Begründungserfordernis. Nicht verzichtet wurde aber auf das Meldeerfordernis. Auch wenn es in den Fällen des § 18 nicht darum geht, die Entscheidungsgrundlagen für eventuelle Verlängerungen zu erhalten, ist für das Innenministerium ein Gesamtüberblick nicht zuletzt deshalb erforderlich, um im Nachgang abklären zu können, ob die Ausnahmen zu Recht in Anspruch genommen wurden.

Zu § 19

Die Überschrift wurde um die weibliche Personenbezeichnung ergänzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist abgesehen von der Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung wortgleich mit der bisherigen Fassung.

Zu Absatz 2

Um die Weiterentwicklungen im Bereich der Informationstechnologie im Rahmen des Rettungsdienstes zur Verbesserung der Versorgungssituation der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nutzbar zu machen, wird ein Telenotärztliches System eingeführt. Dieses erlaubt es dem vor Ort befindlichen Rettungswagenpersonal, über Telekommunikationsmittel Kontakt mit einer telenotärztlich besetzten Zentrale aufzunehmen. So können erste Therapieschritte eingeleitet werden, bevor das Notarzteinsatzfahrzeug vor Ort ist. Ggf. kann der Einsatz des Telenotärztlichen Systems die Anwesenheit eines notarztbesetzten Rettungsmittels vor Ort vollständig entbehrlich machen. Die wertvolle Ressource Notarzteinsatzfahrzeug kann so gezielter eingesetzt werden.

Das Telenotärztliche System soll in Telenotärztlichen Zentralen von den Telenotärztinnen und Telenotärzten bedient werden. Um diesen eine Diagnosestellung zu ermöglichen, sind technische Einrichtungen erforderlich, die den Zustand der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten erheben und übermitteln. Um die Möglichkeiten des Systems zielgerichtet nutzen zu können, sich aber gleichzeitig auch seiner Grenzen bewusst zu sein, müssen die Telenotärztinnen und Telenotärzte für dessen Gebrauch speziell weitergebildet werden. Sie müssen darüber hinaus neben ihrer Tätigkeit am telemedizinischen Arbeitsplatz auch weiterhin als Notärztinnen und Notärzte vor Ort tätig sein, um sich der Voraussetzungen und der Situation der Rettungswagenbesatzung vor Ort bewusst zu sein.

Die nach Absatz 1 geltenden Regelungen sind gemäß Absatz 2 auch auf Telenotärztinnen und Telenotärzte anwendbar. Sie sind damit von den Krankenhäusern gegen Kostenausgleich auszubilden und zur Verfügung zu stellen. Zudem hat die Landesärztekammer die Eignungsvoraussetzungen auch für die Telenotärztinnen und Telenotärzte festzusetzen. Hierbei ist zu beachten, dass die Telenotärztinnen und Telenotärzte eine große Einsatzerfahrung im Notfalleinsatz vor Ort aufweisen müssen. Grundsätzlich können auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Telenotärztinnen und Telenotärzte tätig werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist bis auf die Klarstellung der Bedeutung der Begrifflichkeit der „Planung nach § 6“ in der bisherigen Fassung wortgleich mit dem bisherigen § 10 Absatz 3.

Zu Absatz 4

Absatz 4 ist bis auf die Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung wortgleich mit dem bisherigen § 10 Absatz 4.

Zu § 20

Nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG werden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter dazu ausgebildet, im Rahmen der Mitwirkung eigenständig heilkundliche Maßnahmen anzuwenden, die ihnen von einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Dabei sollen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zwar die Durchführungsverantwortlichkeit tragen.

Die Anordnungsverantwortung verbleibt aber bei den vorgebenden Ärztinnen und Ärzten (zum Ganzen: Wissenschaftliche Dienste, Das Berufsbild der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters unter Berücksichtigung der Ausbildungszielbestimmung des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz, Az. WD 9 – 3000 – 032/19). Damit liegt zwar eine vorgezogene und generalisierte, aber dennoch ärztlich veranlasste Aufgabenübertragung vor. Dieses Vorgehen wird häufig als „Vorabdelegation“ bezeichnet.

Die Vorabdelegation kann als mittelbar ärztliche Entscheidung Vorrang vor der eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Maßnahmen durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach § 2a NotSanG beanspruchen. Sie soll nach dem gesetzlichen Leitbild mithilfe standardisierter Vorgaben erfolgen. Diese müssen dafür so detailliert sein, dass sie den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern keinen Entscheidungsspielraum lassen.

§ 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG setzt die Möglichkeit voraus, heilkundliche Maßnahmen im Rahmen der Vorabdelegation durchzuführen. Da die Gesetzgebungskompetenz für die Durchführung des Rettungsdienstes aber bei den Ländern liegt, können Vorgaben zur Organisation und Durchführung der Vorabdelegation in der Praxis nicht auf Bundes-, sondern nur auf Landesebene getroffen werden. Hierfür bedarf es insbesondere Vorgaben zu den fachlichen Grundlagen und den Voraussetzungen der Vorabdelegation, zu den vorabdelegierenden Ärztinnen und Ärzten sowie zur Qualitätssicherung.

Zu Absatz 1

Fachliche Grundlage der Vorabdelegation sind standardmäßige Vorgaben, auf deren Basis Ärztinnen und Ärzte den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern vorab und für bestimmte notfallmedizinische Situationen heilkundliche, teilweise invasive Maßnahmen delegieren können. Hierbei handelt es sich meist um regelmäßig auftretende oder typische notfallmedizinische Zustandsbilder oder Situationen. Da die Leistungsträger den Rettungsdienst in Baden-Württemberg im Rahmen der Selbstverwaltung in eigener Verantwortung ausführen, legen sie auch die fachliche Grundlage der Vorabdelegation fest. Absatz 1 enthält die dabei zu beachtenden Vorgaben. Aus Sicht des Landes soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Ort und durch jeden Leistungserbringer nach den gleichen Standards und auf gleichem Niveau erfolgen. Daher werden die Leistungsträger insbesondere verpflichtet, landesweite und trägerübergreifend einheitliche Vorgaben („Standardanweisungen und Behandlungspfade Baden-Württemberg“) festzulegen. Dies sorgt dafür, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter den gleichen Ausbildungsstand erreichen, obwohl sich die ausbildenden Schulen in unterschiedlicher Trägerschaft befinden.

Das Land stellt den Leistungsträgern geeignete Muster für die Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst zur Verfügung. Dieses Muster wurde durch die 6-Länder Arbeitsgruppe „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst“ der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst als Grundlage der Vorabdelegation entwickelt und wird alle zwei Jahre aktualisiert. An der Aktualisierung ist seit 2021 die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination Baden-Württemberg beteiligt.

Dieses Muster wird jeweils – soweit erforderlich – an baden-württembergische Gegebenheiten angeglichen. Hierzu wurde durch Vertreterinnen und Vertreter der Notfallsanitäterschulen, der Ärzteschaft und der Verwaltung ein Qualitätszirkel gebildet. Dieser nimmt eventuelle Rückmeldungen und Änderungswünsche der vorabdelegierenden Ärztinnen und Ärzte sowie der ausführenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf, bewertet sie und speist sie – soweit erforderlich – in die 6-Länder Arbeitsgruppe „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst“ ein, sodass sie bei der darauffolgenden Aktualisierung des Musters gegebenenfalls Berücksichtigung finden können.

Zu Absatz 2

Die Vorabdelegation erfolgt nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG durch die Ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst oder entspre-

chend verantwortliche Ärztinnen oder Ärzte. Im baden-württembergischen Rettungsdienst sind die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst jedoch nach § 5 bei den Rechtsaufsichtsbehörden angesiedelt und nehmen die dort vorgesehenen Aufgaben wahr: Sie beraten und wirken in der Aufsicht mit. Sie sind in ihrer Funktion daher nicht unmittelbar in den operativen Rettungsdienst eingebunden. Somit sind „entsprechend verantwortliche Ärztinnen und Ärzte“ zu bestimmen, die den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern die heilkundlichen Maßnahmen vorabdelegieren. Dies sind die „Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst“.

Absatz 2 enthält Vorgaben zur Bestellung der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst durch die Leistungsträger und bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.). Diese haben für jeden Rettungsdienstbereich, in dem sie die bodengebundene Notfallrettung wahrnehmen, in ausreichender Anzahl Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst zu bestellen. Wie viele Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst in einem Rettungsdienstbereich erforderlich sind, hängt in erster Linie von der Anzahl der dort tätigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter des jeweiligen Leistungsträgers bzw. des jeweiligen bestandsgeschützten Unternehmens ab. Je nach Situation vor Ort und eventuell weiteren durch die Leistungsträger übertragenen Aufgaben können die Ärztlichen Verantwortlichen für Teile eines Rettungsdienstbereiches, einen gesamten Rettungsdienstbereich oder auch für mehrere Rettungsdienstbereiche zuständig sein. Für welchen Bereich die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst jeweils zuständig sind, bestimmen die Leistungsträger. Soweit eine diesbezügliche Einigung stattfindet, ist es auch denkbar, dass eine Ärztliche Verantwortliche oder ein Ärztlicher Verantwortlicher im Rettungsdienst für mehrere Leistungsträger und/oder bestandsgeschützte Unternehmen tätig wird.

Zu Absatz 3

Die Aufgaben der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst sind in Absatz 3 geregelt. Sie ergeben sich aus § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG: Die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst geben der einzelnen Notfallsanitäterin bzw. dem einzelnen Notfallsanitäter die entsprechenden heilkundlichen Maßnahmen vor und überprüfen und verantworten dies. Die Vorschrift stellt klar, dass das insoweit gilt, als im konkreten Fall kein persönlicher Kontakt zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Patientinnen und Patienten erforderlich ist.

Die Vorabdelegation kann nur erfolgen, wenn die fachliche Eignung der jeweiligen Notfallsanitäterin oder des jeweiligen Notfallsanitäters vorliegt und regelmäßig kontrolliert wird. Je nach den vorliegenden Tatsachen können die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst im Einzelfall entscheiden, von einer Vorabdelegation ganz abzusehen, nur einen durch sie zu bestimmenden Teil der Maßnahmen vorab zu delegieren oder eine bereits erfolgte Vorabdelegation rückgängig zu machen, sofern sich die jeweilige Notfallsanitäterin bzw. der jeweilige Notfallsanitäter als fachlich ungeeignet erweist. Ihre Entscheidung überprüfen die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst zumindest jährlich sowie – gegebenenfalls – anlassbezogen. Sie führen eine Dokumentation über die durch sie getroffenen Maßnahmen und Entscheidungen.

