

**Verordnung des Innenministeriums über die Planung und Durchführung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg  
(Rettungsdienstplanverordnung Baden-Württemberg – RDPlanVO)**

Vom TT. Monat JJJJ

Aufgrund von § 5 Absatz 2 Satz 2, § 6 Absatz 4, § 9 Absatz 1 Satz 2, § 11 Absatz 9 Satz 3, § 22 Absatz 2 Satz 1, § 24 Absatz 2 Satz 2 und § 30 Absatz 2 Satz 2 des Rettungsdienstgesetzes vom 25. Juli 2024 (GBI. 2024 Nr. 66) wird im Benehmen mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst verordnet:

**INHALTSÜBERSICHT**

**Teil 1**

**Grundsätze des Rettungsdienstes**

§ 1 Rolle und Funktion des Rettungsdienstes

§ 2 Rettungskette

§ 3 Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit anderen Stellen, anderen Ländern und dem Ausland

**Teil 2**

**Planung des Rettungsdienstes**

§ 4 Notfallkategorien

§ 5 Grundsätze der Planung

§ 6 Weitere Zeiten im Einsatzablauf

§ 7 Landesweite Planung

**Teil 3**

**Organisationsstruktur des Rettungsdienstes**

## Abschnitt 1: Organisation auf Landesebene

§ 8 Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst

§ 9 Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen

§ 10 Landesweites Qualitätssicherungssystem

## Abschnitt 2: Organisation auf lokaler Ebene

§ 11 Rettungsdienstbereiche

§ 12 Bereichsausschuss

§ 13 Planung auf Bereichsebene

§ 14 Bereichsplan

§ 15 Vorhalteerweiterungen der bodengebundenen Notfallrettung

## Teil 4

### Integrierte Leitstellen

#### Abschnitt 1: Grundsätzliches

§ 16 Organisation der Integrierten Leitstellen

§ 17 Personelle Ausstattung der Integrierten Leitstellen

§ 18 Technische Ausstattung der Integrierten Leitstellen

§ 19 Beirat der Integrierten Leitstellen

§ 20 Kostenverteilung bei den Integrierten Leitstellen

§ 21 Leitstellenentgelt

#### Abschnitt 2: Dispositionsgrundsätze

§ 22 Disposition von Rettungsmitteln

§ 23 Geeignete Rettungsmittel

§ 24 Disposition in der Notfallrettung

§ 25 Disposition im Krankentransport

Abschnitt 3: Besondere Leitstellen

§ 26 Besondere Leitstellen

§ 27 Oberleitstelle Baden-Württemberg

§ 28 Aufgaben der Oberleitstelle Baden-Württemberg

§ 29 Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

§ 30 Weitere Aufgaben und Erreichbarkeit der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

§ 31 Personelle Besetzung der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

Abschnitt 4: Telenotärztliches System

§ 32 Einsatz des Telenotärztlichen Systems

§ 33 Technische Ausstattung des Telenotärztlichen Systems

§ 34 Telenotärztinnen und Telenotärzte

§ 35 Benutzungsentgelt und Kosten des Telenotärztlichen Systems

Teil 5

Bodengebundener Rettungsdienst

Abschnitt 1: Rettungsmittel und Einrichtungen des bodengebundenen Rettungsdienstes

§ 36 Rettungsmittel im bodengebundenen Rettungsdienst

§ 37 Einsatzindikation der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes

§ 38 Einsatz besonders eingerichteter Transportrettungsmittel

§ 39 Transportvorhaltungen Dritter und deren Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst

§ 40 Bauliche Ausführungen von Rettungswachen

Abschnitt 2: Besetzung der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes

§ 41 Grundsatz der personellen Ausstattung des Rettungsdienstes

§ 42 Fortbildungspflicht des Rettungsdienstpersonals

§ 43 Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als zur Betreuung und Versorgung verantwortliche Person auf dem Rettungswagen

§ 44 Kosten des Einsatzes der Notärztinnen und Notärzte

Teil 6

Luftrettung

Abschnitt 1: Grundsätzliches

§ 45 Luftrettungsdienst

§ 46 Einsatzindikation der Rettungsmittel des Luftrettungsdienstes

Abschnitt 2: Einrichtungen und Personal der Luftrettung

§ 47 Luftrettungsstationen

§ 48 Standorte der Luftrettungsmittel

§ 49 Personelle Ausstattung des Luftrettungsdienstes

Teil 7

Sonderrettungsdienste

Abschnitt 1: Berg-Rettungsdienst

§ 50 Grundsätze des Berg-Rettungsdienstes

§ 51 Einsatzindikation des Berg-Rettungsdienstes

§ 52 Einrichtungen des Berg-Rettungsdienstes

§ 53 Personelle Ausstattung des Berg-Rettungsdienstes

Abschnitt 2: Wasser-Rettungsdienst

§ 54 Grundsätze des Wasser-Rettungsdienstes

§ 55 Einsatzindikation des Wasser-Rettungsdienstes

§ 56 Einrichtungen des Wasser-Rettungsdienstes

§ 57 Personelle Ausstattung des Wasser-Rettungsdienstes

Teil 8

Großschadensereignis

Abschnitt 1: Planung für ein Großschadensereignis

§ 58 Planerische Vorkehrungen des Bereichsausschusses für ein  
Großschadensereignis

§ 59 Planerische Vorkehrungen der Integrierten Leitstelle für ein  
Großschadensereignis

## Abschnitt 2: Besondere Beteiligte bei Großschadensereignissen

### Erster Unterabschnitt: Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte

§ 60 Aufgaben der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes bei Vorliegen eines Großschadensereignisses

§ 61 Bestellung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

§ 62 Pflichten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

§ 63 Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

### Zweiter Unterabschnitt: Organisatorische Leitung Rettungsdienst

§ 64 Aufgaben der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst bei Vorliegen eines Großschadensereignisses

§ 65 Qualifikation und Tätigkeit der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst

Dritter Unterabschnitt: Zusammenarbeit der besonderen Beteiligten bei Großschadensereignissen mit anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben

§ 66 Unterstützung durch Fachberatung und Sonderrettungsdienste

§ 67 Einsatz der besonderen Beteiligten bei Einsätzen nach dem Feuerwehrgesetz und nach dem Landeskatastrophenschutzgesetz

## Teil 9

### Genehmigungsverfahren für Notfallrettung und Krankentransport

#### Abschnitt 1: Grundsätzliches

§ 68 Genehmigungspflicht zum Betrieb von Notfallrettung und Krankentransport

§ 69 Ausnahmen von der Genehmigungspflicht zum Betrieb von Notfallrettung und Krankentransport

## Abschnitt 2: Genehmigungsvoraussetzungen

§ 70 Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes

§ 71 Zuverlässigkeit

§ 72 Fachliche Eignung

§ 73 Information des Bereichsausschusses

## Teil 10

### Ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme

§ 74 Helfer-vor-Ort-Systeme

§ 75 Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer

## Teil 11

### Schlussvorschrift

§ 76 Inkrafttreten

Anlage 1 Notfallkategorien Baden-Württemberg

Anlage 2 Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen  
Notfallrettung

Anlage 3 Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche

Anlage 4 Qualifizierung von Leitstellenpersonal für die Tätigkeit in Integrierten  
Leitstellen

Anlage 5 Landeseinheitlicher Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg

Anlage 6 Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-  
Württemberg

## Teil 1

### Grundsätze des Rettungsdienstes

#### § 1

##### Rolle und Funktion des Rettungsdienstes

(1) Der Rettungsdienst ist Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und der Akut- und Notfallversorgung.

(2) Die Akut- und Notfallversorgung besteht aus der ambulanten Versorgung einschließlich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der stationären Versorgung einschließlich der Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen und dem Rettungsdienst. Bei der Erfüllung seiner Aufgabe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes nach § 1 Absatz 1 des Rettungsdienstgesetzes (RDG) hat der Rettungsdienst mit den anderen Versorgungssektoren abgestimmt zusammenzuarbeiten. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sind zu nutzen.

(3) Die Notfallrettung nach § 1 Absatz 2 RDG dient der Abwendung von Lebensgefahr oder Gesundheitsgefahr bei Patientinnen und Patienten, wenn eine rasche Intervention vor Ort oder in einer Versorgungseinrichtung erforderlich oder dies zu erwarten ist. Sie ist im Gegensatz zur ambulanten oder stationären Versorgung nicht auf eine abschließende Behandlung ausgerichtet. Ziel ist die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls ein Transport unter fachgerechter Betreuung und die Übergabe in einen anderen geeigneten Versorgungssektor. Zur Notfallrettung nach § 1 Absatz 2 RDG gehören auch folgende Leistungen, die landesweit bedarfsgerecht sicherzustellen sind:

1. die Durchführung von Sekundäreinsätzen einschließlich Intensivtransporten ohne innerklinische Transporte und Auslandsrückholungen sowie
2. im Einzelfall Transporte von Medikamenten, Blut, Organen, medizinischen Geräten und ähnlichem, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden.

(4) Der Krankentransport nach § 1 Absatz 3 RDG dient dem Transport der Patientinnen und Patienten in, aus und zwischen den in Absatz 2 genannten und weiteren Versorgungssektoren. Die Leistungsträger des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG haben nach § 1 Absatz 1 RDG

einen subsidiären Sicherstellungsauftrag für den Krankentransport, soweit die bedarfsgerechte Versorgung nicht anderweitig gewährleistet ist.

## § 2

### Rettungskette

(1) Der Rettungsdienst ist Teil der Rettungskette. Die Rettungskette beschreibt bei Notfällen mit akuter vitaler Bedrohung den Ablauf und das Ineinandergreifen der Hilfeleistungen von den Ersthelferinnen und Ersthelfern über den Rettungsdienst bis zur Weiterbehandlung in der geeigneten Versorgungseinrichtung. Sie hat zum Ziel, unverzüglich die Erste Hilfe am Notfallort und eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Entscheidend ist hierfür, zunächst die Vitalfunktionen der Verletzten oder Erkrankten am Notfallort wiederherzustellen oder zu stabilisieren. Sofern erforderlich, werden sie anschließend unter fachgerechter Betreuung mit einem geeigneten Rettungsmittel schnellstmöglich zur geeigneten nächstgelegenen Versorgungseinrichtung transportiert.

(2) Glieder der Rettungskette und deren Aufgaben sind

1. Laienersthelferinnen und Laienersthelfer: Absicherung, lebensrettende Sofortmaßnahmen und Notruf,
2. Integrierte Leitstellen: Notrufannahme und Notrufabfrage, Disposition der indikationsgerechten Rettungsmittel, Anleitung zu Maßnahmen der Ersten Hilfe, insbesondere zur Reanimation und Alarmierung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern und Helfer-vor-Ort-Systemen (ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme),
3. ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme: Erstversorgung bei bestimmten Zustandsbildern,
4. Notfallrettung: Vor-Ort-Versorgung sowie gegebenenfalls Transport und strukturierte Übergabe in die angesichts der Erkrankung oder Verletzung für die weitere Versorgung geeignete nächstgelegene Versorgungseinrichtung,
5. Versorgungseinrichtungen: Aufnahme und Weiterbehandlung.

(3) Gibt es Versorgungseinrichtungen, die fachplanerisch oder durch Zertifizierung besonders für die Behandlung spezieller Erkrankungs- oder Verletzungsbilder

geeignet sind, sind die entsprechend Verletzten oder Erkrankten grundsätzlich unmittelbar in diese zu transportieren. Die Krankentransport-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz Nr. 18, S. 1342), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 19. September 2024 (BAnz AT 16.12.2024 B3) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

(4) Der Rettungsdienst ist auf Landes- und auf Bereichsebene darauf auszurichten, dass die Glieder der Rettungskette möglichst digital und lückenlos ineinandergreifen.

### § 3

#### Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit anderen Stellen, anderen Ländern und dem Ausland

(1) Die Integrierte Leitstelle fordert in Abstimmung mit den vor Ort befindlichen Einsatzkräften des Rettungsdienstes die Hilfeleistung anderer Stellen und Organisationen an. Im Bedarfsfall sind über die Integrierte Leitstelle die Kräfte des Katastrophenschutzes bei den zuständigen Katastrophenschutzbehörden anzufordern. Die technische Hilfe ist über die Integrierte Leitstelle bei der Feuerwehr anzufordern.

(2) Das Land Baden-Württemberg hat im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Rettungsdienst folgende Vereinbarungen mit ausländischen Gebietskörperschaften geschlossen:

1. Vereinbarung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Rettungsdienste Elsass/Baden-Württemberg zwischen dem Préfekt de la Région Alsace, Préfekt du Bas-Rhin, dem Direktor der Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace, dem Direktor der Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Alsace und den Regierungspräsidien Karlsruhe und Freiburg und
2. Vereinbarung zwischen dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Landratsamt Waldshut, Kaiserstraße 110, 79761 Waldshut-Tiengen und dem Kanton Schaffhausen, vertreten durch das Departement des Inneren unter Einbeziehung des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Waldshut, 79761 Waldshut-Tiengen, Fullerstraße 2 und dem Kantonsspital Schaffhausen, CH-8208 Schaffhausen über einen grenzüberschreitenden Rettungsdienst für die Gemeinden Schleitheim und Beggingen.

(3) Örtliche Absprachen und Vereinbarungen über die Durchführung des grenzüberschreitenden oder länderübergreifenden Rettungsdienstes sind den Regierungspräsidien, dem Innenministerium und dem Landesausschuss für den Rettungsdienst zur Kenntnis zu geben.

(4) In den Bereichsplänen sind Art und Umfang der Zusammenarbeit niederzulegen. Insbesondere sind Ausführungen zur gegenseitigen Einbindung der Vorhaltungen und der Versorgungsstrukturen zu machen. Sofern eine Zusammenarbeit nach Absatz 2 und 3 erfolgt, ist die dazu durchgeführte Abstimmung mit benachbarten Ländern oder Staaten darzulegen.

## Teil 2

### Planung des Rettungsdienstes

#### § 4

##### Notfallkategorien

(1) Im Sinne des § 6 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 RDG und dieser Verordnung bezeichnen

1. „Notfallkategorie 1“ Notfalleinsätze, bei denen

- a) akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden und
- b) eine Interventionsmöglichkeit am Einsatzort besteht oder aufgrund von besonderen Einsatzlagen wie Brand- oder polizeilichen Lagen die Erforderlichkeit nach Buchstabe a zu erwarten gewesen wäre, aber kein Patientenkontakt stattgefunden hat;

2. „Notfallkategorie 2“ Notfalleinsätze, bei denen

- a) akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden,
- b) nur eine eingeschränkte Interventionsmöglichkeit am Einsatzort besteht und
- c) die Lebens- oder Gesundheitsgefahr in erster Linie durch eine Intervention in einer geeigneten Versorgungseinrichtung abgewendet werden kann;

3. „Notfallkategorie 3“ sonstige Notfalleinsätze, insbesondere bei
  - a) Krankheitsbildern oder Verletzungsmustern mit zeitnah erforderlicher Therapie und nicht ausschließbarer Gefahr gesundheitlicher Schäden,
  - b) Krankheitsbildern oder Verletzungsmustern mit einer fortschreitenden Verschlechterung eines bestehenden medizinischen Problems oder
  - c) psychiatrischen Ausnahmezuständen oder akuten psychiatrischen Erkrankungen;
4. „Notfallkategorie 4“ Einsätze, bei denen bei einer retrospektiven Betrachtung keine Indikation für die Notfallrettung bestand;
5. „Notfallkategorie 5“ Einsätze, bei denen eine Zuordnung wegen unvollständiger oder fehlerhafter Daten nicht möglich ist;
6. „dringliche Sekundäreinsätze“ Verlegungen von Patientinnen und Patienten zwischen zwei Krankenhäusern, die eine der Stufen oder eines der Module nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BArz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. November 2020 (BArz AT 24.12.2020 B2) geändert worden sind, erfüllen, sofern diese Verlegungen unter Inanspruchnahme der angeordneten Sonder- und Wegerechte mindestens eines der an der Verlegung beteiligten Fahrzeuge auf der Anfahrt zum abgebenden Krankenhaus durchgeführt werden; wenn sich das aufnehmende Krankenhaus im Ausland befindet und die Anfahrt zum abgebenden Krankenhaus unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten erfolgt, bedarf es der Erfüllung der genannten Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das aufnehmende Krankenhaus nicht.