Neben einem Mangel in der fachlichen Eignung ist auch ein Mangel in der persönlichen Eignung denkbar. Dieser dürfte in der Regel aber bereits zu einer Unzuverlässigkeit der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters nach § 2 Absatz 1 Nummer 2 NotSanG und damit zu berufsrechtlichen Folgen führen und braucht daher nicht in die Entscheidung der Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst über die Vorabdelegation einbezogen werden. Etwaige arbeitsrechtliche Maßnahmen der Leistungsträger und Leistungserbringer bleiben unberührt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 trifft Regelungen zur Kontrolle der fachlichen Eignung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Diese ist durch die Leistungsträger und privaten Unternehmen zumindest in jährlichem Abstand durchzuführen und kann auch im Rahmen der jährlichen rettungsdienstlichen Pflichtfortbildung stattfinden. Die

Kontrolle findet unter Beteiligung der jeweils zuständigen Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst statt, die auf deren Grundlage ihre Entscheidung über die Vorabdelegation treffen. Wie diese Beteiligung im Einzelfall ausgestaltet ist, legen die Leistungsträger fest.

Kommt es auf der Grundlage der Kontrolle aufgrund fehlender fachlicher Eignung dazu, dass eine Vorabdelegation ganz oder teilweise unterbleibt oder zurückgenommen wird, haben die Leistungsträger und Unternehmen durch gezielte Schulungsmaßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass die jeweilige Notfallsanitäterin bzw. der jeweilige Notfallsanitäter die erforderliche fachliche Eignung erneut erwerben kann.

Zu Absatz 5

Absatz 5 legt fest, dass ein internes Qualitätsmanagement und eine trägerübergreifende Qualitätssicherung durchzuführen sind. Als Grundlage regelt die Norm eine Dokumentationspflicht, sofern vorabdelegierte Maßnahmen durchgeführt werden. Zudem konstituiert sie die Pflicht der Leistungsträger, der Zentralen Stelle die hierfür nach § 9 erforderlichen Daten zu übermitteln.

Zu § 21

Zu Absatz 1

§ 21 Absatz 1 Satz 1 regelt, dass an jedem Notarztstandort eine Person die Aufgabe der Notärztlichen Standortleitung wahrnehmen muss. Die Bestimmung erfolgt dabei durch die Trägerin oder den Träger der Notarztstellung. Dieser Begriff ist nicht gleichbedeutend mit dem Begriff des Leistungsträgers. Gemeint ist damit vielmehr die Organisation, die dafür Sorge zu tragen hat, dass die Notärztinnen und Notärzte vorgehalten werden. Hierbei wird es sich also in erster Linie um die Krankenhäuser handeln, bei denen die Notärztinnen und Notärzte angestellt sind oder durch die über Honorarverträge entsprechende Vorhalteverpflichtungen erfüllt werden.

Absatz 1 Satz 2 stellt über die Verweisung auf § 19 Absatz 1 Satz 1 und 2 klar, dass für die Übernahme der Tätigkeit der Notärztlichen Standortleitung ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin, eine ärztliche Approbation und der Besitz der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin zwingende Voraussetzungen sind. Denn die mit der Tätigkeit verbundenen Aufgaben können sinnvollerweise nur ausgeübt werden, wenn der notärztliche Sachverstand vorhanden ist.

Absatz 1 Satz 3 räumt der Notärztlichen Standortleitung ein Weisungsrecht gegenüber den an den Notarztstandorten tätigen Notärztinnen und Notärzten in Fragen der Qualitätssicherung ein. Die Weisungsbefugnis erstreckt sich nicht auf die ärztliche Tätigkeit, die grundsätzlich vom behandelnden notärztlichen Personal selbst zu verantworten ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgaben der Notärztlichen Standortleitung. Diese bestehen insbesondere darin, die Mitwirkung aller Notärztinnen und Notärzte an der Qualitätssicherung sicherzustellen. Dies schließt auch mit ein, erforderlichenfalls Maßnahmen gegenüber den Notärztinnen und Notärzten oder den Trägerinnen und Trägern der Notarztstellung einzufordern. Die Notärztlichen Standortleitungen spielen somit eine wichtige Rolle, damit landesweit einheitliche Qualitätsindikatoren in der notärztlichen Versorgung ausgerollt werden können und deren Einhaltung überprüft werden kann. Wesentlich ist dabei, darauf hinzuwirken, dass Dokumentationspflichten eingehalten und die hierfür vorgesehenen digitalen Erfassungssysteme vorgehalten werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 erlaubt es den Notärztlichen Standortleitungen, stichprobenartig oder anlassbezogen Einsicht in die Einsatzdokumentation zu nehmen. Ohne eine entsprechende Kontrollbefugnis würden Vorgaben zur Qualitätssicherung ins Leere laufen. Da die Maßnahmen der Qualitätssicherung entsprechend der Begriffsbestimmung in § 2 Nummer 12 auf die Gewährleistung, Weiterentwicklung und stetige Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung abzielen und damit auf das Patientenwohl ausgerichtet sind, wäre es nicht hinnehmbar, wenn trotz konkreter Anhaltspunkte auf Qualitätsmängel keine zeitnahe Kontrollmöglichkeit bestünde. Sofern keine konkreten Anhaltspunkte bestehen, ist die Kontrollmöglichkeit auf Stichproben beschränkt. Das Adjektiv „stichprobenartig“ impliziert bereits, dass es sich hierbei nicht um eine regelhafte Kontrolle in einer großen Vielzahl von Fällen handeln kann. Die stichprobenartige Kontrolle im Sinne dieser Bestimmung soll daher auf höchstens 25 Prozent der Fälle pro Notärztin beziehungsweise Notarzt begrenzt sein.

Zu § 22

§ 22 vereint die Regelungen zur Leitenden Notärztin und zum Leitenden Notarzt vormals (§ 10 Absatz 2) sowie zur Organisatorischen Leitung Rettungsdienst (vormals § 10a) in einer Norm. Hierzu wurde § 10 Absatz 2 Satz 1 sinngemäß in Absatz 1 Satz 1 der Norm übernommen. In Satz 2 wird das Verhältnis der beiden besonderen Funktionen zueinander geklärt: Organisatorische Leitung Rettungsdienst und Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt erfüllen unterschiedliche Aufgaben und unterstützen sich gegenseitig. Die Organisatorische Leitung Rettungsdienst ist für die operativ-taktische Leitung und Koordinierung zuständig, die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte koordinieren nicht nur die ärztliche, sondern die gesamte medizinische Versorgung.

Da die Funktionen damit unterschiedliche Aufgaben erfüllen, ist es auch denkbar, dass es Fälle gibt, in denen nur die Organisatorische Leitung Rettungsdienst zum Einsatz kommt. Ein isolierter Einsatz der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes, ohne dass zusätzlich eine operativ-taktische Leitung erforderlich ist, ist jedoch nur schwer vorstellbar.

Absatz 2 Satz 1 enthält die Regelungen des vormaligen § 10 Absatz 2 Satz 2 sowie des vormaligen § 10a Satz 2.

Absatz 2 Satz 3 enthält die Regelungen des vormaligen § 10 Absatz 2 Satz 4 sowie § 10a Satz 3.

Die vormals in § 10 Absatz 2 Satz 3 geregelte Aufgabe des Leitenden Notarztes, an der Qualitätssicherung mitzuwirken, konnte nach der Implementierung der SQR-BW entfallen.

Zu § 23

§ 23 ist nahezu wortgleich mit dem bisherigen § 10b. Nach dem Wort „Ausbildung“ wurden die Worte „Eignung und Dokumentation“ ergänzt, um klarzustellen, dass in der Verordnung auch Einzelheiten zur Eignung und Dokumentation der Helferinnen und Helfer vor Ort geregelt werden können.

Zu § 24

Zu Absatz 1

Absatz 1 erweitert die Rettungskette um smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer. Die Einbindung dieser ehrenamtlich tätigen Gruppen kann in bestimmten Fällen einen Beitrag leisten, das reanimationsfreie Intervall zu verkürzen. Hierbei wird zugleich klargestellt, dass diese Systeme nicht als Ersatz, sondern lediglich als Ergänzung der Vorhaltungen dienen sollen, die für die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung erforderlich sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass die Alarmierung der smartphonebasierten Ersthelferinnen und Ersthelfer durch die Integrierten Leitstellen erfolgt. Satz 2 enthält eine Verordnungsermächtigung für die genaue Ausgestaltung der Einbindung der smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer im Hinblick auf die Kriterien der Eignung, der Einsatzindikation, der Einsatzdisposition und der Alarmierung selbst sowie im Hinblick auf Regelungen zu Eignung und Dokumentation.

Zu § 25

§ 25 ist wortgleich mit § 11 der bisherigen Fassung.

Zu § 26

§ 26 ist bis auf die Angleichung des Verweises, die Einfügung der weiblichen Bezeichnungen sowie leichte redaktionelle Änderungen wortgleich mit § 12 der bisherigen Fassung.

Zu § 27

§ 27 ist bis auf die Einfügung der weiblichen Bezeichnungen wortgleich mit § 13 der bisherigen Fassung.

Zu § 28

§ 28 ist bis auf die Einfügung der weiblichen Bezeichnungen sowie leichte redaktionelle Angleichungen wortgleich mit § 14 der bisherigen Fassung.

Zu § 29

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist mit Ausnahme einer redaktionellen Anpassung der Verweise wortgleich mit der Fassung im bisherigen § 15.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Klarstellung, dass die Genehmigungspflicht auch für die Leistungsträger nach § 3 Absatz 3 Satz 3 sowie die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.) gilt. Hinsichtlich der bestandsgeschützten Unternehmen werden die Regelungen aus Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg 1998, S. 413) ins Rettungsdienstgesetz übernommen. Dort heißt es:

„Artikel 2 Bestandsschutz

Ist ein privater Unternehmer am Tag der Verkündung dieses Gesetzes im Besitz einer gültigen Genehmigung für den Betrieb der Notfallrettung, darf er von ihr bis zu deren Ablauf weiterhin Gebrauch machen. Für die Fortsetzung des Betriebs der Notfallrettung über diesen Zeitpunkt hinaus bedarf der Unternehmer erneut einer Genehmigung.

Entsprechend anzuwenden sind

1. *die Vorschriften des Dritten Abschnitts des Rettungsdienstgesetzes über das Genehmigungsverfahren für die Genehmigung zum Betrieb der Notfallrettung, wobei § 16 mit der Maßgabe anzuwenden ist, daß die Genehmigung nach Vorliegen aller dort genannten Voraussetzungen zu erteilen ist,*
2. *§ 3 Abs. 3 Rettungsdienstgesetz (nachrichtliche Aufnahme in den Bereichsplan) sowie*
3. *der Vierte Abschnitt des Rettungsdienstgesetzes über Pflichten des Unternehmers.*

Im übrigen [sic!] gelten die Vorschriften des Rettungsdienstgesetzes.“

Leistungsträger nach § 3 Absatz 3 Satz 3 (des Rettungsdienstgesetzes) waren auch bislang nicht von der Genehmigungspflicht nach § 15 Absatz 1 Rettungsdienstgesetz ausgenommen. Durch den Wortlaut und die Begründung der Gesetzesänderung vom 15. Juli 1998 war dies jedoch nicht eindeutig erkennbar. Denn dort wird zwar betont, dass es im Hinblick auf die Notfallrettung keiner Genehmigungspflicht mehr bedürfe, da diese nur noch durch die gesetzlichen Leistungsträger und auf der Basis der Rahmenvereinbarungen mit dem Land durchgeführt werde (Landtagsdrucksache 12/2781, S. 28). Gleichzeitig eröffnete diese Gesetzesänderung den Leistungsträgern als Vertragspartner des Landes aber die Möglichkeit einer Kooperation mit „anderen Stellen“, die ausweislich der Gesetzesbegründung auch die Feuerwehr oder private Unternehmen sein können. Es könnte zwar argumentiert werden, dass es dann genügt, wenn die kooperierenden Leistungsträger darauf achten, dass ihre Kooperationspartner die gesetzlichen Verpflichtungen und die Vorgaben der Rahmenvereinbarungen einhalten. Dies wird der großen Verantwortung, die auch die kooperierenden Unternehmen tragen, jedoch nur unzureichend gerecht. Zu beachten ist zudem, dass die Notfallrettung zukünftig komplexer werden wird. Gerade die Vorabdelegation heilkundlicher Maßnahmen sowie die Einführung des telenotärztlichen Systems erfordern auch bei den Kooperationspartnern einen hohen Grad an Professionalität, Fachkenntnis und Verlässlichkeit, sodass sie mindestens die Voraussetzungen erfüllen müssen, die für den Krankentransport und die bestandsgeschützten Unternehmen gelten.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 haben die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.) einen Anspruch auf Verlängerung ihrer Genehmigung, wenn die Voraussetzungen des § 30 weiterhin erfüllt sind. Dies ergibt sich wiederum aus dem oben zitierten Artikel 2 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.).

Zu Absatz 4

Absatz 4 ist außer einer Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 15 Absatz 2.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ist bis auf die Angleichung des Verweises wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 15 Absatz 3.

Zu Absatz 6

Die Verordnungsermächtigung für die Zulassung von Ausnahmen von der Genehmigungspflicht war bereits in der bisherigen Fassung enthalten. Aufgrund des steigenden Professionalisierungsgrades und der Komplexität in der Notfallrettung wurde sie jedoch auf den Krankentransport beschränkt.

Zu § 30

Zu Absatz 1

Die Nummern 1, 2 und 3 sind bis auf die Einfügung der weiblichen Personenbezeichnungen im Wesentlichen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 16. Nummer 3 wurde insofern geändert, als der bisherige Satz 2 und 3 aus systematischen Gründen in den neuen Absatz 2 übertragen wurde.

Die neu eingefügte Nummer 4 enthält eine weitere Genehmigungsvoraussetzung, wonach eine Teilnahmevereinbarung für den Digitalfunk vorzulegen ist. Dies ist notwendig, um die Kommunikation insbesondere mit der Leitstelle und deren Vermittlungsmonopol sicherzustellen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ist wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 16 Absatz 1 Nummer 3 Satz 2. Da darin der Inhalt der fachlichen Eignung beschrieben wird, findet sich der Text aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem neuen Absatz. Sinngemäß übernommen wurde auch die Verordnungsermächtigung des bisherigen § 16 Absatz 1 Nummer 3 Satz 2.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 ist bis auf die Angleichung der Verweisungen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 16 Absatz 2. Neu aufgenommen wurde in den Sätzen 2 bis 4 eine Bestimmung für Neugenehmigungen.

Bei Unternehmen, die eine Krankentransportgenehmigung erstmalig anstreben, dürfte der Nachweis der Einhaltung der Vorgaben zur ordnungsgemäßen Besetzung der Rettungsmittel nur schwer möglich sein, da das fragliche Personal erst akquiriert werden muss. Aus diesem Grund ist es ausreichend, aber auch erforderlich, dass die gesetzeskonforme Besetzung der Genehmigungsbehörde nach der Erteilung der Genehmigung, aber spätestens einen Monat vor der geplanten Betriebsaufnahme nachgewiesen wird. Sofern dies durch die Vorlage von Dienstplänen erfolgt, ist möglichst datensparsam zu verfahren.

Satz 3 dient dabei der Sicherstellung, dass Krankentransportunternehmen, die erstmalig eine Genehmigung anstreben, nicht bessergestellt werden als Unternehmen, die eine Verlängerung beantragt haben und die Einhaltung der Vorgaben bereits bei Antragstellung nachweisen müssen.

Zu § 31

Im Bereich des Krankentransportes soll der freie Wettbewerb weiter gestärkt und die Verfügbarkeit freier Transportkapazitäten erhöht werden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass Genehmigungen anders als bislang nicht mehr auf einen bestimmten Betriebsbereich beschränkt sind. Zwar enthält die Genehmigung weiterhin einen Betriebsbereich. Dieser wird in Zukunft aber lediglich den Rettungsdienstbereich festlegen, in dem die Unternehmen für die Genehmigungsdauer der Genehmigung zur Durchführung von Beförderungen verpflichtet sind (§ 32). Damit sind sie prinzipiell berechtigt, im gesamten Geltungsbereich des Gesetzes Krankentransportleistungen zu erbringen. Dies führt dazu, dass bei Bedarf auch spontan außerhalb des Betriebsbereiches gefahren werden kann. Es ist demnach zu erwarten, dass sich die Wartezeiten im Krankentransportbereich dadurch verringern. Zudem können bei entsprechender Disposition Leerfahrten vermieden und damit Ressourcen geschont werden, sofern insbesondere Arbeitszeitregelungen und Hygienevorschriften dies zulassen.

Nach Absatz 1 Satz 2 wird künftig nicht nur das amtliche Kennzeichen des Fahrzeugs, für das die Genehmigung erteilt wird, Bestandteil der Genehmigung sein. Vielmehr wird auch die Adresse des Standorts, an dem der Krankentransportwagen und das erforderliche Personal vorgehalten werden, angegeben.

Absatz 1 Satz 3 stellt klar, dass Unternehmen, die die Genehmigung innehaben, zur Durchführung des Krankentransportes in ganz Baden-Württemberg berechtigt sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ist im Wesentlichen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 17 Absatz 2.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine neue Verpflichtung für das Unternehmen, wonach die Aufgabe des Betriebs gegenüber der Genehmigungsbehörde angezeigt werden muss. Damit soll die Genehmigungsbehörde in die Lage versetzt werden, zu prüfen, ob die erteilte Genehmigung widerrufen werden kann.

Zu § 32

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt den Betriebsbereich. Es handelt sich dabei grundsätzlich um den in der Genehmigungsurkunde festgesetzten Rettungsdienstbereich. Die Festsetzung beruht auf den Angaben im Antrag. Darauf basiert auch die Zuständigkeit der Genehmigungsbehörde (§ 36).

In diesem Betriebsbereich greift die Beförderungspflicht. Die wesentliche Änderung zur bisherigen Rechtslage ist, dass die Beförderung außerhalb dieses Betriebsbereiches künftig nicht mehr auf seltene Ausnahmefälle begrenzt ist, sondern nach Absatz 5 generell zugelassen ist. Die entsprechenden Ausnahmetatbestände wurden daher gestrichen. Da die örtliche Beschränkung des Beförderungsrechts entfallen ist und Beförderungspflichten (§ 38) und behördliche Zuständigkeiten (§ 36) neu geregelt wurden, bedarf es dieser Norm nicht mehr.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ermöglicht die Zulassung von Ausnahmen im Hinblick auf den Zuschnitt des Betriebsbereiches.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die Fiktion einer Ausnahmegenehmigung. Damit werden auch Inhaberinnen und Inhaber von Genehmigungen, die nach der alten Rechtslage erteilt wurden, in die Lage versetzt, Krankentransporte im ganzen Landesgebiet durchzuführen. Allein durch eine Änderung des Gesetzes wäre diese Möglichkeit wegen der Bestandskraft der Genehmigungsbescheide nicht eröffnet gewesen. Ohne diese Ausnahmefiktion käme es zu einer nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung zwischen Genehmigungsinhaberinnen und Genehmigungsinhabern nach altem und neuem Recht. Außerdem wäre es für die Integrierten Leitstellen kaum möglich zu entscheiden, welche Krankentransportwagen tatsächlich für eine Disponierung abseits des eigenen Betriebsbereiches in Betracht kommen. Ebenso soll durch die Fiktion vermieden werden, dass sich Inhaberinnen und Inhaber von Genehmigungen nach der bisherigen Rechtslage gezwungen sehen, bei den Genehmigungsbehörden Anträge auf Erteilung einer Genehmigung nach neuem Recht zu stellen, da dies mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden wäre.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Sonderfall, dass die beiden Rettungsdienstbereiche Heidelberg/Rhein-Neckar und Mannheim einen einheitlichen Betriebsbereich bilden. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die beiden Rettungsdienstbereiche bis Ende 2018 noch zusammengeschlossen waren und die Disposition der Krankentransporte einheitlich durch eine Integrierte Leitstelle erfolgt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält als wesentliche Neuerung, dass Krankentransporte auch außerhalb des Betriebsbereiches und im gesamten Geltungsbereich des Gesetzes übernommen werden dürfen, und zwar auch dann, wenn Ausgangs- und Zielort außerhalb des in der Genehmigungsurkunde festgesetzten Betriebsbereiches liegen. Dies soll zu einer größtmöglichen Flexibilisierung führen. Der Betriebsbereich hat freilich nach wie vor insofern eine Bedeutung, als innerhalb des Betriebsbereiches die Beförderungspflicht greift. In praktischer Hinsicht wird dieser Beförderungspflicht durch das Zustimmungserfordernis der für den Rettungsdienstbereich des Betriebsbereiches zuständigen Integrierten Leitstelle Rechnung getragen.

Zu § 33

§ 33 ist bis auf die Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnungen wortgleich mit § 19 der bisherigen Fassung.

Zu § 34

In § 34 wurden die weiblichen Personenbezeichnungen ergänzt. Die Vorschrift ist weitgehend wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 20. Ergänzt wurde lediglich die Ergänzung der Nebenbestimmung Absatz 1 Nummer 3, welche das Vermittlungsmonopol der Integrierten Leitstelle enthält. Die Unternehmen sollen hier auch eine Verpflichtung erhalten, die bei den zuständigen Kostenträgern abgerechneten Leitstellenvermittlungsentgelte an die empfangsberechtigte Integrierte Leitstelle weiterzuleiten. Dadurch soll verhindert werden, dass die Unternehmen das Leitstellenvermittlungsentgelt nicht oder erst sehr stark verspätet an die Integrierten Leitstellen abführen.

Zu § 35

§ 35 ist bis auf die Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 21.

Zu § 36

Zu Absätzen 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 sind wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 22 Absatz 1 und 2.