(2) Die Zuordnung der Einsätze zu den Notfallkategorien ergibt sich aus Anlage 1 zu dieser Verordnung. Diese wird im Rahmen der Qualitätssicherung in regelmäßigen Abständen überprüft.

## § 5

### Grundsätze der Planung

(1) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Rettungswagen ist als Zielerreichung für Primäreinsätze bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen

1. eine Eintreffzeit von zwölf Minuten in 95 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 1 eingestuften Einsätze,
2. eine Prähospitalzeit von 60 Minuten in 80 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 2 eingestuften Einsätze sowie
3. eine Eintreffzeit von 30 Minuten in 80 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 3 eingestuften Einsätze.

(2) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Notarzteinsatzfahrzeugen ist als Zielerreichung für Primäreinsätze eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 80 Prozent der Einsätze unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen.

(3) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeugen bei dringlichen Sekundäreinsätzen ist als Zielerreichung eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 80 Prozent der Einsätze bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen.

(4) Die Planung erfolgt nach den Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen Notfallrettung nach Anlage 2 zu dieser Verordnung. Diese enthalten

1. die Planungsmethodik,
2. die Grundgesamtheit,
3. die Berechnung und
4. die Plausibilitätskriterien

hinsichtlich der Eintreffzeit bei Primäreinsätzen des Rettungswagens, der Eintreffzeit bei Primäreinsätzen des Notarzteinsatzfahrzeuges, der Prähospitalzeit bei Primäreinsätzen des Rettungswagens sowie der Eintreffzeit des Rettungswagens bei dringlichen Sekundäreinsätzen.

## § 6 Weitere Zeiten im Einsatzablauf

(1) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeugen sind insbesondere Gesprächsannahmezeit, Erstbearbeitungszeit, Ausrückzeit, Fahrzeit, Versorgungszeit und Transportzeit durch die Integrierte Leitstelle zu dokumentieren und vom jeweiligen Bereichsausschuss zu evaluieren und soweit möglich planerisch zu optimieren.

(2) Die Zeit zwischen Anrufaufschaltzeitpunkt und Gesprächsbeginn (Gesprächsannahmezeit) darf für die einzelne Integrierte Leitstelle bei 90 Prozent aller über eine Notrufleitung eingehenden Gespräche nicht mehr als 15 Sekunden betragen. Die Zeit von der Alarmierung des Rettungsmittels durch die Integrierte Leitstelle bis zu seinem Ausrücken (Ausrückzeit) darf bei initial unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten alarmierten Einsätzen für den einzelnen Standort bei Rettungswagen im Median nicht mehr als 60 Sekunden und bei Notarzteinsatzfahrzeugen im Median nicht mehr als 90 Sekunden betragen.

(3) Werden die Vorgaben nach Absatz 2 bezogen auf ein Kalenderjahr im Rettungsdienstbereich nicht erreicht, sind konkrete Optimierungsmaßnahmen zu planen und umzusetzen. Die Aufsichtsbehörden nach den §§ 47 und 48 RDG sind über die Optimierungsmaßnahmen zu unterrichten. Hierbei sind die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen.

## § 7 Landesweite Planung

Eine landesweite Begutachtung nach § 8 Absatz 2 Satz 4, § 60 Absatz 1 Satz 1 RDG gibt die Anzahl und die Suchräume für die Standorte der Rettungswachen und Notarztstandorte sowie ihren Vorhalteumfang vor. Diese beruht auf den in den §§ 4 bis 6 vorgesehenen Fristen und Zielerreichungsgraden. Dabei sind einsatztaktische Gesichtspunkte wie die Lage im Straßenverkehrsnetz, die Lage im Schwerpunkt des Einsatzaufkommens und topografische Grenzen wie insbesondere Täler oder Flüsse

zu berücksichtigen. Die Versorgungsbereiche der Rettungswachen und Notarztstandorte sind in der landesweiten Begutachtung bereichsübergreifend vorzusehen.

Teil 3  
Organisationsstruktur des Rettungsdienstes  
Abschnitt 1  
Organisation auf Landesebene

§ 8  
Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst legt nach § 8 Absatz 2 Satz 2 RDG Vorgaben für den Rettungsdienst fest. Diese Vorgaben und die Ergebnisprotokolle werden auf der Internetseite des Innenministeriums (<https://im.baden-wuerttemberg.de>) veröffentlicht. Soweit sie personenbezogene Daten oder Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthalten, sind diese vor der Veröffentlichung zu anonymisieren.

§ 9  
Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen

(1) Es wird eine Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen gebildet. Den Vorsitz führt eine Vertreterin oder ein Vertreter des Innenministeriums. Der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen gehören daneben eine jeweils gleiche Anzahl von Vertreterinnen und Vertretern der Kosten- und Leistungsträger an, wobei jeder Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG mindestens einen Sitz erhält. Darüber hinaus gehören der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V., der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg SQR-BW als zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 RDG, des Sozialministeriums, der Landes-Behindertenbeauftragten sowie der kommunalen Landesverbände an. Die Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen oder das Innenministerium kann weitere sachkundige Personen bis auf Weiteres oder für einzelne Sitzungen als Gäste berufen.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen bereitet die Beschlüsse des Landesausschusses für den Rettungsdienst vor. Sie kann Unterarbeitsgruppen

bilden und diese mit der Vorbereitung von Beschlüssen und anderen Angelegenheiten beauftragen.

## § 10

### Landesweites Qualitätssicherungssystem

(1) Die Kosten- und Leistungsträger im Rettungsdienst haben ein landesweites Qualitätssicherungssystem eingerichtet, dessen Kernelement die SQR-BW ist. Die SQR-BW unterstützt als zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 RDG alle Beteiligten am Rettungsdienst bei deren Aufgabe, die Qualität im Rettungsdienst zu sichern und weiterzuentwickeln. Wesentliche Aufgabe der SQR-BW ist die regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität des Rettungsdienstes auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren, um Qualitätsdefizite zu erkennen und die Beteiligten hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung zu beraten. Die Beteiligten am Rettungsdienst wirken mit, um die Aufgabenerfüllung der SQR-BW zu gewährleisten. Dies umfasst auch die Mitwirkung am Verfahren des Gestuften Dialoges einschließlich der Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Rahmen des festgelegten Qualitätssicherungsverfahrens.

(2) Grundlage des Qualitätssicherungssystems im Rettungsdienst ist die digitale Dokumentation und Übermittlung qualitätsrelevanter Daten durch die Beteiligten am Rettungsdienst nach den durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen, landesweit einheitlichen Datensätzen, die auf der Internetseite der SQR-BW ([www.sqr-bw.de](http://www.sqr-bw.de)) abgerufen werden können. Dazu gehören neben den Daten der Integrierten Leitstellen auch die Daten aller Rettungsmittel der Notfallrettung. Hierfür stellen die Beteiligten am Rettungsdienst und die Integrierten Leitstellen der SQR-BW je einen einheitlichen vollständigen Datensatz zur Verfügung. Dieser enthält auch die Daten zu Art, Organisation, Standort und Anzahl rettungsdienstlicher Vorhaltungen sowie deren Betriebszeiten innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals zur Verfügung.

(3) Der jeweils beschlossene, landesweit einheitliche Datensatz nach Absatz 2 ist von den Beteiligten am Rettungsdienst und den Integrierten Leitstellen unverzüglich, spätestens aber sechs Monate nach dem Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst in die Dokumentations- und Einsatzleitsysteme zu integrieren.

(4) Im Übrigen gelten die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst zu den Zielen, der Struktur und den Aufgaben der SQR-BW beschlossene Rahmenkonzeption sowie die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst

beschlossenen weiteren Qualitätskriterien und Umsetzungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst in den jeweils geltenden Fassungen.

## Abschnitt 2

### Organisation auf lokaler Ebene

#### § 11

##### Rettungsdienstbereiche

(1) Die geografische Ausdehnung der Rettungsdienstbereiche nach § 6 Absatz 4 Satz 4 Nummer 5 RDG ergibt sich aus Anlage 3 zu dieser Verordnung.

(2) Die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG können die Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes innerhalb der Rettungsdienstbereiche weisungsgebunden an ihre Untergliederungen übertragen oder führen diesen selbst durch. Die Leistungsträger haben sicherzustellen, dass die Untergliederungen das Rettungsdienstgesetz, diese Verordnung sowie die Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst einhalten.

#### § 12

##### Bereichsausschuss

(1) Auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche sind die Kostenträger und die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 bis 3 RDG im Bereichsausschuss nach § 10 RDG gemeinsam für die Planung und Gestaltung des Rettungsdienstes verantwortlich.

(2) Die Zuteilung eines stimmberechtigten Sitzes im Bereichsausschuss erfolgt auf schriftlichen oder elektronischen Antrag. Dieser ist an die in § 10 Absatz 2 Satz 6 und 7 RDG genannten Personen zu richten. Innerhalb der Gruppe der Kosten- oder Leistungsträger ist die Aufteilung von Stimmrechten in Form von alternierenden Sitzen zulässig, jedoch höchstens auf drei Parteien pro Sitz.

(3) Beratende Mitglieder haben bis auf das Stimmrecht sämtliche Rechte der stimmberechtigten Mitglieder. Dazu gehört das Recht, rechtzeitig und gleichzeitig mit den stimmberechtigten Mitgliedern Zugang zu allen den Bereichsausschuss betreffenden Informationen, insbesondere zu Gutachten einschließlich der Kostenberechnungen, Protokolle, Umlaufbeschlüsse und Vereinbarungen, zu erhalten.

(4) Die privaten Unternehmen im Krankentransport haben im Rahmen ihrer Mitwirkung im Rettungsdienstbereich ein Anhörungsrecht im Bereichsausschuss.

### § 13 Planung auf Bereichsebene

(1) Der Bereichsausschuss hat bei seiner lokalen Umsetzungsplanung die Vorgaben aus der landesweiten Begutachtung nach § 7 zu beachten. Dabei sind die weiteren Zeiten im Einsatzablauf nach § 6 und wirtschaftliche Gesichtspunkte wie die Anbindung an ein Krankenhaus oder an bestehende Einrichtungen insbesondere der Feuerwehr zusätzlich zu berücksichtigen. Die praktische Umsetzung der bereichsübergreifenden Versorgungsbereiche obliegt den jeweils betroffenen Bereichsausschüssen.

(2) Der Bereichsausschuss hat die örtliche Verteilung von Rettungswachen und Notarztstandorten jährlich zu überprüfen, sobald die lokale Umsetzungsplanung nach Absatz 1 abgeschlossen ist. Dabei hat er insbesondere zu beachten, dass die in den §§ 4 bis 6 vorgesehenen Fristen und Zielerreichungsgrade eingehalten werden. Dies kann auch durch standortunabhängige Rettungsmittel in Verbindung mit einer dynamischen Gebietsabdeckungsstrategie erreicht werden.

(3) Bestehende selbstfahrende notärztliche Systeme sind vom Bereichsausschuss jährlich zu überprüfen und bis spätestens 31. Dezember 2027 bei weiterbestehendem Bedarf in eine Regelversorgung zu überführen.

### § 14 Bereichsplan

(1) Der Bereichsplan nach § 6 Absatz 6 Satz 1 RDG enthält neben der Festlegung der notwendigen Strukturen von Rettungswachen und Notarztstandorten auch die Rettungswachen der bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBI. S. 413, 418). Er enthält zudem die den Standorten jeweils zugeordneten Rettungsmittel.

(2) In den Bereichsplan sind nachrichtlich aufzunehmen

1. die Betriebszeiten der Krankentransportwagen,

2. die Vorhaltungen besonders eingerichteter Transportrettungsmittel nach § 38,
3. die Transportvorhaltungen Dritter nach § 39,
4. die bedarfsgerechten, notwendigen Einrichtungen und Vorhaltungen der Sonderrettungsdienste,
5. die Vorhaltungen des Luftrettungsdienstes sowie
6. die Dienstorganisation der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte sowie der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst.

(3) In den Bereichsplänen sind zudem Art und Umfang der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit niederzulegen. Insbesondere sind Ausführungen zur bereichsübergreifenden Einbindung der Vorhaltungen und der Versorgungsstrukturen zu machen. Die durchgeführte Abstimmung mit den benachbarten Rettungsdienstbereichen ist darzulegen.

## § 15

### Vorhalteerweiterungen der bodengebundenen Notfallrettung

- (1) Vorhalteerweiterungen haben nach den §§ 4 bis 7 zu erfolgen.
- (2) Der Bereichsausschuss legt für Vorhalteerweiterungen in der bodengebundenen Notfallrettung im Bereichsplan Umsetzungszeiträume fest. Diese sind unter Beachtung der zur Umsetzung erforderlichen Maßnahmen so kurz wie möglich anzusetzen. Die zeitliche Ausweitung der Betriebszeit eines vorhandenen Rettungsmittels oder die Bereitstellung eines weiteren Rettungsmittels an einem bestehenden Standort ist möglichst innerhalb von drei Monaten, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten umzusetzen, wenn der Standort für die Umsetzung nicht weiter ertüchtigt werden muss. Die bauliche Ertüchtigung eines bestehenden Standortes soll möglichst innerhalb von 18 Monaten, der Bau eines neuen Standortes innerhalb von 30 Monaten erfolgen.
- (3) Sobald der Bereichsplan mit der Vorhalteerweiterung genehmigt ist, hat der Bereichsausschuss ein schriftliches oder elektronisches Auswahlverfahren durchzuführen. Er muss dafür Sorge tragen, dass alle Leistungsträger des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG beteiligt werden und innerhalb von fünf Werktagen Kenntnis erlangen. Das Auswahlverfahren

einschließlich der Entscheidung über die Trägerschaft für die Vorhalteerweiterung ist durch Beschluss innerhalb von drei Monaten abzuschließen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst kann Hinweise für die Durchführung des Auswahlverfahrens und die Auswahlkriterien erarbeiten.

(4) Der Leistungsträger, der die neue Vorhaltung betreiben soll, legt dem Bereichsausschuss unverzüglich nach dem Beschluss nach Absatz 3 Satz 3 einen Umsetzungszeitplan vor und informiert ihn regelmäßig über den Stand der Umsetzung.

(5) Hat der Leistungsträger nach Absatz 4 bei neuen Vorhaltungen nach Absatz 2 Satz 4 aus baulichen Gründen begründete Zweifel an einer Umsetzung innerhalb der vorgegebenen Zeit von 18 oder 30 Monaten, so hat er dies unverzüglich mitzuteilen, in seinem Umsetzungsplan aufzuführen und zu begründen. Er muss zudem darlegen, welche Übergangslösungen im konkreten Fall möglich und wirtschaftlich sind.

(6) Für Übergangslösungen gelten folgende Grundsätze:

1. der Bereichsausschuss muss Übergangslösungen beschließen, wenn die Vorhalteerweiterungen ansonsten nicht innerhalb der in Absatz 2 Satz 4 vorgegebenen Zeit umgesetzt werden können und so eine erheblich schnellere Umsetzung erreicht werden kann,
2. stehen mehrere geeignete Übergangslösungen zur Auswahl, ist diejenige anzustreben, welche die geringsten Kosten verursacht,
3. Übergangslösungen sind grundsätzlich zeitlich zu befristen; der Bereichsausschuss prüft vor Ablauf der Befristung, ob die Übergangslösung verlängert, durch eine dauerhafte Einrichtung abgelöst oder in eine dauerhafte Einrichtung überführt werden kann; der Leistungsträger nach Absatz 4 zeigt dem Bereichsausschuss an, wenn die Ablösung einer Übergangslösung vor Ablauf der Befristung möglich ist,
4. sofern als Übergangslösung eine Kooperationsvereinbarung mit anderen Stellen nach § 3 Absatz 3 Satz 2 RDG abgeschlossen wird, soll diese aus wirtschaftlichen Gründen für mindestens vier Jahre vereinbart werden; sofern Fremdpersonal eingesetzt wird, prüft der Bereichsausschuss die Erforderlichkeit halbjährlich auf der Grundlage des Berichtes des Leistungsträgers nach Absatz 4,

5. Übergangslösungen können auch eingerichtet werden, wenn es am bevorzugten Standort kein geeignetes Grundstück gibt; sofern absehbar ist, dass auch in Zukunft kein Grundstück verfügbar ist, ist zu prüfen, ob die Vorhalteerweiterung alternativ an einem anderen Standort realisiert werden kann,
6. die Kosten der Übergangslösungen sind Kosten des Rettungsdienstes.