Zu Absatz 3

In den Fällen, in denen sich ein Betriebsbereich über mehrere Stadt- und Landkreise erstreckt, kommt es künftig für die Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit nicht mehr auf den Unternehmenssitz an. In der Praxis hat sich nämlich gezeigt, dass die Bezugnahme auf den Unternehmenssitz dazu führen kann, dass die Entscheidung von einer räumlich weit entfernten Behörde getroffen wird, die mit den örtlichen Gegebenheiten nicht vertraut ist. Stellt man hingegen allein auf den Betriebsbereich ab, kann die erforderliche Sachnähe gewährleistet werden. Satz 2 statuiert eine Anhörungspflicht beziehungsweise ein Vorschlagsrecht der betroffenen Land- und Stadtkreise für den Fall, dass die örtliche Zuständigkeit durch das

Regierungspräsidium festgelegt wird. Eine analoge Regelung findet sich bereits in der bisherigen Fassung des § 30a für die Festlegung der Rechtsaufsicht.

Zu § 37

§ 37 ist bis auf die Änderung der geschlechtsneutralen Bezeichnung wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 23.

Zu § 38

§ 38 ist bis auf die Änderung der geschlechtsneutralen Bezeichnung wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 24.

Zu § 39

Die Regelungen entsprechen der Fassung des bisherigen § 25, da die BOKraft mittlerweile jedoch geändert und das Bundes-Seuchengesetz durch das Infektionsschutzgesetz ersetzt wurde, waren sie an die neue Rechtslage anzugleichen. Hierauf beruht auch die Streichung des Tätigkeitsverbots für ausscheidungsverdächtige Personen, was jedoch nicht zu einer inhaltlichen Änderung führt, da nach der Gesetzesbegründung des Infektionsschutzgesetzes auf diesen Begriff nur deshalb verzichtet werden konnte, da „eine sinnvolle Abgrenzung zu „ansteckungsverdächtig“ nicht möglich“ sei (Bundestagsdrucksache 14/3520). Demnach sind ausscheidungsverdächtige Personen weiterhin gem. § 39 Absatz 1 Satz 2 Variante 2 als ansteckungsverdächtige Personen von der Ausübung ihrer Tätigkeit ausgeschlossen.

Gestrichen wurde der Verweis auf § 30 BOKraft, da ein Wegstreckenzähler im Hinblick auf die Abrechnung mittlerweile nicht mehr erforderlich ist.

Zu § 40

Zu Absatz 1

§ 40 Absatz 1 enthält entgegen der Fassung im bisherigen § 26 eine Begrenzung der Förderung auf die gesetzlichen Leistungsträger des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie die gesetzlichen Leistungsträger der Berg- und Wasser-Rettung. Die Luftrettung ist aufgrund der europarechtlichen Vorgaben gesondert zu behandeln. Ebenfalls neu ist, dass die Förderung als Kann-Bestimmung ausgestaltet wird. Wie bereits in der bisherigen Rechtslage ist eine Höchstgrenze von 90 Prozent der förderungsfähigen Kosten festgeschrieben, was durch das Wort „maximal“ zusätzlich unterstrichen wird. Die Höchstgrenze bezieht sich dabei auf die jeweils im Rahmen des Staatshaushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel.

Da nach der bisherigen Rechtslage häufig Unklarheiten entstanden, welches der maßgebliche Zeitpunkt für die Bestimmung der Höchstgrenze ist, enthält die Vorschrift nun die Klarstellung, dass sich dieser Prozentsatz auf die Kostenkalkulation zum Zeitpunkt der Antragstellung bezieht. Die Vorschrift stellt nunmehr ebenfalls klar, dass über die 90 Prozent hinausgehende Kosten sowie nicht förderungsfähige Kosten für die notwendige Errichtung und den Betrieb von Rettungswachen auch Kosten des Rettungsdienstes sind.

Zu Absatz 2

Da es keine Zentralen Stationen des Berg- und Wasser-Rettungsdienstes mehr gibt, konnte die bisherige Nummer 2 dieses Absatzes gestrichen werden. Die Luftrettungsstationen werden gesondert in § 4 Absatz 3 geregelt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die Bestimmung, welche Kosten nicht förderungsfähig sind. Diese Positionen waren auch nach der bisherigen Rechtslage nicht förderungsfähig.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Verordnungsermächtigung für den Erlass einer Rechtsverordnung, in der die Einzelheiten der Förderung geregelt werden können. Bisher wurden diese Einzelheiten in einer Verwaltungsvorschrift niedergelegt. Auch wenn im Bereich der Leistungsverwaltung eine Verwaltungsvorschrift grundsätzlich ausreichen kann, um Detailfragen der Förderung zu klären, schafft eine Rechtsverordnung ein höheres Maß an Rechtssicherheit.

In den Nummern 1 bis 9 werden Inhalt, Ausmaß und Zweck der Verordnungsermächtigungen im verfassungsrechtlich gebotenen Umfang niedergelegt.

Zu § 41

Zu Absatz 1

Bereits nach der bisherigen Rechtslage war es möglich, Projekte zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes zu fördern. Diese Bestimmung wird nun in einer eigenen Vorschrift geregelt. Dies ist deshalb geboten, weil die Projektförderung zum einen im Hinblick auf die Experimentierklausel in § 7 eine größere Bedeutung gewinnen wird und zum anderen Unterschiede zur Förderung der Errichtung von Rettungswachen des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie der Sonderrettungsdienste bestehen. Diese Unterschiede erfordern zudem, dass das Antrags- und Bewilligungsverfahren sowie die Kriterien für die förderungsfähigen Kosten eigens geregelt werden. Absatz 1 sieht dabei vor, dass eine Förderung stets als Kofinanzierung ausgestaltet ist, wobei maximal die Hälfte der Kosten durch öffentliche Mittel abgedeckt werden kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 begrenzt den Kreis der zur Antragstellung berechtigten natürlichen oder juristischen Personen auf die Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst sowie die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.). Damit sind grundsätzlich auch die Luftrettungsunternehmen antragsberechtigt. Die Bewilligungsbehörde ist in diesen Fällen freilich gehalten zu prüfen, ob eine Förderung beihilferechtlich möglich ist. Auf eine entsprechende Klarstellung im Gesetz wurde verzichtet, weil höher-rangiges Recht ohnehin beachtet werden muss.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Verordnungsermächtigung für die Regelung der Einzelheiten des Förderverfahrens.

In den Nummern 1 bis 6 werden Inhalt, Ausmaß und Zweck der Verordnungsermächtigungen im verfassungsrechtlich gebotenen Umfang niedergelegt.

Zu § 42

§ 42 wurde im Vergleich zum bisherigen § 27 im Sinne einer geschlechterneutralen Formulierung überarbeitet.

Zu § 43

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist bis auf eine redaktionelle Anpassung des Verweises in das SGB V wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 28 Absatz 1. Die Regelung zielt wie bereits bislang darauf ab, dass die Investitions-, Sach- und Personalkosten der Leistungsträger über die Benutzungsentgelte auskömmlich refinanziert werden, da die staatliche Förderung nur einen Teil dieser Kosten des Rettungsdienstes abdeckt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 wurde angepasst. Damit findet bei der Bemessung der Benutzungsentgelte unter anderem Berücksichtigung, ob die mit der Luftrettung beauftragten Unternehmen die Luftrettungsinfrastruktur vom Land entgeltlich zur Verfügung gestellt bekommen, oder ob das Land ihnen – sofern sie die Luftrettungsinfrastruktur selbst erstellen – ggf. Fördermittel gewährt. Evtl. vom Land gewährte Zuschüsse sind aus den Benutzungsentgelten herauszurechnen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist mit Ausnahme der redaktionellen Anpassung der Verweisungen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 28 Absatz 3.

Zu Absatz 4

Absatz 4 wurde um eine Bestimmung ergänzt, wonach unter den dort näher ausgeführten Bedingungen angemessene monatliche Abschläge auf den Kostenausgleich zu bezahlen sind. Damit soll die bereits bislang bestehende Möglichkeit eines Kostenausgleichs konkreter ausgestaltet werden. Sinn des Kostenausgleichs ist es, Fehlanreize zu minimieren. Ohne den Kostenausgleich könnten sich die Leistungsträger veranlasst sehen, sich auf solche Standorte mit einer hohen Einsatzdichte zu konzentrieren, wodurch Standorte mit einer geringeren Auslastung benachteiligt wären. Durch den internen Ausgleich wird zugleich vermieden, dass der Aufwand für den Ausgleich einer Unterdeckung auf die Kostenträger mit unverhältnismäßig hohem Aufwand abgewälzt wird, indem Über- bzw. Unterdeckungen mit zeitlichem Nachlauf bei den jährlichen Beitragsverhandlungen berücksichtigt werden müssten.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ist wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 28 Absatz 5.

Zu Absatz 6 und 7

Absatz 6 und 7 sind bis auf die Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung wortgleich mit der Fassung der bisherigen § 28 Absatz 6 und 7.

Zu § 44

§ 44 ist bis auf die Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnungen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 28a.

Zu § 45

§ 45 ist mit Ausnahme der redaktionellen Anpassung der Verweisungen wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 29.

Zu § 46

In der Überschrift und in Absatz 1 und 2 wurde die Bezeichnung Wasserrettungsdienst in Wasser-Rettungsdienst geändert. Ansonsten blieb der Wortlaut mit Ausnahme der redaktionellen Anpassung der Verweisungen sowie der Ergänzung der weiblichen Personenbezeichnung im Vergleich zur Fassung im bisherigen § 30 unverändert.

Zu § 47

Die Überschrift wurde im Vergleich zur Fassung im bisherigen § 30a angepasst, da künftig zwischen Rechts- und Fachaufsicht unterschieden wird. Die Aufsicht über die Bereichsausschüsse beschränkt sich dabei auf eine reine Rechtsaufsicht, wohingegen der rettungsdienstliche Teil der Integrierten Leitstellen einer Fachaufsicht unterliegt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist wortgleich mit der Fassung im bisherigen § 30a.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 ist wortgleich mit der Fassung im bisherigen § 30a Absatz 2 Satz 1. Satz 2 wurde eingefügt, da einige Leistungsträger über keine rechtsfähigen Untergliederungen in Baden-Württemberg verfügen. Die in Satz 2 enthaltene Fiktion ermöglicht auch in diesen Fällen, dass die örtliche Zuständigkeit für die Rechtsaufsicht bestimmt werden kann.

Zu § 48

Absatz 1

Angesichts der wichtigen Stellung der Integrierten Leitstellen ist es geboten, die staatliche Aufsicht ausdrücklich gesetzlich zu regeln. Sie ist als Fachaufsicht ausgestaltet. Die Fachaufsicht ist dadurch begründet, dass die Integrierten Leitstellen insbesondere bei der Lenkung der Einsätze hoheitliche Aufgaben erledigen, die erhebliche Auswirkungen auf die Beteiligten des Rettungsdienstes sowie die Patientinnen und Patienten haben. Diese Lenkungsfunktion ergibt sich aus der Notwendigkeit der Koordination und Steuerung der Tätigkeit der im Rettungsdienst tätigen Leistungsträger und Unternehmen. Sie stellt sich daher als Konkretisierung der Steuerung des Rettungsdienstes dar. Die der Integrierten Leitstelle obliegende Konkretisierung der Steuerung erschöpft sich nicht in einer bloßen Vermittlungsfunktion. Insbesondere in der Notfallrettung hat die Integrierte Leitstelle vielmehr die Aufgabe, die zur Abwehr drohender Gefahren für Leib und Leben erforderlichen Anordnungen zu treffen (zur hoheitlichen Tätigkeit der Integrierten Leitstelle siehe auch BGH, Urteil vom 25. September 2007, KZR 14/06 und VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 29. September 2009, 6 S 131/08). Die Ausgestaltung als Fachaufsicht ermöglicht auch Weisungen zu Art und Weise der Aufgabenerledigung.

Die Fachaufsicht geht über die Rechtsaufsicht hinaus. Sie ist insbesondere bei Ermessensentscheidungen nicht auf die Prüfung von Ermessensfehlern beschränkt, sondern kann auch kontrollieren, ob die Ermessensausübung zweckmäßig war. Zudem können auch die organisatorischen Abläufe innerhalb der Integrierten Leitstelle zum Gegenstand einer Prüfung oder Beanstandung gemacht werden, wenn die Fachaufsichtsbehörde der Auffassung ist, dass diese Mängel aufweisen, welche die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes zu sozial tragbaren Benutzungsentgelten gefährden. Die Fachaufsicht obliegt dem Regierungspräsidium, in dessen Bezirk die Integrierte Leitstelle ihren Standort hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt entsprechend der allgemeinen Verwaltungssystematik fest, dass die Oberste Fachaufsicht beim Innenministerium liegt.

Zu §§ 49 bis 58

§§ 49 bis 58 treffen Regelungen zu Datenschutz und Datenverarbeitung im Rettungsdienst. Mit Anpassung der Datenschutzregelungen an die aktuellen Anforderungen der DSGVO werden die Regelungen neu strukturiert und gefasst. Die neuen Regelungen enthalten allerdings auch zahlreiche Elemente der bisherigen Regelungen, teilweise in angepasster Form. Somit werden modernisierte Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung im Rettungsdienst geschaffen. § 49 regelt allgemeine Grundsätze zur Information der Betroffenen über die Verarbeitung personenbezogener Daten. §§ 50 ff. treffen Regelungen zur Datenverarbeitung, zur datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit und zu Speicherfristen hinsichtlich der jeweiligen Beteiligten im Rettungsdienst. Für die Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer, Notarztstandortleitungen und Notärztinnen und Notärzte, die Zentrale Stelle nach § 9, Aufsichtsbehörden, Bereichsausschüsse und Integrierte Leitstellen sind jeweils separate Vorschriften vorgesehen. Auch die Einbindung von Helfer-vor-Ort-Systemen und smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern wird berücksichtigt. Ebenso werden die Voraussetzungen für die Datenverarbeitung in Bezug auf das Online-Portal nach § 9 Absatz 2 aufgeführt.

Damit wird den Anforderungen des Datenschutzrechts, dass eindeutig zu regeln ist, wer zu welchem Zweck in welchem Umfang welche Daten verarbeiten darf, wer datenschutzrechtlich verantwortlich ist und wie lange diese Daten bei den genannten Stellen gespeichert werden dürfen, Rechnung getragen. Der Begriff „Verarbeitung“ sowie die weiteren dafür verwendeten Begriffe werden hier im Sinne von Artikel 4 Nummer 2 DSGVO verwendet.

Zu § 49

§ 49 regelt allgemeine Grundsätze für die Information der Betroffenen über die Verarbeitung personenbezogener Daten und für die Garantien zum Schutz personenbezogener Daten.

Zu Absatz 1

Absatz 1 erlaubt ein Absehen von der Informationspflicht.

Die datenschutzrechtliche Aufklärung hat grundsätzlich hinter dem Versorgungsinteresse der Patientinnen und Patienten zurückzutreten. Eine direkte Information ist zumeist dadurch ausgeschlossen, dass diese gerade nicht ansprechbar beziehungsweise nicht aufnahmefähig sind.

Sofern Daten im Zusammenhang mit dem Absetzen einer Notfallmeldung verarbeitet werden, würden vorgeschaltete datenschutzrechtliche Informationen die Notfallrettung zum Schaden der Patientinnen und Patienten verzögern.

Für die Nachholung der Information bedarf es eines Anknüpfungspunktes, damit die Nachholung überhaupt möglich ist und praktikabel erfolgen kann. Dieser kann beispielsweise bei der Abrechnung der Leistungen oder sonstigen verwaltungstechnischen Abwicklungsprozessen gegeben sein.

Zudem ist eine zusätzliche Information über die Datenverarbeitung auf der Internetpräsenz der oder des Verantwortlichen vorgesehen. Für die Datenerhebung durch die Integrierten Leitstellen gelten anstelle dieser allgemeinen Regelung die spezielleren Regelungen in §§ 56 und 57.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält allgemeine Bestimmungen, die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zu beachten sind. Zwar orientierten sich diese Vorgaben an

Artikel 32 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Warenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46 /EG (DSGVO) und wären nicht zwingend in das Gesetz aufzunehmen. Aus Gründen der Klarstellung finden sie gleichwohl ausdrücklich Erwähnung, weil dies die Rechtsanwendung erleichtert. Insbesondere wird dadurch bekräftigt, dass der Schutz personenbezogener Daten organisatorische und technische Maßnahmen, Protokollierungspflichten, Zugangsbeschränkungen und die Reaktionsfähigkeit auf datenschutzrelevante Vorfälle (beispielsweise Cyber-Angriffe) voraussetzt. Ebenso wird verdeutlicht, dass vor einer Verarbeitung personenbezogener Daten vorrangig erwogen werden muss, ob sich die mit der Verarbeitung verfolgten Zwecke nicht auch durch anonymisierte Daten erreichen ließen. Für den Fall, dass die Zwecke ohne einen Personenbezug nicht zu erreichen sind, ist zumindest zu prüfen, ob die Zwecke auch durch eine Pseudonymisierung erreicht werden könnten. Zwar besteht bei einer Pseudonymisierung der Personenbezug fort. Allerdings wird dadurch das Risiko einer möglichen Verknüpfung der Daten mit den betroffenen Personen gesenkt.

Zu § 50

§ 50 regelt in Ersetzung des bisherigen § 32 die Datenverarbeitung, das heißt unter anderem die Erhebung, Weiterverarbeitung und Übermittlung. § 50 gilt künftig nur für die Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer im Rettungsdienst. Sie dürfen nach Absatz 1 bis 4 personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten insbesondere zur Erfüllung der in Absatz 1 aufgeführten Aufgaben im Rettungsdienst, sowie nach Absatz 2 zur Qualitätssicherung, Aus- und Fortbildung und Weiterentwicklung von experimentellen Projekten erheben, weiterverarbeiten und nach Absatz 3 an andere Stellen übermitteln.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 geht es um die Erhebung und Weiterverarbeitung der Daten durch die Leistungserbringer im Rettungsdienst. Absatz 1 entspricht weitgehend der bisherigen Regelung in § 32 Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 12. Juni 2018, wobei die Begrifflichkeiten der einzelnen zulässigen Unterfälle der Datenverarbeitung an die DSGVO angepasst werden.

In Absatz 1 Nummer 1 wurde die Befugnis der Zuweisung und Anmeldung in einer geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung über den digitalen Versorgungsnachweis aufgenommen, um die Zulässigkeit der Datenverarbeitung im Rahmen der Nutzung des digitalen Versorgungsnachweises eindeutig und ausdrücklich festzuschreiben. Geeignete medizinische Versorgungseinrichtung wird meist ein Krankenhaus sein.

In Absatz 1 Nummer 2 wurden die Worte „gegenüber der Integrierten Leitstelle und den Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen“ ergänzt und damit konkretisiert, wem gegenüber der Nachweis erfolgen können soll.

Absatz 1 Nummer 3 ist wortgleich mit der Fassung des bisherigen § 32 Absatz 1 Nummer 3.

Absatz 1 Nummer 4 wurde neu aufgenommen, um auch die Datenerhebung und Weiterverarbeitung für die Wahrnehmung der Aufsicht für zulässig zu erklären.

In Satz 2 bis 4 wird die Datenverarbeitung für den Betrieb des künftig neu zu implementierenden Telenotärztlichen Systems im Rettungsdienst ermöglicht. Danach darf bei der Notfallrettung die Datenverarbeitung bei dessen Einbindung auch mittels telemedizinischer Ausstattungen und durch Bild- und Tonaufzeichnungen mittels körpernah getragener Aufnahmegeräte und auch wenn Dritte unvermeidbar betroffen sind, erfolgen. In Wohnungen ist dies jedoch nur zur Abwehr einer dringenden Gesundheitsgefahr für die Patientin oder den Patienten oder eine dritte Person zulässig. Das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung wird im Hinblick darauf eingeschränkt. Eine Verarbeitung dieser Daten für Zwecke der Strafverfolgung oder polizeilichen Gefahrenabwehr ist nicht zulässig.

Zu Absatz 2

Absatz 2 erklärt ausdrücklich benannte Unterfälle der Datenverarbeitung zur Qualitätssicherung, Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals und zur Weiterentwicklung von Projekten zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, der Leistungsfähigkeit oder Qualitätsverbesserung des Rettungsdienstes dienen, für zulässig.

Absatz 2 entspricht weitgehend der bisherigen Regelung des § 32 Absatz 2, wobei die Unterfälle der Datenverarbeitung an die Begrifflichkeiten nach der DSGVO angepasst wurden. Zudem wurde in Absatz 2 Nummer 3 „zur Weiterentwicklung von Projekten im Sinne des § 7“ ergänzt, damit die Durchführung der neuen Experimentierklausel und die damit im Zusammenhang erfolgende Datenverarbeitung auch datenschutzgerecht erfolgt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 erlaubt die Übermittlung der Daten an außenstehende Personen oder Stellen. Die Leistungserbringer dürfen die Daten an Außenstehende übermitteln, soweit dies zu den genannten Zwecken erforderlich ist. Absatz 3 entspricht damit im Wesentlichen der Regelung im bisherigen § 32 Absatz 3.

In Absatz 3 Nummer 1 wurde die Übermittlung für die weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle nach § 9 im Hinblick auf die Mitwirkung und Beratung bei der landesweiten Planung ergänzt, um die Übermittlung zu diesem Zweck zu ermöglichen.

In Absatz 3 Nummer 2b wurde der Personenkreis begrenzt, da die bisherige Formulierung „Angehörige“ oder „sonstige Bezugspersonen“ zu unbestimmt war.