(7) Übergangslösungen sind auch zu prüfen, wenn es sich im Nachhinein ergibt, dass es dem Leistungsträger nach Absatz 4 aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, die Vorhalteerweiterung innerhalb der in Absatz 2 Satz 4 vorgegebenen Zeit umzusetzen. Absatz 5 (Mitteilungspflicht des umsetzenden Leistungsträgers bei Zweifeln) gilt entsprechend.

(8) Ist es dem Leistungsträger nach Absatz 4 trotz der Prüfung von Übergangslösungen nicht möglich, die Vorhaltung in den im Bereichsplan genannten Zeiträumen umzusetzen, hat er dies unverzüglich dem Bereichsausschuss mitzuteilen und zu begründen. Der Bereichsausschuss hat in eigener Zuständigkeit geeignete Maßnahmen für eine schnellstmögliche Umsetzung zu ergreifen. Ist die mangelnde Umsetzbarkeit in der fehlenden Leistungsfähigkeit des Leistungsträgers nach Absatz 4 begründet oder von ihm in sonstiger Weise zu vertreten, kann der Bereichsausschuss beschließen, ein neues Auswahlverfahren durchzuführen.

(9) Kommt es bei einer bestehenden Vorhaltung eines Leistungsträgers des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 3 Absatz 1 bis 3 RDG innerhalb eines halben Jahres zu einem Ausfall von insgesamt mindestens 10 Prozent der Vorhaltestunden, so prüft der Bereichsausschuss, ob ein neues Auswahlverfahren durchgeführt werden muss. Dies gilt nicht, wenn der Leistungsträger den Ausfall nicht zu vertreten hat. Bei der Berechnung des Schichtausfalles bleiben bei Vorhalteerweiterungen die jeweils im Bereichsplan festgesetzten Umsetzungszeiträume nach Absatz 2 außer Betracht. Das gilt auch für Übergangslösungen.

Teil 4  
Integrierte Leitstellen  
Abschnitt 1  
Grundsätzliches

§ 16  
Organisation der Integrierten Leitstellen

(1) In jedem Rettungsdienstbereich ist höchstens eine Integrierte Leitstelle zu betreiben. Die Bildung bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen ist anzustreben. Bei anstehenden erheblichen Investitionen in einer Integrierten Leitstelle ist dies regelhaft zu prüfen, insbesondere wenn eine ständige personelle Besetzung mit zwei Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten in einer Integrierten Leitstelle rund um die Uhr nicht bedarfsgerecht oder unwirtschaftlich ist.

(2) Für den Bereich des Rettungsdienstes wird die Integrierte Leitstelle von dem im Rettungsdienstbereich jeweils leistungsstärksten Leistungsträger im bodengebundenen Rettungsdienst nach § 3 Absatz 1 RDG errichtet und betrieben. Die übrigen im Rettungsdienstbereich tätigen Leistungsträger im bodengebundenen Rettungsdienst nach § 3 Absatz 1 RDG werden am Betrieb angemessen beteiligt, sofern sie dies wünschen.

(3) Jede Integrierte Leitstelle greift für eine regionale Übersicht über die Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser auf den digitalen Versorgungsnachweis nach § 11 Absatz 6 RDG zu.

(4) Der Träger nach Absatz 2 legt gegenüber den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern bedarfsspezifisch monatlich für alle Einsätze im Rettungsdienstbereich folgende Leitstellendaten offen:

1. fortlaufende Auftragsnummer,
2. Angabe, ob Notfallrettung oder Krankentransport,
3. Einsatzstichwort,
4. Angaben zur Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten,
5. Angabe, ob Infektionstransport,

6. durchführender Leistungserbringer,
7. Rettungsmitteltyp nach § 15 RDG,
8. Funkrufname des Rettungsmittels,
9. Einsatzort oder Einsatzteilort,
10. Zielort oder Zielteilort, gegebenenfalls Zielkrankenhaus, sowie
11. die Einsatzzeiten
  - a) Meldungseingang oder Terminzeit,
  - b) Alarmierungszeit,
  - c) Status 3 Einsatzübernahme,
  - d) Status 4 Einsatzort,
  - e) Status 7 einsatzgebunden,
  - f) Status 8 bedingt verfügbar und
  - g) Einsatzende.

Die Daten werden auf Anfrage auch den Aufsichtsbehörden nach den §§ 47 und 48 RDG übermittelt. Die Weitergabe der Leitstellendaten erfolgt in digital verarbeitungsfähiger Form.

(5) Jede Integrierte Leitstelle ist im Digitalfunk für die Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben taktische Betriebsstelle. Sie übernimmt die entsprechenden operativen Aufgaben und gewährt fernmeldetaktische Unterstützung für die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes.

## § 17

### Personelle Ausstattung der Integrierten Leitstellen

(1) Die erforderliche Qualifikation des Leitstellenpersonals ergibt sich aus Anlage 4 zu dieser Verordnung.

(2) Jede Integrierte Leitstelle muss während ihrer Betriebszeit gleichzeitig mit mindestens zwei Personen besetzt sein, die nach Absatz 1 als Leitstellendisponentin oder Leitstellendisponent qualifiziert sind. Beide müssen in der Integrierten Leitstelle aktiv im Dienst sein, insbesondere Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sind nicht zulässig. Die darüberhinausgehende bedarfsgerechte personelle Besetzung der Integrierten Leitstelle muss ebenfalls über eine Qualifikation nach Absatz 1 verfügen. Das Leitstellenpersonal kann für die Bearbeitung von Notrufen und anderen Hilfeersuchen grundsätzlich auch von einem anderen Ort aus arbeiten, wenn die dafür erforderlichen technischen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen festgelegt und schriftlich vereinbart sind. Dabei darf höchstens 30 Prozent des gesamten im Dienst befindlichen bedarfsgerechten Leitstellenpersonals von einem anderen Ort aus arbeiten.

(3) Es ist organisatorisch sicherzustellen, dass im Bedarfsfall, insbesondere bei einem Großschadensereignis, eine Verstärkung durch Personal mit einer Qualifikation nach Absatz 1 erfolgt.

(4) Von den Vorgaben nach Absatz 2 und 3 kann im Einzelfall und zeitlich begrenzt mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde nach § 48 RDG abgewichen werden.

(5) Das Innenministerium kann Ausnahmen von den Vorgaben zur Qualifikation nach Absatz 1 zulassen, sofern landesweite Erfordernisse dafür vorliegen. Dies gilt insbesondere, wenn ein neues landesweites Konzept der Qualifizierung für die Tätigkeit des Personals in den Integrierten Leitstellen vorliegt.

(6) Die Integrierten Leitstellen haben die Fortbildung des Leitstellenpersonals nach § 16 Absatz 3 RDG eigenständig sicherzustellen. Die Fortbildung muss mindestens acht Stunden Praxis in Form von Training oder Simulation beinhalten. Sie umfasst insbesondere

1. die aktuellen Anforderungen an die Notrufabfrage einschließlich technischer Entwicklungen in diesem Bereich und die Bearbeitung von an den Rettungsdienst gerichteten Hilfeersuchen,

2. die telefonische Unterstützung der Hilfesuchenden bei der Durchführung von Erstmaßnahmen und Erste-Hilfe-Maßnahmen einschließlich Reanimationsmaßnahmen,
3. die Disposition des Rettungsdienstes einschließlich der Luftrettung, der Sonderrettungsdienste und des Krankentransportes,
4. die landesweiten Regelungen wie Indikationskataloge und Dispositionsgrundsätze sowie
5. Kenntnisse über die Organisationsstruktur im Digitalfunk der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben und dessen Nutzung sowie die Aufgaben der Integrierten Leitstelle im Digitalfunkbetrieb.

Das Innenministerium kann weitere Vorgaben zu den Inhalten der Fortbildung machen.

## § 18

### Technische Ausstattung der Integrierten Leitstellen

(1) Jede Integrierte Leitstelle verfügt über ein digitales Kommunikations- und Einsatzleitsystem, das so ausgestaltet sein muss, dass eingehende Notrufe und Notfallmeldungen unverzüglich bearbeitet und die entsprechenden Rettungsmittel unverzüglich alarmiert werden können. Jeder Notfall wird ohne zeitlichen Verzug und auf möglichst einfache Weise gemeldet, abgearbeitet oder gegebenenfalls weitergeleitet. Hierzu ist eine landesweit einheitliche softwaregestützte Notrufabfragesystematik vorzusehen. Die wechselseitige digitale Einsatzübergabe zwischen den Integrierten Leitstellen ist sicherzustellen.

(2) Sofern für einzelne rettungsdienstliche Aufgaben zentrale Server- und Softwaresysteme landesweit bereitgestellt werden, sind diese Einrichtungen des Rettungsdienstes.

(3) Die Integrierten Leitstellen verarbeiten Standortdaten zur Positionsbestimmung von Anrufenden bei Nutzung einer Notrufnummer.

(4) Die Integrierten Leitstellen sind mit einem Informationssystem zur georeferenzierten Disposition ausgestattet. Dabei müssen mindestens die Rettungsmittel der benachbarten Rettungsdienstbereiche einbezogen werden. Die in

Satz 1 und 2 genannten Informationen sind in die Rettungsmittelvorschläge der Einsatzleitsysteme zu integrieren. Grundlage ist die durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossene landesweite und einheitliche Parametrierung für die georeferenzierte Disposition der bodengebundenen Rettungsmittel und Luftrettungsmittel wie beispielsweise Fahrgeschwindigkeiten und Rüstzeiten, die auf der Internetseite des Innenministeriums (<https://im.baden-wuerttemberg.de>) abgerufen werden können.

(5) Für die Annahme von Krankentransportanforderungen halten die Integrierten Leitstellen zusätzlich die Servicetelefonnummer 19222 bereit.

(6) Zum Zweck der wechselseitigen digitalen Fallübergabe ist eine Vernetzung zwischen dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Integrierten Leitstellen anzustreben. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist jederzeit über die bundesweite Bereitschaftsdiensttelefonnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigung zu erreichen. Seine Vermittlung ist nicht Aufgabe des Rettungsdienstes oder der Integrierten Leitstellen.

## § 19 Beirat der Integrierten Leitstellen

(1) Der Träger nach § 16 Absatz 2 richtet für den Bereich des Rettungsdienstes einen Beirat ein.

(2) Dem Beirat gehören alle rettungsdienstlichen Leistungserbringer des Rettungsdienstbereiches an. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist zudem eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt mit beratender Stimme zu beteiligen. Die Aufsichtsbehörde nach § 48 RDG nimmt als Guest an den Beiratssitzungen teil.

(3) Der Beirat wird mindestens zweimal jährlich vom Träger nach § 16 Absatz 2 oder auf Antrag von zwei Leistungserbringern oder auf Antrag der Aufsichtsbehörde nach § 48 RDG schriftlich oder elektronisch einberufen. Die Einladung und notwendige Unterlagen sind allen Teilnehmenden spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.

(4) Der Beirat ist vom Träger nach § 16 Absatz 2 über alle grundsätzlichen Angelegenheiten der Integrierten Leitstelle zu informieren. Der Beirat kann Maßnahmen beschließen, soweit diese den Bereich des Rettungsdienstes betreffen. Kostenrelevante Maßnahmen können nur mit Zustimmung des Bereichsausschusses

beschlossen werden. Bei Kostenrelevanz für den kommunalen Träger bedarf es auch dessen Beteiligung.

## § 20 Kostenverteilung bei den Integrierten Leitstellen

Bei Integrierten Leitstellen ist wegen der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung sowohl bei den Investitionskosten als auch bei den Betriebskosten eine hälftige Kostenteilung zwischen den Trägern nach § 12 Absatz 1 RDG grundsätzlich sachgerecht. Bei Sachkosten, welche sich ausschließlich der Aufgabenwahrnehmung eines der Träger nach § 12 Absatz 1 RDG zuordnen lassen, erfolgt keine Kostenteilung.

## § 21 Leitstellenentgelt

(1) Bei der Erhebung des Entgeltes nach § 11 Absatz 5 RDG (Leitstellenentgelt) für die Vermittlung von Einsätzen in Notfallrettung und Krankentransport gelten folgende Grundsätze:

1. die Integrierten Leitstellen berechnen dem Leistungserbringer, der den Transport durchführt, für jeden Transport einer Patientin oder eines Patienten mit dem Krankentransportwagen, dem Rettungswagen, dem Notarztwagen oder dem Luftrettungsmittel sowie, sofern er im Rahmen eines Primäreinsatzes einen Transport durchführt, dem Intensivtransportwagen ein Leitstellenentgelt,
2. wird bei einem Einsatz kein Transport durchgeführt, wird für diesen Einsatz auch kein Leitstellenentgelt berechnet; dies gilt auch für Einsätze der Sonderrettungsdienste,
3. das Leitstellenentgelt berechnet diejenige Integrierte Leitstelle, aus deren originärem Zuständigkeitsbereich das Rettungsmittel stammt,
4. für die Alarmierung eines Notarzteinsatzfahrzeuges sowie die Alarmierung von Telenotärztinnen und Telenotärzten wird kein Leitstellenentgelt berechnet.

(2) Der Träger nach § 16 Absatz 2 ermittelt das Leitstellenentgelt auf der Grundlage der Personal-, Sach- und Investitionskosten, der Kostenaufteilung zwischen den beteiligten Trägern nach der vertraglichen Vereinbarung der Leitstellenträger nach

§ 12 Absatz 1 RDG (Trägerschaftsvereinbarung) und, falls vorgesehen, der Ausgleichsregelungen von Über- oder Unterdeckungen. Bei der Ermittlung soll die Abschreibung von Investitionskosten der Integrierten Leitstellen landesweit einheitlich erfolgen. Kosten und Einnahmen, die aufgrund der Wahrnehmung weiterer Aufgaben nach § 11 Absatz 8 RDG entstehen, werden vor der Verteilung von den Gesamtkosten abgesetzt. Die Anzahl der nach Absatz 1 Nummer 1 vermittelten Einsätze des Vorjahres bildet als Teiler der so ermittelten Gesamtkosten die Grundlage für die Festsetzung des Leitstellenentgeltes. Zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Träger nach § 16 Absatz 2 die Ermittlung den Kostenträgern auf Anforderung zur Verfügung zu stellen und Auskünfte hierzu zu erteilen.

(3) Der Träger nach § 16 Absatz 2 stellt im jeweiligen Bereichsausschuss einen Antrag auf Festsetzung des Leitstellenentgeltes.

(4) Der Bereichsausschuss legt das Leitstellenentgelt auf der Grundlage der ermittelten Kosten jährlich für jede Integrierte Leitstelle gesondert fest. Es ist stets die individuelle Kostensituation im jeweiligen Rettungsdienstbereich maßgebend.

(5) Bei einer Anrufung der Schiedsstelle nach § 11 Absatz 5 Satz 5 und § 43 Absatz 5 RDG durch den Träger der Integrierten Leitstelle oder die Kostenträger als Antragsteller müssen die einzelnen Kostenfaktoren detailliert begründet werden.

(6) Die Kosten für die Durchführung der Aufgaben der Oberleitstelle Baden-Württemberg nach § 28 Absatz 1 Nummer 1 werden im Umlageverfahren durch die Leitstellenentgelte der Integrierten Leitstellen refinanziert. Die Kosten werden hierzu zwischen dem Träger der Oberleitstelle Baden-Württemberg und den Kostenträgern auf Landesebene vereinbart. Die Finanzierung der Kosten für die Durchführung von Aufgaben nach § 28 Absatz 1 Nummer 2 ist zwischen dem Träger der Oberleitstelle Baden-Württemberg und dem Innenministerium zu vereinbaren.

## Abschnitt 2

### Dispositionsgrundsätze

#### § 22

##### Disposition von Rettungsmitteln

(1) Rettungsmittel dürfen indikationsgerecht nur für Leistungen eingesetzt werden, die nach dem Rettungsdienstgesetz Aufgaben des Rettungsdienstes sind. Sie dürfen

insbesondere nicht für Sanitätsdienste, präventive Absicherungen, nicht medizinische Hilfeleistungen oder Schlüsselzuführungen im Rahmen von Hausnotrufdienstleistungen eingesetzt werden.