Absatz 3 Nummer 4 umfasst künftig auch die Übermittlung zur Geltendmachung von oder Verteidigung gegenüber rechtlichen Ansprüchen, zur Anforderung von Kostenersatz sowie zur Verfolgung von Straftaten, die gegenüber den Leistungserbringern oder ihren Mitarbeitenden begangen wurden oder zur Verteidigung gegen entsprechende Vorwürfe gegen Mitarbeitende der Leistungserbringer, um alle Fallgestaltungen der Geltendmachung von Ansprüchen und Kostenersatz sowie der Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten abzudecken, in denen die Datenübermittlung erforderlich und sinnvoll erscheint. Damit erfolgt insoweit auch eine weitgehende Harmonisierung mit dem FwG. Das FwG (§ 35 Absatz 5 FwG) lässt die Datenübermittlung in diesen Fällen bereits bisher zu.

Satz 2 ermöglicht die Übermittlung der für das Telenotärztliche System erforderlichen digitalen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten und die Bild- und Tonübertragung mittels telemedizinischer Ausstattungen an die Telenotärztliche Zentrale.

Satz 4 ist wortgleich mit der Regelung im bisherigen § 32 Absatz 3 Satz 2.

Zu Absatz 4 und 5

Absatz 4 entspricht teilweise und Absatz 5 nahezu vollständig der Regelung im bisherigen § 32 Absatz 4 und 5.

In Absatz 4 wurde das Wort „Unternehmer“ durch „Leistungserbringer“ ersetzt und die weiblichen Personenbezeichnungen ergänzt. Der Satzteil „zum Zweck der Ermöglichung des Besuchs und der Kontaktaufnahme“ wurde ergänzt. Er dient dazu, den Zweck der Datenverarbeitung im Sinne von Artikel 6 Absatz 3 Satz 2 DSGVO festzulegen. Der Personenkreis wurde im Sinne der Bestimmbarkeit deutlich eingegrenzt, insoweit wird auf die Ausführungen zu Absatz 3 Nummer 2b verwiesen. Dem Interesse der betroffenen Person und dem Informationsinteresse der genannten nahestehenden Personen soll so auch im Sinne des Schutzes von Ehe und Familie nach Artikel 6 GG nachgekommen werden. Dies dient auch dazu, Verpflichtungen aus Vorsorgevollmachten oder Betreuung erfüllen zu können. Im Notfall ist unter Umständen eine schnelle Regelung erforderlich. Satz 2 entspricht dem bisherigen § 32 Absatz 4 Satz 2.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht § 32 Absatz 5 der bisherigen Fassung, außer dass der Verweis in Satz 3 angepasst wurde.

Zu Absatz 6

Nach der DSGVO (Artikel 4 Nummer 7 und 24) muss klar erkennbar sein, wer für die Datenverarbeitung datenschutzrechtlich verantwortlich ist und somit über die Zwecke und Mittel der Datenverarbeitung entscheidet. Daher wurde diese Klarstellung für die Leistungserbringer aufgenommen.

Zu Absatz 7

Eine Speicherung der Daten für zehn Jahre ist erforderlich, da in den letzten Jahren vermehrt Gerichtsverfahren durch Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen wegen etwaiger Behandlungsfehler angestrengt werden. Dies betrifft auch den Rettungsdienst. Um im Interesse insbesondere der Patientinnen und Patienten und auch der behandelnden Personen im Einzelnen besser nachvollziehen zu können, welche Einschätzungen getroffen und welche Maßnahmen daraufhin im Einzelfall durchgeführt worden sind, müssen die personenbezogenen Daten der Einsätze gespeichert werden.

Bereits beim Einsatz des Rettungsdienstes erfolgt eine medizinische Ersteinschätzung und Behandlung. Die Speicherung hat daher eine Beweissicherungsfunktion und ermöglicht eine lückenlose Einsatzauswertung. Deren Bedeutung ist enorm gewachsen, da die Rechtsprechung die Beweislastumkehr im Arzthaftungsrecht zunehmend auch auf nichtärztliches Handeln anwendet. Bei fehlender Dokumentation oder nicht ausreichend langer Aufbewahrung wird dabei vermutet, dass die behandelnde Person die medizinisch notwendige Maßnahme nicht getroffen hat. So hat der BGH entschieden, dass die Beweislastumkehr auch beim Hausnotruf angewendet werden kann (BGH, Urteil vom 11. Mai 2017, III ZR 92/16). Das Land Berlin ist durch das Landgericht in einem Grundurteil verurteilt worden, einem Kostenträger Schäden zu erstatten, die bei einem Versicherten im Zusammenhang mit einem Einsatz des Rettungsdienstes entstanden sind (LG Berlin, Urteil vom 27. September 2016, 36 O 7/14, rechtskräftig seit 13. März 2018; BGH, Beschluss vom 13. März 2018, VI ZR 324/17, vorhergehend KG Berlin, Beschluss vom 20. März 2017, 20 U 147/16, KG Berlin, Urteil vom 19. Juni 2017, 20 U 147/16).

Um das Risiko einer Beweislastumkehr zu minimieren und die Einsätze lückenlos nachvollziehen zu können, erscheint es geboten, eine Regelung zur Aufzeichnung der Einsatzdaten durch die Leistungserbringer und damit auch der personenbezogenen Daten der betroffenen Personen in das Gesetz aufzunehmen.

Eine Speicherdauer von zehn Jahren erscheint geboten, da gerichtliche Verfahren erfahrungsgemäß oft erst einige Zeit nach dem Schadensereignis angestrengt werden, die Folgen von Schadensereignis und Behandlung in der Regel oft erst zeitlich verzögert auftreten und gerichtliche Verfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss ggf. über mehrere Instanzen einige Zeit in Anspruch nehmen können. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der behandelnden Personen erscheint daher eine zehnjährige Speicherdauer geboten. Eine Speicherdauer von zehn Jahren läuft zudem auch konform mit der zivilrechtlichen Pflicht der Behandelnden, die Patientenakte gemäß § 630f Absatz 3 BGB zehn Jahre aufzubewahren. Folgerichtig sind die gespeicherten Daten über einen Zeitraum von zehn Jahren aufzubewahren und grundsätzlich erst zehn Jahre nach der Speicherung zu löschen, sofern nicht ausnahmsweise weiteren der ausdrücklich genannten Gründe für eine Aufbewahrung vorliegen, zu löschen.

Zu § 51

§ 51 erklärt § 50 für die Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der Einbindung von Helfer-vor-Ort-Systemen und smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern für entsprechend anwendbar. Beide gehören zwar im

formellen Sinne nicht zum Rettungsdienst. Gleichwohl sind sie Bestandteil der Rettungskette. Ihre Einbindung ist – datenschutzrechtlich betrachtet – am ehesten mit den Leistungserbringern vergleichbar. Häufig sind die hinter den Systemen stehenden Organisationen auch identisch mit den Leistungsträgern. Neben den Hilfsorganisationen können auch andere im Bevölkerungsschutz tätige Organisationen Helfer-vor-Ort Systeme einrichten bzw. ein Netzwerk von Ersthelferinnen und Ersthelfern, die smartphonebasiert alarmiert werden, aufbauen. In allen Fällen erfolgt die Alarmierung durch eine Integrierte Leitstelle.

Zu § 52

Die Notarztstandorte verarbeiten personenbezogene Daten, um Notarzteinsätze durchführen und abwickeln zu können. Daher muss es den Notärztlichen Standortleitungen und den im Rettungsdienst tätigen Notärztinnen und Notärzten erlaubt werden, personenbezogene Daten zu verarbeiten und zu übermitteln.

Zu Absatz 1 bis 7

Die Regelungen in Absatz 1 bis 7 entsprechen den Regelungen des neuen § 50 Absatz 1 bis 7, daher wird insofern auf die dortige Einzelbegründung verwiesen und nur anlassbezogen auf die Änderungen eingegangen.

Zu Absatz 1 Satz 2

Vorhandene telemedizinische Ausstattungen der Rettungsmittel können danach auch durch die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte vor Ort genutzt werden. Es ist jedoch nicht vorgesehen, Notarzteinsatzfahrzeuge durch die Ausstattung mit entsprechendem telemedizinischem Equipment in das telenotärztliche System einzubinden.

Zu Absatz 6

Die Trägerinnen und Träger der Notarztstellung sind als übergeordnete Stellen umfassend für die Notarztstellung verantwortlich. Konsequenterweise obliegt ihnen demzufolge auch die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit.

Zu § 53

§ 53 regelt die Datenverarbeitung durch die Zentrale Stelle nach § 9 zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Qualitätssicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 bis 3.

Zu Absatz 1

Die Zentrale Stelle nach § 9 darf dazu die genannten Daten bei den genannten Akteuren im Rettungsdienst erheben und verarbeiten und die Daten unter anderem auch miteinander verknüpfen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass die Befugnis zur Datenverarbeitung nicht durch die Betroffenheit von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen ausgeschlossen ist. Die Regelung ist notwendig, da der Qualitätssicherung im Interesse der Patientenversorgung eine enorme Bedeutung zukommt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 erklärt die Einstellung der Daten in das Online-Portal der Zentralen Stelle nach § 9 für zulässig. Zugriffsrechte auf das Online-Portal und ihr Umfang werden in § 9 Absatz 3 geregelt. § 58 regelt die Datenverarbeitung beim Betrieb des Online-Portals.

Zu Absatz 4

Absatz 4 erlaubt die Weiterverarbeitung der nach Absatz 1 erhobenen und verarbeiteten Daten durch die Zentrale Stelle. Zudem erlaubt sie unter bestimmten engen Voraussetzungen die Übermittlung an außenstehende Personen und Stellen. Zur Weiterentwicklung und Optimierung des Rettungsdienstes oder aus Gründen der Qualitätssicherung kann dies bei Aufträgen oder Anfragen und beispielsweise im Rahmen von Sonderauswertungen von bei der Zentralen Stelle nach § 9 vorhandenen Daten erforderlich und zielführend sein. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst und seine Unterausschüsse können die Zentrale Stelle nach § 9 damit beauftragen. Eine Weiterverarbeitung und Übermittlung kann auch erforderlich werden, um die Wahrnehmung von parlamentarischen Kontrollrechten zu ermöglichen oder für Zwecke von Wissenschaft und Forschung. Gemeint sind damit zum Beispiel Anträge und Anfragen des Landtags oder wissenschaftliche Untersuchungen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne von Artikel 4 Nummer 7 und 24 DSGVO.