(2) Die Integrierte Leitstelle vergibt für jeden rettungsdienstlichen Einsatz ein Einsatzstichwort aus dem landeseinheitlichen Einsatzstichwortkatalog. Das Einsatzstichwort enthält neben dem eigentlichen Stichwort auch die zu disponierenden Rettungsmittel und die Dringlichkeit. Es gelten folgende Dringlichkeiten:

1. Dringlichkeit 1: sofort, entsprechend Notfallkategorie 1,
2. Dringlichkeit 2: sofort, entsprechend Notfallkategorie 2,
3. Dringlichkeit 3P: Notfalleinsätze mit Priorität aufgrund besonderer Gefahren oder Umgebungsbedingungen sowie dringliche Sekundäreinsätze, entsprechend Notfallkategorie 3 und § 5 Absatz 3,
4. Dringlichkeit 3: Notfalleinsätze, entsprechend Notfallkategorie 3,
5. Dringlichkeit 4: Krankentransport oder Verlegung, möglichst mit einer Eintreffzeit bis 60 Minuten,
6. Dringlichkeit 5: Krankentransport oder Verlegung, möglichst mit einer Eintreffzeit bis 120 Minuten,
7. Dringlichkeit 6: vorbestellte Terminfahrt,
8. Dringlichkeit 7: frei disponibel ohne Zeitangabe.

Die Dringlichkeiten 1, 2, 3P und 3 entsprechen den auf Grundlage der Notrufabfrage angenommenen Notfallkategorien 1, 2 und 3 nach § 4 Absatz 1.

## § 23

### Geeignete Rettungsmittel

(1) Das geeignete Rettungsmittel wird unter Berücksichtigung der Einsatzindikation des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 37 und des Luftrettungsdienstes nach § 46 festgelegt.

(2) Grundsätzlich geeignet sind nur solche Rettungsmittel, deren Verfügbarkeit im Einklang mit dem Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), das zuletzt durch Artikel 52 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. I Nr. 323, S. 24) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung und dem Tarifvertrag steht.

(3) In der Notfallrettung kann ein Rettungsmittel nach Dienstzeitende nur im Ausnahmefall zur Erstversorgung eingesetzt werden, wenn bei Einsätzen der Notfallkategorie 1 ein medizinisch relevanter Zeitvorteil erreicht werden kann.

(4) Sofern der Bereichsausschuss für die bodengebundenen Rettungsmittel der Notfallrettung eine Pausenregelung festgelegt hat, ist diese von der Integrierten Leitstelle umzusetzen. In der Notfallrettung kann die Pause für Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2 unterbrochen werden, wenn in der gebotenen Zeit kein anderes geeignetes Rettungsmittel verfügbar ist.

## § 24

### Disposition in der Notfallrettung

(1) Die Integrierten Leitstellen disponieren die nach den §§ 37 und 46 indikationsgerecht am Meldebild orientierten geeigneten Rettungsmittel. In geeigneten Fällen alarmieren die Integrierten Leitstellen zudem ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme nach den §§ 74 und 75. In den Fällen des § 75 Absatz 4 Satz 1 und 2 haben die Integrierten Leitstellen zudem zu prüfen, ob weitere Einsatzmittel des Rettungsdienstes oder anderer Organisationen zu Erstmaßnahmen zu alarmieren sind.

(2) Für Einsätze, bei denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden, ist bei der Disposition eine möglichst kurze Eintreff- oder Prähospitalzeit zu beachten. Bei diesen Einsätzen ist auf Basis eines georeferenzierten Einsatzmittelvorschlages der Rettungswagen zu disponieren, der den Notfallort am schnellsten erreicht. Im begründeten Einzelfall kann von diesem Einsatzmittelvorschlag abgewichen werden. Für Einsätze, bei denen die Prähospitalzeit maßgebend ist, ist frühzeitig auch die Luftrettung zu disponieren, wenn eine Prähospitalzeit von 60 Minuten voraussichtlich bodengebunden nicht eingehalten werden kann und die Luftrettung die Prähospitalzeit deutlich reduziert.

(3) Bei Vorliegen einer Notarztindikation nach Anlage 5 zu dieser Verordnung ist auf Basis eines georeferenzierten Einsatzmittelvorschlages das notärztlich besetzte

Rettungsmittel zu disponieren, das die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten am schnellsten erreicht. Im begründeten Einzelfall kann von diesem Einsatzmittelvorschlag abgewichen werden.

(4) Die Integrierten Leitstellen haben die geeigneten, bodengebundenen Rettungsmittel bereichsübergreifend zu disponieren. Die Alarmierung erfolgt im Einvernehmen mit der für das angeforderte Rettungsmittel zuständigen Integrierten Leitstelle. Das Einvernehmen kann nur bei Vorliegen eines besonderen Grundes versagt werden. Ein solcher Grund liegt beispielsweise vor, wenn das Rettungsmittel im Moment der Anfrage zur Lagebewältigung im eigenen Rettungsdienstbereich zwingend erforderlich ist.

(5) Bei Vorliegen einer Indikation für einen Primäreinsatz der Luftrettung nach § 46 Absatz 2 oder 3 ist auf Basis eines georeferenzierten Einsatzmittelvorschlages das Luftrettungsmittel zu disponieren, das den Notfallort am schnellsten erreicht. Dies gilt auch für bereichsübergreifende Einsätze. Die Integrierten Leitstellen übermitteln die Einsatzdaten und Zusatzinformationen über den Voralarm direkt an das Luftrettungsmittel.

(6) Liegen die Voraussetzungen von Absatz 2 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 nicht vor, ist die Dispositionentscheidung unter Berücksichtigung von § 23, der Eintreffzeit, der Einsatzmittelbindung und der Gebietsabdeckung zu treffen.

(7) Sofern eine entsprechende Indikation vorliegt, kommen ergänzend Rettungsmittel der Sonderrettungsdienste, besonders eingerichtete Transportrettungsmittel nach § 38 und Transportvorhaltungen Dritter nach § 39 zum Einsatz.

(8) Krankentransportwagen können im Einzelfall die Notfallrettung unterstützen oder zur Durchführung von Erstmaßnahmen eingesetzt werden, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich erscheint.

## § 25

### Disposition im Krankentransport

(1) Bei der Disposition im Krankentransport ist grundsätzlich der unter logistischen und wirtschaftlichen Aspekten am besten geeignete Krankentransportwagen einzusetzen. Wünscht sich die Patientin oder der Patient einen bestimmten Leistungserbringer, soll dies möglichst berücksichtigt werden. Vereinbarungen

zwischen Leistungserbringern im Krankentransport, Krankenhäusern oder sonstigen Versorgungseinrichtungen und den Integrierten Leitstellen sind nicht zulässig.

(2) Die Integrierten Leitstellen stellen in ihrem Zuständigkeitsbereich bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 11 Absatz 3 RDG sicher, dass alle Leistungserbringer gleichbehandelt werden.

(3) Zur Vermeidung von Leerfahrten und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit haben sich die Integrierten Leitstellen gegenseitig bei Krankentransporten zu unterstützen. Insbesondere bei Krankentransporten in andere Rettungsdienstbereiche haben Absprachen zu erfolgen.

### Abschnitt 3 Besondere Leitstellen

#### § 26 Besondere Leitstellen

(1) Nach § 11 Absatz 9 Satz 1 RDG hat das Innenministerium die Einrichtung folgender besonderer Leitstellen festgelegt:

1. Oberleitstelle Baden-Württemberg und
2. Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg.

(2) Das Innenministerium übt die Fachaufsicht über diese aus.

#### § 27 Oberleitstelle Baden-Württemberg

(1) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg übernimmt auf Anforderung der jeweiligen Integrierten Leitstelle bei besonderen Einsatzlagen die Unterstützung und Koordinierung der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg. Ihre Trägerschaft ist dem Deutschen Roten Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e. V. übertragen.

(2) Die Oberleitstelle ist in der Integrierten Leitstelle Stuttgart eingerichtet und über diese rund um die Uhr erreichbar.

## § 28

### Aufgaben der Oberleitstelle Baden-Württemberg

(1) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg hat folgende Aufgaben:

1. Unterstützung der Integrierten Leitstellen bei der Bewältigung von besonderen Einsatzlagen und
2. Wahrnehmung weiterer Aufgaben im Einzelfall auf Anordnung des Innenministeriums.

(2) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg arbeitet zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit folgenden Organisationen und Stellen zusammen:

1. Lagezentrum der Landesregierung Baden-Württemberg,
2. Integrierte Leitstellen,
3. Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg,
4. Telenotärztliche Zentralen,
5. Feuerwehren,
6. Landesleitungen der Hilfsorganisationen im Rettungsdienst und im Katastrophenschutz,
7. Polizei,
8. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
9. Krankenhäuser,
10. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,
11. Landesärztekammer,
12. Katastrophenschutzbehörden und

13. weitere zur Aufgabenwahrnehmung erforderliche Stellen und Kräfte.

(3) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg ist auf Landesebene Verbindungsstelle insbesondere zu folgenden Organisationen und Stellen:

1. Technisches Hilfswerk,
2. Bundeswehr,
3. Luftrettungsbetreiber und ihre Alarmzentralen,
4. Leitstelle des Such- und Rettungsdienstes der Bundeswehr in Münster,
5. Zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg) und
6. Oberleitstellen oder vergleichbare Einrichtungen anderer Länder.

(4) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg führt eine landesweite Übersicht einschließlich der Erreichbarkeiten der jeweiligen Verantwortlichen über

1. grundsätzlich verfügbares Rettungsdienstpersonal,
2. bodengebundene Rettungsmittel,
3. Luftrettungsmittel des Luftrettungsdienstes und der Bundeswehr,
4. Reservefahrzeuge,
5. Schnelleinsatzgruppen,
6. Einheiten des Katastrophenschutzdienstes,
7. zusätzliche Einsatzstrukturen der Hilfsorganisationen mit Sicherheitsaufgaben und
8. zusätzliches Sanitätsmaterial.

(5) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg greift für eine landesweite Übersicht über die Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser auf den digitalen Versorgungsnachweis nach § 11 Absatz 6 RDG zu.

(6) Die Oberleitstelle Baden-Württemberg nimmt besondere überregionale Hilfeanforderungen entgegen, bearbeitet sie und koordiniert die bedarfsgerechte und bereichsübergreifende Alarmierung, Disposition und Heranführung sowie Alarmierung und Einbindung von

1. qualifiziertem Rettungsdienstpersonal,
2. bodengebundenen Rettungsmitteln,
3. Luftrettungsmitteln,
4. Rettungsmitteln der Sonderrettungsdienste,
5. Schnelleinsatzgruppen,
6. Sanitätsmaterial, insbesondere auch Gegengiften, und
7. Krankenhäusern.

## § 29

### Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

(1) Die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg übernimmt im Rahmen der ihr zur Verfügung stehenden Rettungsmittel die Koordinierung und Disposition aller boden- und luftgebundenen Intensivtransporte sowie aller luftgebundenen Sekundäreinsätze. Dabei hat sich die Disposition an medizinisch notwendigen Kriterien zu orientieren. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist im Sinne eines Auslastungsmanagements zu berücksichtigen. Im Bedarfsfall erfolgt hierbei eine länderübergreifende Zusammenarbeit.

(2) Im Übrigen gelten die Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg nach Anlage 6 zu dieser Verordnung.

## § 30

### Weitere Aufgaben und Erreichbarkeit der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

(1) Die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg hat folgende weitere Aufgaben:

1. Unterstützung der Oberleitstelle Baden-Württemberg und im Bedarfsfall der Integrierten Leitstellen bei Großschadensereignissen oder besonderen Einsatzlagen,
2. Unterstützung bei länderübergreifenden Verlegungen in Absprache mit dem Innenministerium und den koordinierenden Leitstellen der anderen Länder,
3. Bereitstellung einer ärztlichen Beratung als Ansprechperson mit Entscheidungsbefugnis für die verantwortliche Disponentin oder den verantwortlichen Disponenten der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte in medizinischen Fragen hinsichtlich des Transportes werktags von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr und
4. Dokumentation aller Einsätze und Übermittlung nach aktueller Leitstellendatensatzbeschreibung an die SQR-BW.

(2) Die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg ist rund um die Uhr erreichbar.

## § 31

### Personelle Besetzung der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

(1) Die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg ist mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter oder mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten mit der Zusatzausbildung eines von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. zertifizierten Intensivtransportkurses besetzt (Disponentin oder Disponent der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte).

(2) Die Disponentin oder der Disponent der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte hat an einer Fortbildung nach § 16 Absatz 3 RDG teilzunehmen.

§ 42 Absatz 1 (Sicherstellung der Fortbildung durch den jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Fortbildungsinhalt) gilt entsprechend.

## Abschnitt 4 Telenotärztliches System

### § 32 Einsatz des Telenotärztlichen Systems

(1) Das Telenotärztliche System steht rund um die Uhr zur Verfügung.

(2) Das Telenotärztliche System kommt in folgenden Fällen zum Einsatz:

1. beim Primäreinsatz, wenn bei einem Notfall aus der Sicht des vor Ort befindlichen Rettungsdienstpersonals
  - a) notärztliche Expertise oder Entscheidungsbefugnis erforderlich ist, es aber keiner manuellen notärztlichen Maßnahmen in der präklinischen Versorgung bedarf, oder
  - b) eine Indikation für ein notärztlich besetztes Rettungsmittel vorliegt und eine überbrückende Unterstützung durch das Telenotärztliche System bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes vor Ort sinnvoll ist, oder
  - c) eine sonstige ärztliche Beratung oder Unterstützung erforderlich ist und
2. beim ärztlich begleiteten Sekundäreinsatz, wenn keine manuellen notärztlichen Maßnahmen erforderlich oder zu erwarten sind.

### § 33 Technische Ausstattung des Telenotärztlichen Systems

- (1) In allen Telenotärztlichen Zentralen wird eine landesweit einheitliche Technik und Software verwendet, die an einem zentralen Standort errichtet und betrieben wird.
- (2) Die Ausfallsicherheit und Unterstützung bei hohem Einsatzaufkommen wird durch eine technische Vernetzung der Telenotärztlichen Zentralen sichergestellt.

(3) Die Rettungswagen und das Rettungsdienstpersonal erhalten eine entsprechende telemedizinische Ausstattung.

### § 34 Telenotärztinnen und Telenotärzte

(1) Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen neben ihrer Tätigkeit in der Telenotärztlichen Zentrale grundsätzlich auch regelmäßig als Notärztin oder Notarzt auf einem notärztlich besetzten Rettungsmittel tätig sein.

(2) § 44 (Kosten des Einsatzes der Notärztinnen und Notärzte) gilt entsprechend.

### § 35 Benutzungsentgelt und Kosten des Telenotärztlichen Systems

(1) Für die Leistung der Telenotärztlichen Zentralen sowie der Telenotärztinnen und Telenotärzte wird ein Benutzungsentgelt zwischen dem Träger der Telenotärztlichen Zentralen und den Kostenträgern vereinbart. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst kann ein Kalkulationsblatt für die Ermittlung des Benutzungsentgeltes für die Telenotärztlichen Zentralen sowie die Telenotärztinnen und Telenotärzte vorgeben.

(2) Die Kosten der telemedizinischen Ausstattung der Rettungswagen und des Rettungsdienstpersonals stellen Kosten des Rettungsdienstes dar. Die Kosten werden gesondert ermittelt und durch das Benutzungsentgelt des Rettungswagens erlöst.

## Teil 5 Boden gebundener Rettungsdienst Abschnitt 1

Rettungsmittel und Einrichtungen des bodengebundenen Rettungsdienstes

### § 36 Rettungsmittel im bodengebundenen Rettungsdienst

(1) Der bodengebundene Rettungsdienst ist rund um die Uhr zu gewährleisten.  
(2) Er verwendet folgende Rettungsmittel:

1. Rettungswagen nach DIN EN 1789 Typ C, gegebenenfalls mit telemedizinischer Ausrüstung,
2. Notarzteinsatzfahrzeug nach DIN 75079,
3. Krankentransportwagen nach DIN EN 1789 Typ A2,
4. besonders eingerichtete Transportrettungsmittel nach § 38.

Zudem können in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst Transportvorhaltungen Dritter nach § 39 zum Einsatz kommen.

(3) Rettungswagen und notärztlich besetzte Rettungsmittel haben eine landesweit einheitliche Mindestausstattung, die dem Stand der Medizin und Technik entspricht. Die jeweils aktuelle Vorgabe kann auf der Internetseite des Innenministeriums (<https://im.baden-wuerttemberg.de>) abgerufen werden.

(4) Ein Rettungswagen wird zu einem Notarztwagen, sobald er mit einer Notärztin oder einem Notarzt besetzt ist. Kann ein Notarzteinsatzfahrzeug nicht ordnungsgemäß besetzt werden, so kann im Einzelfall ein Notarztwagen zum Einsatz kommen. Die planerische Vorhaltung von Notarztwagen ist nicht zulässig.

(5) Berg- und Wasser-Rettungsdienst bleiben von den Vorgaben nach Absatz 2 und 3 unberührt.

### § 37

#### Einsatzindikation der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes

(1) Bei Vorliegen eines Notfalls nach § 1 Absatz 2 RDG und § 1 Absatz 3 ist grundsätzlich ein Rettungswagen zu disponieren. Er ist insbesondere einzusetzen, wenn aufgrund der Notfallmeldung davon auszugehen ist, dass

1. eine vitale Gefährdung vorliegt,
2. schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden sind,
3. die personelle und sächliche Ausstattung eines Rettungswagens erforderlich ist oder

4. die Erforderlichkeit nach den Nummern 1 bis 3 zu erwarten ist.

(2) Das Notarzteinsatzfahrzeug dient dem schnellen Heranführen der Notärztin oder des Notarztes an den Notfallort, wenn nach Anlage 5 zu dieser Verordnung eine Notärztin oder ein Notarzt erforderlich ist oder durch ein vor Ort befindliches Rettungsmittel nachgefordert wird. Das Notarzteinsatzfahrzeug trifft mit dem Rettungswagen am Notfallort zusammen.

(3) Der Krankentransportwagen dient dem Transport von anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen nach § 1 Absatz 3 Satz 1 RDG, die keine Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind, sowie einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen die Erforderlichkeit aufgrund des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Der Krankentransport dient auch dazu, die Übertragung schwerer, übertragbarer Krankheiten durch die Patientinnen oder Patienten zu vermeiden.

### § 38

#### Einsatz besonders eingerichteter Transportrettungsmittel

(1) Der Intensivtransportwagen nach DIN 75076 dient der Durchführung von Sekundäreinsätzen zur Beförderung von intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patientinnen und Patienten, die während des Transportes durch eine geeignete Notärztin oder einen geeigneten Notarzt und Fachpersonal mit entsprechender Qualifikation betreut werden müssen. Für die Durchführung des Transportes und die personelle Besetzung gelten die Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg nach Anlage 6 zu dieser Verordnung.

(2) Zum Transport von schwergewichtigen Patientinnen und Patienten ist in jedem Rettungsdienstbereich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mindestens ein Schwerlast-Rettungswagen oder Schwerlast-Krankentransportwagen für Notfallrettung und Krankentransport vorzuhalten. Die Vorhaltung kann abweichend von Satz 1 im Einzelfall bereichsübergreifend erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ausreichend ist.

## § 39

### Transportvorhaltungen Dritter und deren Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst

(1) Das Sozialministerium hat als zuständige Behörde des Landes nach § 30 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Sorge dafür zu tragen, dass für Absonderungen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 IfSG das notwendige Transportmittel zur Verfügung steht. Für Transporte nach Satz 1 stellt es einen Infektionsrettungswagen (I-RTW) für den landesweiten Einsatz zur Verfügung. Der Rettungsdienst führt diese Transporte durch. Der Infektionsrettungswagen kann auch für weitere Aufgaben genutzt werden, sofern sichergestellt ist, dass er bei Bedarf für Fälle nach Satz 2 zur Verfügung steht.

(2) Perinatalzentren Level 1, die im Notfall Früh- und Reifegeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums versorgen, transportieren diese mittels mobiler Intensiveinheit auf Grundlage der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgebornen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz. S. 15 684), zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 (BAnz AT 20.01.2025 B4) in der jeweils geltenden Fassung. Die Vorhaltung der mobilen Intensiveinheit einschließlich Personal erfolgt durch die Perinatalzentren Level 1. Für den Transport von mobilen Intensiveinheiten einschließlich des Personals der Perinatalzentren Level 1 ist der Rettungsdienst im Rahmen seiner Aufgaben zuständig. Dafür können Rettungswagen oder besonders eingerichtete Fahrzeuge wie Baby-Notarztwagen zum Einsatz kommen. Die Bereitstellung der Rettungswagen ist Aufgabe des Rettungsdienstes. Die notwendigen Absprachen, insbesondere hinsichtlich der Kompatibilität der mobilen Intensiveinheit mit den Rettungswagen, sind von den jeweiligen Bereichsausschüssen mit den Perinatalzentren Level 1 zu treffen.

## § 40

### Bauliche Ausführungen von Rettungswachen

Hinsichtlich der baulichen Ausführung von Rettungswachen mit und ohne notärztliche Vorhaltung gilt die Anlage (Planungsgrundlagen für bauliche Anlagen des Rettungsdienstes) zur VwV Förderung Rettungsdienst vom 11. August 2022 (GABI. S. 719) in der jeweils geltenden Fassung, welche keine zwingende bauliche Vorgabe darstellt. Im Übrigen sind die allgemein anerkannten Regeln der Technik zu beachten.

## Abschnitt 2

### Besetzung der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes

#### § 41

##### Grundsatz der personellen Ausstattung des Rettungsdienstes

Jedes Rettungsmittel und jede Einrichtung des bodengebundenen Rettungsdienstes ist mit geeignetem Personal zu besetzen, sodass sämtliche Aufgaben erfüllt werden können und insbesondere die fachgerechte Versorgung und Beförderung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen gewährleistet ist.

#### § 42

##### Fortbildungspflicht des Rettungsdienstpersonals

(1) Die Leistungsträger und die Leistungserbringer haben die Fortbildung ihres Personals nach § 16 Absatz 3 RDG sicherzustellen. Die Fortbildung muss mindestens acht Stunden Praxis in Form von Training oder Simulation beinhalten. Der Fortbildungsinhalt hat sich am Einsatzbereich zu orientieren.

(2) Notärztinnen und Notärzte bilden sich im Rahmen ihrer allgemeinen Fortbildungspflicht selbstständig fort. Auf die ärztliche Fortbildungspflicht nach § 4 Absatz 1 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die auf der Internetseite der Landesärztekammer Baden-Württemberg ([www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de)) abgerufen werden kann, wird hingewiesen. Die Leistungsträger können auch Fortbildungen unter Einbeziehung des im Rettungsdienst mitwirkenden ärztlichen Personals anbieten.

#### § 43

##### Einsatz von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als zur Betreuung und Versorgung verantwortliche Person auf dem Rettungswagen

Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die bis spätestens 31. Dezember 2025 ihr aktives Arbeitsleben beenden, dürfen bis zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der Einzelfallregelung des § 16 Absatz 1 Satz 3 RDG zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten auf dem Rettungswagen eingesetzt werden.

## § 44

### Kosten des Einsatzes der Notärztinnen und Notärzte

- (1) Die durch den Einsatz der Notärztin oder des Notarztes entstehenden Kosten sind Gegenstand der Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Bei einer notwendigen Einbindung niedergelassener oder freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte ist auf Ebene des Bereichsausschusses eine den regionalen Gegebenheiten angepasste Vergütung zu vereinbaren. In die Vereinbarungen sind die Verpflichtungen zur Beachtung des Rettungsdienstgesetzes, dieser Verordnung sowie der Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst, die Mitwirkung an der Qualitätssicherung sowie eine Vertragsstrafenregelung, die bei Nichtbeachtung der Verpflichtung fällig wird, aufzunehmen.

## Teil 6

### Luftrettung

#### Abschnitt 1

#### Grundsätzliches

## § 45

### Luftrettungsdienst

- (1) Der Luftrettungsdienst unterstützt den bodengebundenen Rettungsdienst. Der Luftrettungsdienst steht in der Regel von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang zur Verfügung. Der Träger der Luftrettung kann darüberhinausgehende Betriebszeiten bestimmen.
- (2) Tagsüber werden die Luftrettungsstandorte planerisch so festgelegt, dass alle möglichen Notfallorte in Baden-Württemberg flächendeckend innerhalb von 20 Minuten nach Alarmierung durch ein Luftrettungsmittel erreicht werden können. Für Einsätze in Zeiten außerhalb des aktuellen Tagbetriebes und während der Nacht im Sinne von Artikel 2 Nummer 97 der Durchführungsverordnung (EU) 923/2012 der Kommission vom 26. September 2012 zur Festlegung gemeinsamer Luftverkehrsregeln und Betriebsvorschriften für Dienste und Verfahren der Flugsicherung und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 1035/2011 sowie der Verordnungen (EG) Nr. 1265/2007, (EG) Nr. 1794/2006, (EG) Nr.

730/2006, (EG) Nr. 1033/2006 und (EU) Nr. 255/2010, ABl. L 281 vom 13.10.2012, S. 1, zuletzt ber. ABl. L 143 vom 2.6.2023, S. 129, die zuletzt durch Durchführungsverordnung (EU) 2024/404 der Kommission vom 30. Januar 2024 (ABl. L, 2024/404, 11.4.2024) geändert worden ist, wird wegen der längeren sicherheitsbedingten Zeitintervalle für Primäreinsätze von Luftrettungsmitteln die planerische Zielvorgabe nach Satz 1 auf 30 bis maximal 40 Minuten erweitert. Die Ausstattung einzelner Luftrettungsmittel mit Sonderausstattungen wie Rettungswinden legt der Träger der Luftrettung fest.

(3) Der landesweite Bedarf an Luftrettungsmitteln sowie deren Standorte werden aufgrund ihrer bereichsübergreifenden, überregionalen Bedeutung durch das Land festgelegt. Die Kostenträger sind hierzu anzuhören.

(4) In Ausnahmefällen können Hubschrauber des Such- und Rettungsdienstes, Großraumrettungshubschrauber sowie sonstige Luftfahrzeuge der Bundeswehr unter Beachtung von § 46 angefordert werden, sofern regelhaft vorgesehene Luftrettungsmittel auch anderer Länder nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen.

(5) Nicht zu den Aufgaben des Luftrettungsdienstes gehören das Suchen und Bergen von Personen, die weder Notfallpatientinnen und Notfallpatienten noch andere Kranke, Verletzte oder sonst Hilfebedürftige nach § 1 Absatz 2 und 3 RDG sind.

(6) Der Luftrettungsdienst unterstützt den Berg- und den Wasser-Rettungsdienst im Bedarfsfall.

## § 46

### Einsatzindikation der Rettungsmittel des Luftrettungsdienstes

(1) Alle in Baden-Württemberg stationierten Luftrettungsmittel werden für Primäreinsätze und Sekundäreinsätze einschließlich Intensivtransporte eingesetzt (Dual-Use). In der Luftrettung sind beide Einsatzarten gleichwertige Bestandteile der Notfallrettung.

(2) Die initiale Einsatzindikation für Primäreinsätze des Luftrettungsdienstes ist gegeben,

1. wenn das Luftrettungsmittel unter Beachtung der örtlichen Gegebenheiten die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten voraussichtlich als erstes notärztlich

besetztes Rettungsmittel erreicht und dadurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil erreicht werden kann,

2. wenn die medizinische Erforderlichkeit eines Luftransportes zu erwarten ist oder
3. wenn eine Prähospitalzeit von 60 Minuten voraussichtlich bodengebunden nicht eingehalten werden kann und die Luftrettung die Prähospitalzeit deutlich reduziert.

(3) Luftrettungsmittel dienen der schnellen Zuführung von Notärztinnen oder Notärzten und Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitätern mit entsprechender Zusatzausbildung sowie von medizinischer Ausrüstung an den Notfallort und zum schnellen und schonenden Primärtransport der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Die endgültige Entscheidung über das Transportmittel trifft die Besatzung des Luftrettungsmittels unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Verletzung oder Erkrankung sowie der Entfernung zur geeigneten Versorgungseinrichtung.

(4) Luftrettungsmittel dienen auch ärztlich begleiteten Sekundäreinsätzen einschließlich Intensivtransporten, sofern eine medizinische Indikation gegeben ist und sie bei zeitlicher Dringlichkeit den zeitgerechten Transport der Patientinnen und Patienten ermöglichen sowie ein bodengebundener Transport nicht sinnvoll möglich ist. Bei spezialisierten Intensivtransporten ist das Luftrettungsmittel einzusetzen, das für die jeweilige Transportdurchführung geeignet ist. Im Übrigen gelten die Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg nach Anlage 6 zu dieser Verordnung.

(5) Hubschrauber des Such- und Rettungsdienstes können unter Berücksichtigung ihrer personellen und sachlichen Ausstattung im Rettungsdienst in Ausnahmefällen ergänzend eingesetzt werden, wenn dies zur Unterstützung erforderlich ist und regelhaft vorgesehene Luftrettungsmittel nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen. Bei Großschadensereignissen nach § 22 RDG und den §§ 58 bis 67 können sonstige Luftfahrzeuge der Bundeswehr, insbesondere auch Großraumrettungshubschrauber, über die Leitstelle des Such- und Rettungsdienstes der Bundeswehr in Münster angefordert werden.

## Abschnitt 2

### Einrichtungen und Personal der Luftrettung

#### § 47

##### Luftrettungsstationen

Luftrettungsstationen sind Standorte für Luftrettungsmittel, von denen aus Einsätze im Rahmen des Luftrettungsdienstes zur Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Sonderrettungsdienste geflogen werden. Dadurch wird eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch den Luftrettungsdienst sichergestellt.

#### § 48

##### Standorte der Luftrettungsmittel

(1) Das Innenministerium hat nach § 6 Absatz 8 RDG folgende Luftrettungsstandorte festgelegt:

1. Freiburg im Breisgau,
2. Friedrichshafen, künftig Oberschwaben,
3. Karlsruhe,
4. Leonberg, künftig Tübingen,
5. Mannheim,
6. Odenwald,
7. Ortenau,
8. Stuttgart/Pattonville,
9. Ulm und
10. Villingen-Schwenningen, künftig Schwarzwald.

(2) In anderen Ländern stationierte Luftrettungsmittel sowie solche aus dem benachbarten Ausland mit entsprechender Vereinbarung tragen zur Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg bei.

## § 49

### Personelle Ausstattung des Luftrettungsdienstes

(1) Über die Vorgaben des § 16 Absatz 1 RDG und des Absatz 2 hinaus gelten bei der personellen Ausstattung des Luftrettungsdienstes insbesondere auch luftfahrtrechtliche Vorschriften. Das eingesetzte Personal unterliegt den luftfahrtrechtlichen Vorgaben und Kontrollen.

(2) Die Besatzung eines Luftrettungsmittels besteht aus

1. einer Fachärztin oder einem Facharzt mit
  - a) mehrjähriger Erfahrung in der Intensivmedizin oder Akut- und Notfallmedizin und Zusatzweiterbildung Notfallmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg oder einer von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannten vergleichbaren Qualifikation sowie
  - b) der Zusatzausbildung eines von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. zertifizierten Intensivtransportkurses,
2. einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter sowie zusätzlicher Ausbildung zum Helicopter Emergency Medical Service Technical Crew Member (HEMS TC) und mit der Zusatzausbildung eines von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. zertifizierten Intensivtransportkurses und
3. einer Pilotin oder einem Piloten.

(3) § 42 Absatz 1 (Sicherstellung der Fortbildung durch den jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Fortbildungsinhalt) gilt entsprechend.

Teil 7  
Sonderrettungsdienste  
Abschnitt 1  
Berg-Rettungsdienst

§ 50  
Grundsätze des Berg-Rettungsdienstes

- (1) Der Berg-Rettungsdienst dient der Rettung von Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten und anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen nach § 1 Absatz 2 und 3 RDG in unwegsamem Gelände oder absturzgefährdeten Bereichen. Sofern medizinisch erforderlich, wird die Transportfähigkeit hergestellt und es erfolgt die Übergabe an das geeignete, nächstgelegene Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes oder an den Luftrettungsdienst.
- (2) Berg-rettungsdienstliche Maßnahmen sind nur benutzungsentgeltrelevant, wenn ein Folgetransport mit dem bodengebundenen Rettungsdienst oder dem Luftrettungsdienst stattfindet.
- (3) Alle Aufgaben und Leistungen, bei denen keine Lebens- oder Gesundheitsgefahr zu befürchten ist, insbesondere das Suchen und Bergen von Personen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie präventive Maßnahmen oder sanitätsdienstliche Absicherungen sind kein Berg-Rettungsdienst im Sinne des Rettungsdienstgesetzes.
- (4) Der Berg-Rettungsdienst wird von der Bergwacht Schwarzwald e. V. sowie der DRK Bergwacht des DRK-Landesverbandes Baden-Württemberg e. V. durchgeführt.