Zu Absatz 6

Die Zentrale Stelle nach § 9 benötigt die Daten über einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren, um ihre Aufgaben in der Qualitätssicherung zu erfüllen. Dies ist erforderlich, damit sie ihre Analysen und Vergleiche auf der Basis langfristiger Daten erstellen und unter anderem auch Längsschnitte und vergleichende Auswertungen anfertigen und Plausibilitätsprüfungen durchführen kann. Hintergrund ist, dass die Qualitätssicherung häufig längere Zeiträume abdecken muss, um statistische Ungenauigkeiten zu vermeiden und aussagekräftige Quervergleiche zu ermöglichen. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist ein kontinuierlicher Prozess, der stetig weiterentwickelt wird. Neue rettungsdienstliche Strukturen lösen die Entwicklung völlig neuer Qualitätsindikatoren aus. Hieraus ergeben sich Fragestellungen, die in der Vergangenheit möglicherweise nie betrachtet wurden. Um für die Indikatorenentwicklung notwendige Testberechnungen durchführen zu können, ist es wichtig, dass die Zentrale Stelle nach § 9 Daten über einen längeren Zeitraum einbeziehen kann. Auch zur längerfristigen Ergebnisinterpretation und zur Fehlersuche bei Auffälligkeiten ist dies erforderlich. Dies gilt auch für Aufträge und Aufgaben gemäß § 53 Absatz 4. Folgerichtig sind die gespeicherten Daten über einen Zeitraum von 15 Jahren aufzubewahren und grundsätzlich erst 15 Jahre nach der Speicherung zu löschen, sofern nicht ausnahmsweise einer der weiteren ausdrücklich genannten Gründe für eine Aufbewahrung vorliegt. Da die Zentrale Stelle für ihre Arbeit auf Datenübermittlungen der Beteiligten im Rettungsdienst bzw. Datenerhebungen angewiesen ist, kann sie ihre Arbeit teilweise erst beginnen, wenn ihr die Daten für ein Jahr vollständig vorliegen. Dies ist aufgrund der dafür notwendigen Prozesse teilweise erst im folgenden Jahr der Fall. Daher wird der Beginn der Aufbewahrungsfrist auf das Ende des Geschäftsjahres, in dem die Aufzeichnung erfolgte, festgelegt.

Zu § 54

Zu Absatz 1

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben bei der Planung der Vorhaltung für ihren Rettungsdienstbereich und Erstellung des Bereichsplans gemäß § 6 Absatz 6 müssen die Bereichsausschüsse auch personenbezogene Daten verarbeiten dürfen. Dabei erscheint es zielführend, dass die Bereichsausschüsse die Daten vorrangig bei den Integrierten Leitstellen erheben, da die Integrierten Leitstellen in der Regel über alle für die Bereichsausschüsse wesentlichen Daten des Rettungsdienstbereichs umfassend verfügen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne von Artikel 4 Nummer 7 und 24 DSGVO.

Zu Absatz 3

Zur Vorhalteplanung erscheint es erforderlich, die Daten für eine Dauer von drei Jahren aufzubewahren, um in diesem Zusammenhang Vergleichsbetrachtungen anstellen und die Vorhalteplanung unter Berücksichtigung der Entwicklungen der letzten drei Jahre bedarfsgerecht und zukunftsgerichtet vornehmen zu können. Folgerichtig sind die gespeicherten Daten über einen Zeitraum von drei Jahren aufzubewahren und grundsätzlich erst drei Jahre nach der Speicherung zu löschen, sofern ausnahmsweise keine weiteren der ausdrücklich genannten Gründe für eine Aufbewahrung vorliegen.

Zu § 55

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die in § 47 und § 48 genannten Aufsichtsbehörden die zur Wahrnehmung der Aufsicht genannten erforderlichen Daten bei den Leistungserbringern, Notärztlichen Standortleitungen und Integrierten Leitstellen erheben und verarbeiten dürfen.

Die Aufsichtsbehörden benötigen die Daten, um sich im konkreten Fall bei der Beurteilung eventueller Rechtsverstöße im Rahmen der Rechtsaufsicht bzw. der Fachaufsicht umfassend über die vorliegende Angelegenheit, d. h. den Sachverhalt und die erfolgten Maßnahmen, informieren zu können. Nur auf der Grundlage einer solchen umfassenden Bewertung ist es ihnen möglich, die erforderlichen bzw. folgerichtigen Maßnahmen zu ergreifen bzw. bei den Beteiligten einzufordern. Die beschriebene Datenverarbeitung dient mithin dazu, die Aufsichtsbehörden in die Lage zu versetzen, ihre aufsichtsrechtlichen Funktionen rechtskonform und sachgerecht wahrnehmen zu können.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass Absatz 1 entsprechend für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Koordination gilt, soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung erforderlich ist. Systematisch erfolgt diese Bestimmung bei § 55, da die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst beziehungsweise die Ärztliche Leitung Koordination organisatorisch bei der oberen Rechtsaufsicht, also den Regierungspräsidien angegliedert sind.

Zu Absatz 3

Die Behörden nach § 36 sind für die (erneute) Genehmigung des Krankentransportes und nach Artikel 2 des Gesetzes über die Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.) für die erneute Genehmigung der Durchführung der Notfallrettung durch die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. 1998, S. 413 ff.) zuständig. Da sie im Rahmen dieser Verfahren zum Beispiel die Zuverlässigkeit und fachliche Eignung der antragstellenden Unternehmerin oder des antragstellenden Unternehmers bzw. der zur Führung der Geschäfte bestellten Person prüfen müssen, müssen sie dafür auch befugt sein, personenbezogene Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dies ist erforderlich, um die Genehmigungsvoraussetzungen zu prüfen und das Genehmigungsverfahren durchzuführen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne von Artikel 7 Nummer 4 und Artikel 24 DSGVO. Danach ist klar erkennbar, wer für die Datenverarbeitung datenschutzrechtlich verantwortlich ist und somit über die Zwecke und Mittel der Datenverarbeitung entscheidet.

Zu Absatz 5

Für die Wahrnehmung der aufsichtsrechtlichen Funktionen der Behörden nach § 47 und § 48 genügt es grundsätzlich, dass die Daten ein Jahr zur Verfügung stehen, da die Prüfung aufsichtsrechtlicher Fragestellungen in der Regel innerhalb von einem Jahr abgeschlossen sein sollte. Andernfalls ist im Ausnahmefall eine längere Speicherung erlaubt, sofern dies zur Wahrnehmung der aufsichtsrechtlichen Befugnisse erforderlich ist.

Die Genehmigung für den Krankentransport wird gemäß § 34 Absatz 3 grundsätzlich für die Dauer von bis zu vier Jahren erteilt. Die Genehmigungsbehörden benötigen die damit im Zusammenhang stehenden Daten mindestens für diesen Zeitraum: Sie müssen während des gesamten Genehmigungszeitraums prüfen können, ob die Genehmigungsvoraussetzungen und insbesondere die Zuverlässigkeit weiterhin vorliegen. Sie müssen die Genehmigung zurücknehmen, wenn bei deren Erlass eine der Genehmigungsvoraussetzungen nicht vorgelegen hat (§ 35 Absatz 1), sie müssen bzw. können sie widerrufen, wenn die Genehmigungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (§ 35 Absatz 2) oder die Unternehmerin oder der Unternehmer gegen Auflagen verstößt oder arbeitsrechtliche, sozialrechtliche oder steuerrechtliche Verpflichtungen wiederholt nicht erfüllt hat (§ 35 Absatz 3). Der Zeitpunkt des Antrags auf Genehmigung liegt aber vor dem Genehmigungszeitpunkt, zumal sich das Genehmigungsverfahren aufgrund der Vielzahl der vorzulegenden Dokumente einige Zeit hinziehen kann (das Gesetz sieht einen dreimonatigen Zeitraum vor, der auf sechs Monate verlängert werden kann). Die Löschfrist wird daher auf fünf Jahre festgelegt. So kann zum einen sichergestellt werden, dass sämtliche Daten bis zum Ablauf der Genehmigung vorliegen. Zum anderen eröffnet das den Unternehmen die Möglichkeit, beim Antrag auf Neu- bzw. Wiedererteilung auf die für den Altantrag eingereichten Daten Bezug zu nehmen, sofern sich diesbezüglich keine Änderung ergeben hat.

Folgerichtig sind die gespeicherten Daten nach Absatz 1 über einen Zeitraum von einem Jahr und die gespeicherten Daten nach Absatz 3 über einen Zeitraum von fünf Jahren aufzubewahren und grundsätzlich erst ein beziehungsweise fünf Jahre nach der Speicherung zu löschen, sofern nicht ausnahmsweise einer der weiteren ausdrücklich genannten Gründe für eine Aufbewahrung vorliegt.

Zu § 56

Zu Absatz 1 bis 7

Die Regelungen entsprechen weitgehend den Regelungen in § 50 Absatz 1 bis 7, auf die dortige Begründung wird daher verwiesen. Abweichende und zusätzliche Regelungen werden im Folgenden begründet.

Zu Absatz 3

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 3

Die Wörter „zum Nachweis einer gleichberechtigten Disponierung im Rahmen des Krankentransportes“ wurden neu hinzugefügt. Bereits bisher erfolgen Meldungen über die disponierten und durchgeführten Krankentransporte. Diese sind zum Nachweis einer gleichberechtigten Disponierung im Rahmen des Krankentransportes durch die Integrierten Leitstelle an die Hilfsorganisationen und Krankentransportunternehmen notwendig.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne von Artikel 7 Nummer 4 und Artikel 24 DSGVO. Zudem wird geregelt, dass die Integrierten Leitstellen auch bei der Datenverarbeitung zur Erfüllung ihrer Aufgaben hoheitlich tätig sind, nicht jedoch bei der Wahrnehmung weiterer Aufgaben nach § 11 Absatz 8.

Zu Absatz 7

Zur lückenlosen Einsatzauswertung ist es erforderlich, neben den Einsatzdaten bei den Leistungserbringern auch die mit einem Einsatz in Zusammenhang stehenden Daten bei den Integrierten Leitstellen zu speichern. Bezüglich der Speicherdauer wird insoweit auf die Begründung zu § 50 Absatz 7 verwiesen.

Zu § 57

§ 57 regelt die Verarbeitung und Speicherung von Daten aus Telekommunikationsvorgängen durch die Integrierten Leitstellen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt die Verarbeitung von Verkehrs- und Standortdaten von Telekommunikationsvorgängen in Integrierten Leitstellen im Hinblick auf Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes (Recht am eigenen Wort), § 201 des Strafgesetzbuches (Vertraulichkeit des Wortes) und Artikel 6 Absatz 3 Satz 2 und Artikel 9 DSGVO auf eine eindeutige, bereichsspezifische Rechtsgrundlage. Die Anrufenden und betroffenen Personen sind durch geeignete Maßnahmen auf die Datenverarbeitung hinzuweisen, z. B. durch eine Bandansage oder auf der Internetseite.

Zu Absatz 2

Absatz 2 erklärt die Verarbeitung von Daten aus Telekommunikationsvorgängen, die über die Notrufnummern wie die Notrufnummer 112, die Notruf-App oder sonstige Notrufeinrichtungen eingehen, ohne Kenntnis der oder Hinweis an die Anrufenden und von der Datenverarbeitung betroffenen Personen für zulässig. Denn die Information der betroffenen Personen ist aufgrund der Eilbedürftigkeit der Entgegennahme von Notrufen wegen des möglichst raschen Transports und der möglichst schnellen Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nicht praktikabel. Dies stellt eine Ausnahmeregelung im Sinne von Artikel 14 Absatz 5 und 23 DSGVO dar.