§ 51  
Einsatzindikation des Berg-Rettungsdienstes

- (1) Der Einsatz des Berg-Rettungsdienstes im Sinne des Rettungsdienstgesetzes muss medizinisch indiziert sein. Eine medizinische Indikation liegt bei akuten Verletzungen oder Erkrankungen vor sowie bei Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten. Eine medizinische Indikation für den Einsatz des Berg-Rettungsdienstes liegt ebenfalls vor, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten in unwegsamem Gelände eine Indikation für einen Krankentransport besteht, der bodengebundene Rettungsdienst den Einsatzort aber nicht erreichen kann.

(2) Notfalleinsätze in unwegsamem Gelände liegen vor, wenn der bodengebundene Rettungsdienst mit seinen Rettungsmitteln die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten aufgrund der Geländestrukturen oder witterungsbedingt nicht oder nur mit großem Aufwand oder Risiko erreichen, versorgen oder abtransportieren kann.

## § 52 Einrichtungen des Berg-Rettungsdienstes

(1) Die Vorhaltung stationärer Einrichtungen des Berg-Rettungsdienstes ist nur für bestimmte Einsatzgebiete und Einsatzorte erforderlich, in denen ein entsprechender Bedarf besteht. Über den Bedarf an stationären Einrichtungen im Sinne des Rettungsdienstgesetzes entscheidet das Innenministerium in Abstimmung mit dem örtlich zuständigen Regierungspräsidium und der jeweiligen Organisation des Berg-Rettungsdienstes nach § 50 Absatz 4.

(2) Der Berg-Rettungsdienst und seine Einrichtungen sind kommunikationstechnisch in geeigneter Weise mit den Integrierten Leitstellen, den weiteren Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie den in § 46 Absatz 5 genannten Einheiten der Bundeswehr verbunden.

## § 53 Personelle Ausstattung des Berg-Rettungsdienstes

Der Berg-Rettungsdienst wird von geprüften Bergretterinnen und Bergrettern durchgeführt. Die Bergretterinnen und Bergretter verfügen über eine allgemeine Fachausbildung für den Berg-Rettungsdienst in Form einer Grundausbildung, die auch notfallmedizinische Grundlagen umfasst, sowie je nach Einsatzbereich über spezielle Fachausbildungen für den Berg-Rettungsdienst. Ausbildungsinhalte und Ausbildungsumfang werden durch die Organisationen des Berg-Rettungsdienstes festgelegt. § 42 Absatz 1 (Sicherstellung der Fortbildung durch den jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Fortbildungsinhalt) gilt entsprechend.

## Abschnitt 2

### Wasser-Rettungsdienst

#### § 54

##### Grundsätze des Wasser-Rettungsdienstes

- (1) Der Wasser-Rettungsdienst dient der Notfallrettung in, an oder auf dem Wasser. Sofern medizinisch erforderlich, wird die Transportfähigkeit hergestellt und werden die Behandlungsbedürftigen an das geeignete, nächstgelegene Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes oder an den Luftrettungsdienst übergeben.
- (2) Wasser-rettungsdienstliche Maßnahmen sind nur benutzungsentgeltrelevant, wenn ein Folgetransport mit dem bodengebundenen Rettungsdienst oder dem Luftrettungsdienst stattfindet.
- (3) Alle Aufgaben und Leistungen, bei denen keine Lebens- oder Gesundheitsgefahr zu befürchten ist, insbesondere das Suchen und Bergen von Personen, die weder Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten noch andere Kranke, Verletzte oder sonst Hilfebedürftige nach § 1 Absatz 2 und 3 RDG sind, sowie präventive Maßnahmen oder sanitätsdienstliche Absicherungen sind kein Wasser-Rettungsdienst im Sinne des Rettungsdienstgesetzes.
- (4) Der Wasser-Rettungsdienst wird von dem Landesverband Württemberg e. V. und dem Landesverband Baden e. V. der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft durchgeführt.

#### § 55

##### Einsatzindikation des Wasser-Rettungsdienstes

- (1) Der Einsatz des Wasser-Rettungsdienstes im Sinne des Rettungsdienstgesetzes muss medizinisch indiziert sein. Eine medizinische Indikation liegt bei akuten Verletzungen oder Erkrankungen vor sowie bei Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten.
- (2) Notfalleinsätze in, an oder auf dem Wasser liegen vor, wenn der bodengebundene Rettungsdienst mit seinen Rettungsmitteln die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten aufgrund der Gegebenheiten des Notfallortes nicht erreichen, versorgen oder abtransportieren kann.

## § 56

### Einrichtungen des Wasser-Rettungsdienstes

- (1) Die Vorhaltung stationärer Einrichtungen des Wasser-Rettungsdienstes ist nur für bestimmte Einsatzgebiete und Einsatzorte erforderlich, in denen ein entsprechender Bedarf besteht. Über den Bedarf an stationären Einrichtungen entscheidet das Innenministerium in Abstimmung mit dem örtlich zuständigen Regierungspräsidium und der jeweiligen Organisation des Wasser-Rettungsdienstes.
- (2) Der Wasser-Rettungsdienst und seine Einrichtungen sind kommunikationstechnisch in geeigneter Weise mit den Integrierten Leitstellen und den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben verbunden.

## § 57

### Personelle Ausstattung des Wasser-Rettungsdienstes

Der Wasser-Rettungsdienst wird von geprüften Wasserretterinnen und Wasserrettern durchgeführt. Die Wasserretterinnen und Wasserretter verfügen über eine allgemeine Fachausbildung für den Wasser-Rettungsdienst in Form einer Grundausbildung, die auch notfallmedizinische Grundlagen umfasst, sowie je nach Einsatzbereich über eine spezielle Fachausbildung für den Wasser-Rettungsdienst. Ausbildungsinhalte und Ausbildungsumfang werden durch die Organisationen des Wasser-Rettungsdienstes festgelegt. § 42 Absatz 1 (Sicherstellung der Fortbildung durch den jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Fortbildungsinhalt) gilt entsprechend.

## Teil 8

### Großschadensereignis

#### Abschnitt 1

#### Planung für ein Großschadensereignis

## § 58

### Planerische Vorkehrungen des Bereichsausschusses für ein Großschadensereignis

- (1) Der Bereichsausschuss unterstützt die zuständige untere Katastrophenschutzbehörde in ihren Planungen.
- (2) Der Bereichsausschuss hat seinen Planungsbeitrag für ein Großschadensereignis mit den Verantwortlichen der anderen Behörden und

Organisationen mit Sicherheitsaufgaben abzustimmen und sie diesen zur Integration in deren Alarm- und Einsatzpläne zur Verfügung zu stellen. Dies sind insbesondere

1. die Katastrophenschutzbehörden,
2. die Leistungserbringer,
3. die Integrierten Leitstellen,
4. die Oberleitstelle Baden-Württemberg,
5. die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt im Bereichsausschuss,
6. eine durch den Bereichsausschuss zu bestimmende Organisatorische Leitung Rettungsdienst,
7. die Krankenhäuser und
8. sonstige berührte Behörden und Stellen nach § 5 Absatz 1 des Landeskatastrophenschutzgesetzes in der Fassung vom 22. November 1999 (GBl. S. 625), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2020 (GBl. S. 1268) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Bei den Planungen gelten insbesondere folgende Bestimmungen und Empfehlungen:

1. VwV Stabsarbeit vom 7. Mai 2024 (GABI. S. 234),
2. Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Französischen Republik über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen vom 3. Februar 1977 (BGBI. 1980 II S. 34),
3. Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen vom 23. Dezember 1988 (BGBI. 1992 II S. 207) und
4. Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen vom 30. Januar 1987 (BGBI. 1987 II S. 495).

(4) Der Bereichsausschuss stellt sicher, dass eine bedarfsgerechte Anzahl von Organisatorischen Leitungen Rettungsdienst benannt wird. Gemeinsam mit der zuständigen unteren Katastrophenschutzbehörde stellt er zudem nach § 61 die Bestellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzten sicher.

(5) Der Bereichsausschuss trifft organisatorische Vorkehrungen, um einen unverzüglichen Transport der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes zur Schadenstelle zu gewährleisten. Der diensthabenden Organisatorischen Leitung Rettungsdienst wird durch die Leistungsträger im bodengebundenen Rettungsdienst ein Kommandowagen nach DIN 14507-5 zur Verfügung gestellt.

## § 59

### Planerische Vorkehrungen der Integrierten Leitstelle für ein Großschadensereignis

(1) Die Integrierte Leitstelle legt im Einvernehmen mit dem Bereichsausschuss in der Alarm- und Ausrückeordnung Vorgaben für die Alarmierung bei Vorliegen eines Großschadensereignisses fest. Diese gelten für den Fall, dass ein Großschadensereignis vorliegt oder anhand des Meldebildes mit dem Eintreten eines Großschadensereignisses gerechnet werden muss, insbesondere bei folgenden Ereignissen:

1. Brandereignisse mit mehreren verletzten Personen,
2. Einsätze mit mehreren verletzten Personen und aufwändiger technischer Rettung,
3. Unfälle mit Omnibussen und Schienenfahrzeugen,
4. Unfälle mit Luftfahrzeugen oder Passagierschiffen,
5. Unfälle mit Freisetzung von Gefahrstoffen und
6. Einsätze bei Terror- oder Amoklagen.

(2) Die Vorgaben nach Absatz 1 haben zum Ziel, dem Missverhältnis zwischen rettungsdienstlichem Bedarf und Versorgungskapazität des Rettungsdienstes im Einsatzfall zu begegnen, bis wieder nach den Kriterien der individuellen medizinischen Versorgung verfahren werden kann. Dafür sind insbesondere folgende Maßnahmen zu ergreifen:

1. unverzügliche personelle und materielle Verstärkung des Rettungsdienstes an der Schadenstelle,
2. Alarmierung und Disposition der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst,
3. Alarmierung und Disposition der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes einschließlich der Organisation des unverzüglichen Transportes zur Schadenstelle und
4. Hinzuziehung weiterer Unterstützung, soweit personelle und materielle Möglichkeiten eines Rettungsdienstbereiches nicht ausreichen oder besondere Fachkenntnisse erforderlich sind.

(3) Bei Maßnahmen nach Absatz 2 sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt und die Organisatorische Leitung Rettungsdienst sind immer zu alarmieren, wenn ein Ereignis nach Absatz 1 vorliegt,
2. die Organisatorische Leitung Rettungsdienst ist über die Vorgabe in Nummer 1 hinaus zu alarmieren, wenn Einsätze mit erhöhtem operativ-taktischem Koordinierungsaufwand vorliegen; das ist zumindest dann der Fall, wenn mindestens drei Rettungswagen zu demselben Ereignis alarmiert werden,
3. die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt ist über die Vorgabe in Nummer 1 hinaus zu alarmieren, wenn Einsätze mit erhöhtem medizinischem Koordinierungsaufwand vorliegen; das ist zumindest dann der Fall, wenn mindestens drei notärztlich besetzte Rettungsmittel zu demselben Ereignis alarmiert werden; wenn die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt alarmiert wird, ist grundsätzlich auch die Organisatorische Leitung Rettungsdienst zu alarmieren,
4. liegt kein Ereignis nach Absatz 1 vor und besteht ausnahmsweise ausschließlich ein operativ-taktischer Koordinierungsaufwand, so kann die Organisatorische Leitung Rettungsdienst allein zum Einsatz kommen; das gilt entsprechend für die Leitende Notärztin oder den Leitenden Notarzt bei einem ausschließlich medizinischen Koordinierungsaufwand.

(4) Die Möglichkeit der Unterstützung der Integrierten Leitstelle durch die Oberleitstelle Baden-Württemberg im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 28 ist bei der Planung für ein Großschadensereignis zu berücksichtigen. Die Integrierten Leitstellen übermitteln der Oberleitstelle Baden-Württemberg hierfür quartalsweise die für die Erfüllung ihrer Aufgabe nach § 28 Absatz 4 erforderlichen Informationen. Darüber hinaus sind die Beteiligten am Rettungsdienst verpflichtet, der Oberleitstelle Baden-Württemberg die in § 10 Absatz 2 Satz 3 genannten Daten quartalsweise zu übermitteln. Die Informationen sind digital zur Verfügung zu stellen.

Abschnitt 2  
Besondere Beteiligte bei Großschadensereignissen  
Erster Unterabschnitt  
Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte

§ 60

Aufgaben der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes bei Vorliegen eines Großschadensereignisses

(1) Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt koordiniert bei Vorliegen eines Großschadensereignisses die medizinische Versorgung und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. medizinische Beurteilung der Lage hinsichtlich der Schadensart, des Schadensumfangs, insbesondere in Bezug auf die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten und die Art der Verletzungen oder Erkrankungen sowie der möglichen medizinischen Folgegefährdungen,
2. Bestimmung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes durch Sicherstellung der Sichtung, Festlegung der medizinischen Versorgung einschließlich des Umfangs der Anforderung von Rettungsdienst- und Sanitätspersonal und Material und der Zuordnung von Rettungsmitteln und Versorgungseinrichtungen,
3. Überwachung und Koordination der festgelegten medizinischen Maßnahmen als Mitglied der Führungseinheit in ständiger Abstimmung mit der Einsatzleitung und der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst und
4. Sicherstellung der landeseinheitlichen medizinischen Dokumentation.

(2) Die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte haben im Einsatz in medizinischen Fragen Weisungsbefugnis gegenüber dem übrigen Rettungsdienst- und Sanitätspersonal. Dies schließt auch die Organisatorische Leitung Rettungsdienst ein.

(3) Je eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt gehört mit beratender Stimme nach § 10 Absatz 1 Satz 4 RDG dem Bereichsausschuss an und ist nach § 19 Absatz 2 mit beratender Stimme im Beirat der Integrierten Leitstelle beteiligt.

## § 61

### Bestellung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

(1) Die Eignungsvoraussetzungen der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte werden durch die Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg über die Eignungsvoraussetzungen für leitende Notärzte im Rettungsdienst, die auf der Internetseite der Landesärztekammer Baden-Württemberg ([www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de)) abgerufen werden kann, festgelegt.

(2) Die Bestellung und Abberufung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte erfolgt durch die Oberbürgermeisterin oder den Oberbürgermeister oder die Landrätin oder den Landrat als Vertreterin oder Vertreter des im jeweiligen Rettungsdienstbereich örtlich zuständigen Land- oder Stadtkreises auf Vorschlag des Bereichsausschusses. Erstreckt sich der Rettungsdienstbereich über mehr als einen Land- oder Stadtkreis, erfolgt die Ernennung durch die Regierungspräsidentin oder den Regierungspräsidenten oder die vom Regierungspräsidium bestimmte Behörde. Für den Fall, dass ein Vorschlag des Bereichsausschusses nicht abgegeben wird oder kein diesbezüglicher Beschluss zu Stande kommt, können entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte auch ohne Vorschlag des Bereichsausschusses zu Leitenden Notärztinnen oder Leitenden Notärzten bestellt werden.

(3) Voraussetzung für die Bestellung ist, dass die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte sich während ihrer Dienstzeit grundsätzlich im Einsatzbereich oder dessen unmittelbarer Nähe aufhalten und im Alarmfall unmittelbar abkömmlig sind.

(4) Die Krankenhausträger ermöglichen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit den bei ihnen beschäftigten Notärztinnen und Notärzten durch entsprechende Regelungen den Dienst als Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt. Die Bestellung dieser Notärztinnen und Notärzte zur Leitenden Notärztin oder zum Leitenden Notarzt ist

durch den Bereichsausschuss oder die jeweilige örtlich zuständige Verwaltungsbehörde mit dem jeweils zuständigen Krankenhasträger abzustimmen.

(5) Niedergelassene oder freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, welche die Eignungsvoraussetzungen der Landesärztekammer erfüllen, können ebenfalls als Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte mitwirken. Ihre Bestellung ist durch den Bereichsausschuss oder die jeweilige örtlich zuständige Verwaltungsbehörde mit der Landesärztekammer abzustimmen.

(6) Die Bestellung wird durch Aushändigung einer Bestellungsurkunde an die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte vollzogen. In die Bestellung ist die Verpflichtung zur Verschwiegenheit über den Einsatz und insbesondere über interne Angelegenheiten der Einsatzleitung aufzunehmen.

(7) Die Bestellung belehrt die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte mit hoheitlichen Rechten. Das Haftungsrisiko der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte ist damit über die Amtshaftung des Landes abgedeckt.

## § 62

### Pflichten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

(1) Die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte haben ihre Verfügbarkeit im Einsatzfall sicherzustellen. Wird hierzu ein Dienstplan aufgestellt, so haben sie diesen der Integrierten Leitstelle zu übermitteln. Sofern ein vergleichbares Sicherheitsniveau erreicht wird, kann die Alarmierung aller Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte erfolgen, ohne dass eine verbindliche Diensteinteilung besteht.

(2) Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte können während ihrer Dienstzeiten nicht gleichzeitig als Telenotärztinnen und Telenotärzte oder Notärztinnen und Notärzte tätig sein.

## § 63

### Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

Zu den Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte nach § 22 Absatz 2 Satz 2 RDG gehören insbesondere eine Pauschale für die Übernahme der Funktion, eine Einsatzpauschale sowie die Aufwendungen für notwendige

Ausrüstungsgegenstände. Hierzu gehören auch die Kosten für rettungsdienstbezogene regelmäßige Fortbildungen.

Zweiter Unterabschnitt  
Organisatorische Leitung Rettungsdienst

§ 64

Aufgaben der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst bei Vorliegen eines Großschadensereignisses

(1) Die Organisatorische Leitung Rettungsdienst übernimmt bei Vorliegen eines Großschadensereignisses operativ-taktische Leitungs- und Koordinierungsaufgaben, insbesondere:

1. Feststellung und Beurteilung der Schadenslage aus operativ-technischer und taktischer Sicht hinsichtlich der Schadensart, des Schadenumfangs und der möglichen Folgegefährdungen,
2. Beurteilung der Örtlichkeit im Hinblick auf die Festlegung des Standortes von Patientenablagen, Behandlungsplätzen und Rettungsmittelhalteplätzen,
3. Erfassung der aktuellen Ressourcen sowie Beurteilung des Bedarfes an zusätzlichen Kräften wie Rettungsdienstpersonal, Rettungsmittel und Versorgungskapazitäten,
4. Planung der operativ-taktischen Einsatzmaßnahmen, Nachforderung von Einsatzmitteln, Überwachung und Koordinierung der Umsetzung der Maßnahmen,
5. Organisation des Transportes der Patientinnen und Patienten einschließlich der Dokumentation,
6. Sicherstellen der Verbindung zur Integrierten Leitstelle und zu anderen eingesetzten Behörden und Organisationen sowie
7. ständige Lagefeststellung und Lagebeurteilung.

(2) Die Organisatorische Leitung Rettungsdienst hat im Einsatzfall in operativ-taktischen Fragen Weisungsbefugnis gegenüber dem Rettungsdienst- und Sanitätspersonal mit Ausnahme der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte.

## § 65

### Qualifikation und Tätigkeit der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst

(1) Organisatorische Leitungen Rettungsdienst sind im Rettungsdienst erfahrene Personen mit mindestens dreijähriger Tätigkeit als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter oder als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent in der Notfallrettung. Sie haben umfangreiche Kenntnisse über

1. die Strukturen des Rettungsdienstbereiches,
2. die Sonderrettungsdienste,
3. die ehrenamtlichen Strukturen und Ressourcen,
4. den Katastrophenschutz,
5. die Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser sowie
6. die Führungsstruktur, die Infrastruktur und die topografischen Gegebenheiten im Rettungsdienstbereich.

(2) Die Qualifizierung zur Organisatorischen Leitung Rettungsdienst muss an einer staatlich anerkannten Schule für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Baden-Württemberg absolviert werden. Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst können außerhalb Baden-Württembergs erworbene Qualifizierungen im Einzelfall in Teilen oder insgesamt anerkennen, soweit der in Absatz 1 geforderte Kenntnisstand dadurch gewährleistet wird.

(3) Die Qualifizierung wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Die Prüfung muss an einer staatlich anerkannten Schule für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter abgelegt werden. Prüfende sind eine Vertreterin oder ein Vertreter der Schule, eine Organisatorische Leitung Rettungsdienst und eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt. Eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst kann an der Prüfung als Gast teilnehmen.

(4) Nach erfolgreicher Prüfung kann der Bereichsausschuss die Absolventinnen und Absolventen mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst betrauen. Der Bereichsausschuss hat unter Beteiligung aller Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 RDG und bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes eine Dienstplanung für den jeweiligen Rettungsdienstbereich zu erstellen. Die Dienstplanung ist der zuständigen Integrierten Leitstelle mitzuteilen und im Bereichsplan niederzulegen.

(5) Die Organisatorischen Leitungen Rettungsdienst haben jährlich über die in § 16 Absatz 3 RDG genannte Fortbildungspflicht hinaus an einer zusätzlichen aufgabenbezogenen Fortbildung teilzunehmen. § 42 Absatz 1 (Sicherstellung der Fortbildung durch den jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Fortbildungsinhalt) gilt entsprechend.

### Dritter Unterabschnitt

Zusammenarbeit der besonderen Beteiligten bei Großschadensereignissen mit anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben

#### § 66

Unterstützung durch Fachberatung und Sonderrettungsdienste

Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt und die Organisatorische Leitung Rettungsdienst können bei speziellen Einsatzlagen eine entsprechende Fachberatung sowie die Sonderrettungsdienste hinzuziehen.

#### § 67

Einsatz der besonderen Beteiligten bei Einsätzen nach dem Feuerwehrgesetz und nach dem Landeskatastrophenschutzgesetz

(1) Liegt bei einem Großschadensereignis gleichzeitig ein Einsatz nach dem Feuerwehrgesetz (FwG) in der Fassung vom 2. März 2010 (GBI. S. 333), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (GBI. 2025 Nr. 14) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung vor, gehören die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt und die Organisatorische Leitung Rettungsdienst als rettungsdienstliche Einsatzleitung der durch die Technische Einsatzleitung nach § 27 Absatz 1 und 3 FwG zu bildenden Führungseinheit an. Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt hat in der Führungseinheit die Führung der medizinischen Notfallversorgung inne, die Organisatorische Leitung Rettungsdienst übernimmt

operativ-taktische rettungsdienstliche Leitungs- und Koordinierungsaufgaben. Die rettungsdienstliche und die Technische Einsatzleitung haben sich gegenseitig zu unterstützen, eng zusammenzuarbeiten und ihre Einsatzmaßnahmen abzustimmen.

(2) Im Anwendungsfall des Landeskatastrophenschutzgesetzes wirken auf Anforderung der Katastrophenschutzbehörde die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt sowie die Organisatorische Leitung Rettungsdienst nach Maßgabe dieses Gesetzes mit.

Teil 9  
Genehmigungsverfahren für Notfallrettung und Krankentransport  
Abschnitt 1  
Grundsätzliches

§ 68

Genehmigungspflicht zum Betrieb von Notfallrettung und Krankentransport

(1) Private Unternehmen können nur im Rahmen des Bestandsschutzes oder durch Kooperationsverträge mit den Leistungsträgern nach § 3 Absatz 1 RDG an der bodengebundenen Notfallrettung teilnehmen. Auf die Verlängerung von deren Genehmigung besteht ein Anspruch, sofern die Voraussetzungen nach § 30 RDG erfüllt sind.

(2) Leistungsträger und private Unternehmen sind im Krankentransport gleichgestellt.

§ 69

Ausnahmen von der Genehmigungspflicht zum Betrieb von Notfallrettung und Krankentransport

(1) Von der Genehmigungspflicht nach § 29 Absatz 5 RDG ausgenommen sind insbesondere

1. die Sanitätsdienste der Bundeswehr,
2. die Sanitätsdienste der Polizei sowie
3. im Falle des § 3 Absatz 4 Satz 1 RDG die Stadt- und Landkreise.

(2) Der betriebliche Rettungsdienst, der im Rahmen der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften als Selbstversorgungssystem vorgehalten wird, ist für den betrieblichen Bereich nicht genehmigungspflichtig. Bei der Teilnahme am öffentlichen Verkehr ist eine Genehmigung zum Betrieb von Krankentransport erforderlich.

## Abschnitt 2

### Genehmigungsvoraussetzungen

#### § 70

##### Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes

(1) Für den Nachweis der Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes nach § 30 Absatz 1 Nummer 1 RDG muss für die Vorhaltung der Geschäftseinrichtungen, der Fahrzeuge und des Personals eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage vorliegen. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 (Eigenkapital und Reserven beim Verkehr mit Taxen und Mietwagen), Absatz 2 (Bescheinigungen für den Nachweis der finanziellen Leistungsfähigkeit) und 3 (dem Eigenkapital zurechenbare Reserve) der Berufszugangsverordnung für den Straßenpersonenverkehr (PBZugV) vom 15. Juni 2000 (BGBl. I S. 851), die zuletzt durch Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes vom 11. April 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 119, S. 27) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend.

(2) Bei Leistungsträgern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 RDG, die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, und bei Kooperationen mit betrieblichen Rettungsdiensten, die von Unternehmen im Rahmen der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften als Selbstversorgungssystem selbst betrieben werden, kann von der Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes ausgegangen werden.

#### § 71

##### Zuverlässigkeit

(1) Eine Genehmigung kann nach § 30 Absatz 1 Nummer 2 RDG nur erteilt werden, wenn es keine Tatsachen gibt, die aufzeigen, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer oder die zur Führung der Geschäfte bestellte Person unzuverlässig ist. Dies ist anhand des Gesamtsachverhaltes und der Gesamtpersönlichkeit der Unternehmerin oder des Unternehmers oder der zur Führung der Geschäfte bestellten Person zu beurteilen. Es muss sich aus der gesamten Lebensführung ergeben, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer oder die zur Führung der

Geschäfte bestellte Person die an sie oder ihn gestellten Anforderungen erfüllen kann. Der hierbei anzulegende Maßstab ist mit Rücksicht auf die im Krankentransport und in der Notfallrettung betroffenen Rechtsgüter Leben und Gesundheit streng zu fassen.

(2) Anhaltspunkte für die Unzuverlässigkeit sind neben den in § 35 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 RDG genannten Gründen insbesondere das Vorliegen rechtskräftiger Verurteilungen wegen Verstößen gegen strafrechtliche Vorschriften oder gegen die Vorgaben nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b bis f PBZugV. § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe a PBZugV gilt insoweit, als die jeweiligen Vorschriften im Rettungsdienstgesetz oder in dieser Verordnung für anwendbar erklärt worden sind.

(3) Bei Leistungsträgern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 RDG, die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, kann von der Zuverlässigkeit ausgegangen werden. Bei Kooperationen mit betrieblichen Rettungsdiensten, die im Rahmen der gesetzlichen Unfallverhützungsvorschriften als Selbstversorgungssystem von Unternehmen selbst betrieben werden, kann für die Beurteilung der Zuverlässigkeit auch auf die Person abgestellt werden, die jeweils für die Organisation und Durchführung des betrieblichen Rettungsdienstes verantwortlich ist.

## § 72

### Fachliche Eignung

(1) Für die fachliche Eignung der Unternehmerin oder des Unternehmers oder der zur Führung der Geschäfte bestellten Person nach § 30 Absatz 1 Nummer 3 RDG gilt für den Bereich der Beförderung von Personen § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 des Personenbeförderungsgesetzes in der Fassung vom 8. August 1990 (BGBl. I S. 1691), das zuletzt durch Artikel 7 Absatz 4 des Gesetzes vom 11. April 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 119, S. 27) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung in Verbindung mit § 3 Absatz 2 Satz 2 und § 7 Absatz 1 Satz 2 bis 4 PBZugV.

(2) Die Unternehmerin oder der Unternehmer oder die zur Führung der Geschäfte bestellte Person muss für die fachliche Eignung nach § 30 Absatz 1 Nummer 3 RDG außerdem die Eignung zur medizinisch-fachlichen Betreuung der im Krankentransport zu befördernden kranken, verletzten oder sonst hilfebedürftigen Personen besitzen. Diese ist für den Betrieb eines Krankentransportunternehmens durch die Ablegung der Prüfung zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter

nachzuweisen. Sie kann auch durch eine dreijährige Tätigkeit in einem Rettungsdienstunternehmen unter aktiver Teilnahme an der Notfallrettung nachgewiesen werden.

(3) Bei den Leistungsträgern nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG kann von der fachlichen Eignung grundsätzlich ausgegangen werden.

(4) Von der Überprüfung der fachlichen Eignung kann abgesehen werden, sofern es sich um eine Verlängerung der Genehmigung handelt und die fachliche Eignung bei der Ersterteilung überprüft wurde. Wurden bereits Krankentransporte auf der Grundlage einer Genehmigung nach dem Personenbeförderungsgesetz durchgeführt, ohne dass es zu fachlichen Beanstandungen gekommen ist, ist für die Erteilung der Genehmigung keine Prüfung der fachlichen Eignung nach § 30 Absatz 1 Nummer 3 RDG erforderlich.

(5) Bei Leistungsträgern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 RDG können die Kooperationspartner auch vereinbaren, dass der jeweilige Leistungsträger die fachliche Eignung einbringt. Für die bereits vor dem Erlass dieser Rechtsverordnung begründeten Kooperationsvereinbarungen gilt Absatz 4 entsprechend, sofern es nicht zu fachlichen Beanstandungen gekommen ist.

(6) Bei Genehmigungsverfahren zur Durchführung von Krankentransporten mit Luftfahrzeugen müssen in der Person der Unternehmerin oder des Unternehmers sowie der zur Führung der Geschäfte bestellten Person nach § 49 Absatz 1 neben der entsprechenden rettungsdienstlichen Qualifikation auch die luftverkehrsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sein.

## § 73

### Information des Bereichsausschusses

Das Unternehmen informiert den örtlichen Bereichsausschuss des Rettungsdienstbereiches oder der Rettungsdienstbereiche seines Betriebsbereiches schriftlich oder elektronisch über die Anzahl seiner Fahrzeuge. In diese Unterrichtung ist gegebenenfalls eine über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Ausstattung aufzunehmen. Sofern sich Änderungen hinsichtlich der Vorhaltung ergeben, teilt das Unternehmen dies dem Bereichsausschuss unverzüglich schriftlich oder elektronisch mit.

Teil 10  
Ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme

§ 74  
Helfer-vor-Ort-Systeme

- (1) Die Integrierte Leitstelle alarmiert in geeigneten Fällen ein Helfer-vor-Ort-System nach § 23 RDG, soweit ein solches im Rettungsdienstbereich vorhanden ist. Die Alarmierung erfolgt nur, wenn dadurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil bis zum Eintreffen des gleichzeitig alarmierten Rettungsdienstes erreicht werden kann. Die Beurteilung obliegt der Integrierten Leitstelle aufgrund des Meldebildes.
- (2) Die Integrierte Leitstelle hat zur Qualitätssicherung die Alarmierungszeit, Übernahmezeit und Eintreffzeit der Helfer-vor-Ort-Systeme zu dokumentieren.
- (3) Die Einzelheiten werden durch die Ersthelferverordnung vom 12. Februar 2018 (GBI. S. 57) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

§ 75  
Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer

- (1) Die Integrierte Leitstelle alarmiert in geeigneten Fällen Ersthelferinnen und Ersthelfer über App-Alarmierungssysteme nach § 24 RDG, soweit solche im Rettungsdienstbereich betriebsbereit verfügbar sind. Die Alarmierung von Helfer-vor-Ort-Systemen nach § 74 ist mit der Alarmierung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern abzustimmen.
- (2) Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer, die in einem App-Alarmierungssystem registriert sind, müssen mindestens 18 Jahre alt sein und über eine sanitätsdienstliche Ausbildung mit mindestens 48 Unterrichtseinheiten verfügen. Der Ausbildung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn die fachliche Befähigung auf andere Weise erworben wurde. Im Rettungsdienst aktiv Tätige benötigen keine zusätzliche Ausbildung zur Mitwirkung. Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer sollten über den Systembetreiber Zugang zu Angeboten der Einsatznachsorge erhalten und versicherungsrechtlich abgesichert sein.
- (3) Die Integrierte Leitstelle hat sich vor der Einbindung des Systems die Erfüllung der Vorgaben nach Absatz 2 vom Systembetreiber versichern zu lassen.