Satz 2 erklärt die Aufzeichnung und Speicherung ohne Kenntnis der bzw. Hinweis an die Anrufenden und betroffenen Personen auch bei Telekommunikationsvorgängen mit Stellen, mit denen die Integrierte Leitstelle zusammenarbeitet und denen die Speicherung bekannt ist und vereinbarungsgemäß erfolgt, für zulässig. Hintergrund ist, dass in diesen Fällen entsprechende Hinweise aufgrund der Kenntnis über die hierfür getroffenen Regelungen in den bilateralen Vereinbarungen überflüssig sind. Dies geht auch mit Artikel 13 Absatz 4 und Artikel 14 Absatz 5a DSGVO konform.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 regelt die unverzügliche Löschungspflicht, sofern kein Zusammenhang mit einem Einsatz besteht. Ansonsten sind die Daten grundsätzlich nach Satz 2 nach zehn Jahren zu löschen, sofern die weitere Speicherung nicht für die genannten Zwecke erforderlich ist.

Zur lückenlosen Einsatzauswertung ist es erforderlich, auch Notrufgespräche und Telekommunikationsvorgänge in Integrierten Leitstellen aufzuzeichnen und zu speichern. Der rettungsdienstliche Einsatz beginnt bereits mit dem Notruf bzw. dem damit in Zusammenhang stehenden Telekommunikationsvorgang und wird

durch das Notrufgespräch bzw. die dazu gehörenden Telekommunikationsvorgänge geprägt.

Im Verfahren, in dem das Land Berlin in einem Grundurteil verurteilt worden ist (siehe auch Begründung zu § 50 Absatz 7), einem Kostenträger Schäden zu erstatten, die bei einem Versicherten im Zusammenhang mit einem Einsatz des Rettungsdienstes entstanden sind (LG Berlin, Urteil vom 27. September 2016, 36 O 7/14, rechtskräftig seit 13. März 2018, BGH, Beschluss vom 13. März 2018, VI ZR 324/17; vorhergehend: KG Berlin, Beschluss vom 20. März 2017, 20 U 147/16), war eine der Kernfragen des Prozesses, ob auf der Grundlage des Notrufgesprächs eine korrekte Einsatzmitteldisposition erfolgt ist. Das Notrufgespräch fand im Jahr 2007 statt. Im Zusammenhang mit der Würdigung des Notrufgesprächs hat das Landgericht dabei auf die im Arzthaftungsrecht bestehende Beweislastumkehr verwiesen, die zunehmend auch auf nichtärztliches Personal (das heißt den Rettungsdienst und die Leitstelle) angewendet wird. Um das Risiko einer Beweislastumkehr zu minimieren, erscheint es geboten, auch eine Regelung zur Speicherung der Notrufgespräche und der in Zusammenhang mit dem Einsatz stehenden Telekommunikationsvorgänge und damit auch der personenbezogenen Daten der Anrufenden bzw. betroffenen Personen in das Gesetz aufzunehmen. Ein Zusammenhang mit einem Einsatz in diesem Sinne kann auch bestehen, wenn die Disponentin oder der Disponent zur Bewertung gelangt, dass die Entsendung eines Rettungsmittels nicht erforderlich ist. Denn auch die Nichtentsendung eines Rettungsmittels kann Gegenstand einer nachträglichen gerichtlichen Überprüfung sein, sodass auch in diesen Fällen ein Interesse besteht, eine Beweislastumkehr zu vermeiden. Zur Begründung der Speicherfrist siehe auch die Begründung zu § 50 Absatz 7.

Zu § 58

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt für die genannten zugriffsberechtigten Personen ausdrücklich im Einzelnen fest, wie und für welche Zwecke sie ausnahmsweise personenbezogene Daten im Rahmen ihrer Aufgaben verarbeiten dürfen, sofern eine Anonymisierung nicht möglich ist. In diesem Falle sind die Daten zumindest grundsätzlich zu pseudonymisieren. Dies ergibt sich zwar bereits aus der allgemeinen Vorgabe in § 49 Absatz 2. Eine Klarstellung wurde hier aber nochmals vorgenommen, da im Online-Portal zum einen eine besonders lange Speicherdauer und zum anderen Zugriffsrechte für eine hohe Anzahl von Personen oder Stellen vorgesehen sind. Diese Datenverarbeitungsbefugnisse sind spiegelbildlich zu dem in § 9 Absatz 3 niedergelegten Zugriffs- und Rollenmodell ausgestaltet. Auf die dortige Begründung wird daher verwiesen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit. Sofern die abrufende Person im Rahmen eines Beschäftigungs- oder Dienstverhältnisses auf das Online-Portal der Zentralen Stelle nach § 9 zugreift, liegt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit dabei grundsätzlich bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber beziehungsweise beim Dienstherrn. Die Regelung, dass im Falle der Betrauung mit einer Funktion oder Entsendung von Personen in ein Gremium die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit bei der betrauenden beziehungsweise entsendenden Stelle liegt, ist notwendig, da diesen Fällen nicht zwingend ein Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis zugrunde liegen muss. Dies betrifft zum Beispiel die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte oder auch zum Teil die Mitglieder des Beirats der Zentralen Stelle nach § 9.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt, dass die Speicherung der Daten in dem Online-Portal für die dort genannten Zwecke für einen Zeitraum von sechs Jahre erfolgen darf. Hintergrund ist, dass die Qualitätssicherung häufig längere Zeiträume abdecken muss,

um statistische Ungenauigkeiten zu vermeiden und aussagekräftige Quervergleiche zu ermöglichen. Die Speicherdauer ist vor dem Hintergrund vertretbar, dass die personenbezogenen Daten grundsätzlich pseudonymisiert sind und das Risiko einer Verknüpfung mit der betroffenen Person dadurch minimiert wird. Folgerichtig sind die gespeicherten Daten über einen Zeitraum von sechs Jahren aufzubewahren und grundsätzlich erst sechs Jahre nach der Speicherung zu löschen, sofern nicht ausnahmsweise einer der weiteren ausdrücklich genannten Gründe für eine Aufbewahrung vorliegt. Da die Zentrale Stelle zur Qualitätssicherung aufgrund verspäteter Datenübermittlung bzw. späterem Erhalt mit ihren Aufgaben erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt als der Datenerhebung beginnen kann, beginnt die Aufbewahrungsfrist erst mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Aufzeichnung erfolgte. Weitere Ausführungen dazu finden sich auch bei der Begründung zu § 53 Absatz 6.

Zu § 59

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält einen neuen Bußgeldtatbestand. Demnach können sowohl die grob fahrlässige als auch die vorsätzliche Nichtmitwirkung an der Qualitätssicherung als Ordnungswidrigkeit verfolgt werden. Die einzelnen bußgeldbewehrten Pflichtverstöße werden in Nummer 1 bis 3 aufgezählt. Mit dieser Regelung wird die Bedeutung der Qualitätssicherung für die Weiterentwicklung der Notfallmedizin unterstrichen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der Fassung des bisherigen § 33 Absatz 1. Allerdings wurde der bisherige Absatz 1 Nr. 3b gestrichen, da aufgrund des Wegfalls des grundsätzlichen Beförderungsverbot außerhalb des in der Genehmigungsurkunde für den Krankentransport festgesetzten Betriebsbereiches für diesen Ordnungswidrigkeitentatbestand keine Notwendigkeit mehr besteht.

Neu eingefügt wurde zudem ein Bußgeldtatbestand für den Fall, dass das Leitstellenvermittlungsentgelt nicht oder nicht vollständig innerhalb der in § 11 Absatz 5 genannten Frist an die empfangsberechtigte Leitstelle abgeführt wird.

Nachdem das Erfordernis des Wegstreckenzählers weggefallen ist, konnte auch die entsprechende Ordnungswidrigkeit (bisher Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe c) gestrichen werden. Dies führte zur Angleichung der nachfolgenden Nummerierung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen der Fassung des bisherigen § 33 Absatz 2. Angepasst wurden aber die Verweise, mit denen verschiedene Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes und der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr (BOKraft) für anwendbar erklärt werden.

Zu § 60

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt fest, dass der Landesausschuss für den Rettungsdienst eine landesweite Begutachtung nach § 8 Absatz 2 Satz 4 veranlasst. Die neuen – an den spezifischen medizinischen Erfordernissen bestimmter Notfallbilder orientierten – Vorgaben in § 6 Absatz 1 und 2, die durch weitere Regelungen im Rettungsdienstplan ergänzt werden, stellen einen Paradigmenwechsel in der Planung und Bemessung der Vorhaltungen in der Notfallrettung dar. Daher ist es zielführend, die rettungsdienstlichen Strukturen landesweit und nicht nur lokal zu begutachten. Unter Berücksichtigung der erwartbaren Zeitläufe des Erlasses eines neuen Rettungsdienstplans, der Auswahl und Beauftragung einer Gutachterin oder eines

Gutachters sowie der Erstellung des Gutachtens wurde das Enddatum des Umsetzungszeitraums auf den 31. Dezember 2030 festgelegt. Satz 3 stellt klar, dass die Aufgaben der Bereichsausschüsse in der Zwischenzeit, also bis zur landesweiten Begutachtung, unberührt bleiben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt einen Umsetzungszeitraum für die Implementierung des digitalen Versorgungsnachweises mit dem Enddatum 31. Dezember 2025 fest.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt einen zweistufigen Umsetzungszeitraum für die Einführung des Telenotärztlichen Systems fest. Zum einen soll die Umsetzung in den pilotierenden telenotärztlichen Zentralen und den jeweils angeschlossenen Rettungsdienstbereichen bis zum 31. Dezember 2025 erfolgen. In einem zweiten Schritt soll die landesweite Umsetzung bis zum 31. Dezember 2030 folgen.

Zu § 61

§ 61 regelt das Inkrafttreten und das Außerkrafttreten.

Gesetz zur Neufassung des Rettungsdienstgesetzes**Liste der Anhörungsbeteiligten:**

ADAC-Luftrettung gGmbH
AOK Baden-Württemberg (AOK)
Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e. V. (ASB)
Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (AGSWN)
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) e. V.
Bergwacht Schwarzwald e. V.
BKK Landesverband Süd (BKK)
Bundeswehr, Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Landesverband Südwest
DLRG Landesverband Baden e. V.
DLRG Landesverband Württemberg e. V.
DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG (DRF)
DRK-Landesverband Baden-Württemberg e. V.
DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V.
Gemeindetag Baden-Württemberg e. V.
IG Privater Rettungsdienst Baden-Württemberg e. V. (IGPR)
IKK Classic (IKK)
Johanniter-Unfallhilfe e. V. – Landesverband Baden-Württemberg (JUH)
Knappschaft Bahn See (KBS)
Landesärztekammer Baden-Württemberg
Landesfeuerwehrverband Baden-Württemberg e. V.
Landkreistag Baden-Württemberg e. V.

Malteser-Hilfsdienst gGmbH (MHD)
Regierungspräsidium Freiburg
Regierungspräsidium Karlsruhe
Regierungspräsidium Stuttgart
Regierungspräsidium Tübingen
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Städtetag Baden-Württemberg e. V.
Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW)
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesverband Baden-Württemberg
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Landesbezirk Baden-Württemberg