(4) Die Integrierte Leitstelle alarmiert die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer bei folgenden Einsatzstichworten:

1. Kreislauf-Stillstand und
2. Kreislauf-Stillstand mit Telefonreanimation (T-CPR).

Im Einzelfall kann auch beim Einsatzstichwort Bewusstlosigkeit alarmiert werden. Die Alarmierung erfolgt nur, wenn dadurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil erreicht und das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des gleichzeitig alarmierten Rettungsdienstes verkürzt werden kann. Die Beurteilung obliegt der Integrierten Leitstelle aufgrund des Meldebildes. Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer sind nicht zu Einsätzen zu alarmieren, die voraussichtlich mit einer persönlichen Gefährdung verbunden sind. Hierzu zählen insbesondere Terror- und Amoklagen oder Bahn-, Starkstrom- und Gefahrstoffunfälle. Eine Alarmierung für rein organisatorische Hilfemaßnahmen ist nicht zulässig.

(5) Die Integrierte Leitstelle hat zur Qualitätssicherung die Alarmierungszeit, Übernahmezeit und Eintreffzeit der smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer zu dokumentieren.

Teil 11  
Schlussvorschrift

§ 76  
Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die fachliche Eignung von Krankentransportunternehmern vom 1. Juli 1999 (GBI. S. 349), die durch Artikel 121 der Verordnung vom 25. April 2007 (GBI. S. 252, 264) geändert worden ist, außer Kraft.

Stuttgart, den XX. Monat XXXX

[Nachname Herr Minister]

## Anlage 1

(zu § 4 Absatz 2)

### Notfallkategorien Baden-Württemberg

Die Notfallkategorien ergeben sich aus der Zusammenschau der folgenden Tabellen. Tabelle 1 beinhaltet die Zuordnung der jeweiligen Diagnosen und Maßnahmen zur Notfallkategorie. Die Bezeichnungen in den Spalten Diagnosen, Maßnahmen, Befunde und Vitalparameter/ MIND-Feld sind identisch mit den Feldbezeichnungen der Datensatzbeschreibungen der SQR-BW und des Minimalen Notfalldatensatzes (MIND) sowie den Werten des modifizierten NACA-Score (M-NACA-Score) als anerkanntes System der Einschätzung des Zustandes der Patientinnen und Patienten. Nähere Informationen zu den verwendeten Abkürzungen und zum Inhalt sind auf der Internetseite der SQR-BW ([www.sqr-bw.de](http://www.sqr-bw.de)) verfügbar.

Die Wertetabellen a, b, c und d enthalten die altersentsprechenden M-NACA-Werte. Wert 1 beschreibt dabei die Atemfrequenz pro Minute (1/min), Wert 2 das Lebensalter in Jahren.

Die Notfallkategorien werden für jede Patientin und jeden Patienten sowie bei einsatzbezogenen Kategorien für jeden Einsatz bestimmt. Ergeben sich für dieselbe Patientin oder denselben Patienten mehrere zutreffende Notfallkategorien, wird dieser Patientin oder diesem Patienten für die Planung die Notfallkategorie mit der jeweils niedrigsten Ziffer zugeordnet.

Tabelle 1 Diagnosen, Maßnahmen, Befunde

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
<b>Übergeordnete Kriterien (Maßnahmen und Befunde)</b>					
Diese lösen unabhängig von weiteren Feldern wie beispielsweise Diagnosen eine alleinige Zuordnung zu einer Notfallkategorie aus.					
BEFUND	und	Sauerstoffsättigung1 oder Sauerstoffsättigung2	gleich	1-87 %	1
		Atmung1 oder Atmung2	gleich	02 = Dyspnoe 03 = Zyanose 04 = Spastik 05 = Rasselgeräusche 06 = Stridor 07 = Atemwegsverlegung 08 = Schnappatmung	
BEFUND	und	Sauerstoffsättigung1 oder Sauerstoffsättigung2	gleich	1-87 %	1
		Alter	größergleich	18 Jahre	

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
BEFUND	und	Sauerstoffsättigung1 oder Sauerstoffsättigung2	gleich	1-87 %	1
		Alter	kleiner	18 Jahre	
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz nach M-NACA	
BEFUND		Bewusstsein1	gleich	04 = reagiert auf Schmerzreiz	1
	oder	Bewusstsein1	gleich	05 = bewusstlos	1
	oder	GCS1	gleich	3-8	1
BEFUND		Bewusstsein2	gleich	04 = reagiert auf Schmerzreiz	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	und	Medikament	enthält nicht	1001 = Fentanyl, 1002 = Morphin, 1003 = Piritramid, 1004 = Sufentanil, 1005 = anderes Opiat, 1009 = Oxycodon, 1401 = Barbiturate, 1402 = Clonazepam, 1403 = Diazepam, 1404 = Phenytoin, 1405 = Lorazepam, 1406 = Midazolam, 1497 = vorbehandelt mit Sedativa/Antiepileptika, 1498 = sonstiges Sedativum/Antiepileptikum, 2101 = Etomidat, 2102 = Propofol, 2103 = Ketamin/S-Ketamin, 2104 = Thiopental, 2197 = vorbehandelt mit Narkotika, 2198 = sonstiges Narkotikum	
	und	UmgSpezMassn	ist nicht	06 = Notfallnarkose	
BEFUND		Bewusstsein2	gleich	05 = bewusstlos	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	und	Medikament	enthält nicht	1001 = Fentanyl, 1002 = Morphin, 1003 = Piritramid, 1004 = Sufentanil, 1005 = anderes Opiat, 1009 = Oxycodon, 1401 = Barbiturate, 1402 = Clonazepam, 1403 = Diazepam, 1404 = Phenytoin, 1405 = Lorazepam, 1406 = Midazolam, 1497 = vorbehandelt mit Sedativa/Antiepileptika, 1498 = sonstiges Sedativum/Antiepileptikum, 2101 = Etomidat, 2102 = Propofol, 2103 = Ketamin/S-Ketamin, 2104 = Thiopental, 2197 = vorbehandelt mit Narkotika, 2198 = sonstiges Narkotikum	1
	und	UmgSpezMassn	ist nicht	06 = Notfallnarkose	
BEFUND	und	GCS2	gleich	3-8	1
		Bewusstsein2	ist nicht	01 = analgosediert/Narkose	

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	und	Medikament	enthält nicht	1001 = Fentanyl, 1002 = Morphin, 1003 = Piritramid, 1004 = Sufentanil, 1005 = anderes Opiat, 1009 = Oxycodon, 1401 = Barbiturate, 1402 = Clonazepam, 1403 = Diazepam, 1404 = Phenytoin, 1405 = Lorazepam, 1406 = Midazolam, 1497 = vorbehandelt mit Sedativa/Antiepileptika, 1498 = sonstiges Sedativum/Antiepileptikum, 2101 = Etomidat, 2102 = Propofol, 2103 = Ketamin/S-Ketamin, 2104 = Thiopental, 2197 = vorbehandelt mit Narkotika, 2198 = sonstiges Narkotikum	
	und	UmgSpezMassn	ist nicht	06 = Notfallnarkose	
BEFUND		Reanimationssituation	gleich	01 = Reanimation durchgeführt	1
	oder	Reanimationssituation	gleich	02 = Reanimation nicht durchgeführt, weil sichere Todeszeichen	1
	oder	Reanimationssituation	gleich	03 = Reanimation nicht durchgeführt, weil Nichtreanimationsverfügung (DNR-Order) vorhanden	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	oder	Reanimationssituation	gleich	04 = Reanimation nicht durchgeführt, weil aussichtslose Grunderkrankung bekannt	1
	oder	Reanimationssituation	gleich	05 = Reanimation nicht durchgeführt, wegen aussichtsloser sonstiger Faktoren, zum Beispiel Zeit überschritten	1
BEFUND		EKG-Befund1 oder EKG-Befund2	gleich	04 = AV-Block III	1
	oder	EKG-Befund1 oder EKG-Befund2	gleich	06 = breite QRS-Tachykardie	1
	oder	EKG-Befund1 oder EKG-Befund2	gleich	09 = Kammerflimmern, -flattern	1
	oder	EKG-Befund1 oder EKG-Befund2	gleich	10 = pulslose elektrische Aktivität	1
	oder	EKG-Befund1 oder EKG-Befund2	gleich	13 = Infarkt EKG/STEMI	2
BEFUND		Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
	oder	Atmung1 oder Atmung2	gleich	08 = Schnappatmung	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
BEFUND	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-60 mmHg	1
		Alter	größergleich	18 Jahre	
BEFUND	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	61-80 mmHg	1
		Alter	größergleich	18 Jahre	
	und	GCS1 oder GCS2	gleich	3-13	
BEFUND		M-NACA	gleich	06 = erfolgreiche Reanimation	1
BEFUND		Airway	gleich	04 = Masken-/Beutel-Beatmung	1
	oder	Airway	gleich	06 = supraglott. Atemwegshilfe SGA	1
	oder	Airway	gleich	08 = Endotrachealtubus	1
	oder	Airway	gleich	10 = Koniotomie/chir. Atemweg	1
BEFUND		Temperatur1	gleich	1-32,9 °C	1
BEFUND		Medizintechnik	gleich	07 = Mechanisches Thoraxkompressionsgerät	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	oder	Medizintechnik	gleich	08 = ECMO	1
BEFUND		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle b	altersentsprechende Werte für erniedrigte Atemfrequenz gemäß M-NACA	1
		Alter	kleiner	12 Jahre	
BEFUND		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	1
		Alter	kleiner	12 Jahre	
BEFUND		Herzfrequenz1 oder Herzfrequenz2	enthalten in Wertetabelle d	altersentsprechende Werte für erniedrigte Herzfrequenz gemäß M-NACA	1
		oder	enthalten in Wertetabelle c	altersentsprechende Werte für erhöhte Herzfrequenz gemäß M-NACA	1
MASSNAHME		Atemunterstützung - Beatmung	gleich	03 = maschinell unterstützte Spontanatmung (CPAP, NIV)	1
	oder	Atemunterstützung - Beatmung	gleich	04 = kontrollierte Beatmung	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	oder	Atemunterstützung - Beatmung	gleich	05 = Thoraxdrainage/Entlastungspunktion	1
MASSNAHME		UmgSpezMassn	gleich	05 = Kardioversion	1
	oder	UmgSpezMassn	gleich	07 = Tourniquet	1
	oder	UmgSpezMassn	gleich	08 = Hämostyptica	1
	oder	UmgSpezMassn	gleich	09 = Thorakotomie	1
	oder	UmgSpezMassn	gleich	10 = REBOA	1
	oder	UmgSpezMassn	gleich	11 = extrakorporale CPR	1
<b>Diagnosen</b>					
ZNS Erkrankungen					
1100 = Schlaganfall, TIA, intrakranielle Blutung (1101 bis 1103)					2
1101 = TIA/Schlaganfall					2
1102 = ICB (klin. Diagn.)					2
1103 = SAB (klin. Diagn.)					2

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1104 = Krampfanfall					3
1105 = Fieberkrampf					3
1106 = Status Epilepticus					1
1198 = sonstige Erkrankung ZNS					3
<b>Herz/Kreislauf Erkrankungen</b>					
1202 = ACS					2
1203 = STEMI VW					2
1204 = STEMI HW					2
1205 = Kardiogener Schock					1
1206 = tachykarde Rhythmusstörung					3
1207 = bradykarde Rhythmusstörung					3
1208 = PM/ICD Fehlfunktion					1
1209 = Lungenembolie					3
1209 = Lungenembolie	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1209 = Lungenembolie	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1209 = Lungenembolie	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1210 = Lungenödem					3
1210 = Lungenödem	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1210 = Lungenödem	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	Altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1211 = hypertensiver Notfall					3
1212 = Aortenaneurysma					2

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1212 = Aortenaneurysma	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	1
1212 = Aortenaneurysma	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	160-300 mmHg	1
1213 = Hypotonie					3
1214 = Synkope					3
1215 = Thrombose/arterieller Verschluss					3
1215 = Thrombose/arterieller Verschluss	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	1
1216 = Herz-Kreislauf-Stillstand					1
1217 = Schock unklarer Genese					2
1218 = unklarer Thoraxschmerz					3
1219 = orthostatische Fehlregulation					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1220 = hypertensive Krise/Entgleisung					3
1298 = sonstige Erkrankung Herz-Kreislauf					3
<b>Atemwegserkrankungen</b>					
1301 = Asthma (Anfall)					1
1302 = Status Asthmaticus					1
1303 = exacerbierte COPD					3
1303 = exacerbierte COPD	und und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1303 = exacerbierte COPD	und und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1304 = Aspiration					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1304 = Aspiration	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1304 = Aspiration	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1305 = Pneumonie/Bronchitis					3
1305 = Pneumonie/Bronchitis	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1305 = Pneumonie/Bronchitis	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1306 = Hyperventilationssyndrom					3
1307 = Laryngeotracheobronchitis LTB					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1307 = Laryngeotracheobronchitis LTB	und	Sauerstoffsaetzung1 oder Sauerstoffsaetzung2	gleich	88-90 %	1
1308 = Epiglottitis					2
1308 = Epiglottitis	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1308 = Epiglottitis	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1309 = Spontanpneumothorax					3
1309 = Spontanpneumothorax	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1309 = Spontanpneumothorax	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1310 = Hämoptysis					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1310 = Hämoptysis	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	1
1310 = Hämoptysis	und und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1310 = Hämoptysis	und und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1311 = Dyspnoe unklarer Ursache					3
1311 = Dyspnoe unklarer Ursache	und und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1311 = Dyspnoe unklarer Ursache	und und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
		Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1312 = Pseudokrupp					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1312 = Pseudokrupp	und	Sauerstoffsättigung1 oder Sauerstoffsättigung2	gleich	88-90 %	1
1398 = sonstige Erkrankung Atmung					3
1398 = sonstige Erkrankung Atmung	und	Sauerstoffsättigung1 oder Sauerstoffsättigung2	gleich	88-90 %	1
1398 = sonstige Erkrankung Atmung	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1398 = sonstige Erkrankung Atmung	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
<b>Abdominelle Erkrankungen</b>					
1401 = akutes Abdomen					3
1401 = akutes Abdomen	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1402 = obere GI Blutung					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1402 = obere GI Blutung	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1403 = untere GI Blutung					3
1403 = untere GI Blutung	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1404 = Gallenkolik					3
1405 = Nierenkolik					3
1406 = Kolik allgemein					3
1498 = sonstige Erkrankung Abdomen					3
1498 = sonstige Erkrankung Abdomen	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
<b>Psychiatrische Erkrankungen</b>					
1501 = psychischer Ausnahmezustand					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1501 = psychischer Ausnahmezustand	und	M-NACA	gleich	2	4
1502 = Depression, Angst					3
1502 = Depression, Angst	und	M-NACA	gleich	2	4
1503 = Manie, Psychose					3
1503 = Manie, Psychose	und	M-NACA	gleich	2	4
1504 = Intoxikation Alkohol					3
1504 = Intoxikation Alkohol	und	M-NACA	gleich	2	4
1505 = Intoxikation Drogen					3
1505 = Intoxikation Drogen	und	M-NACA	gleich	2	4
1506 = Intoxikation Medikamente					3
1506 = Intoxikation Medikamente	und	M-NACA	gleich	2	4
1507 = sonstige Intoxikation					3
1507 = sonstige Intoxikation	und	M-NACA	gleich	2	4
1508 = Entzugssymptomatik, Delir					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1508 = Entzugssymptomatik, Delir	und	M-NACA	gleich	2	4
1509 = Suizidalität					3
1509 = Suizidalität	und	M-NACA	gleich	2	4
1510 = psychosoziale Krise					3
1510 = psychosoziale Krise	und	M-NACA	gleich	2	4
1598 = sonstige Erkrankung Psychiatrie					3
1598 = sonstige Erkrankung Psychiatrie	und	M-NACA	gleich	2	4
<b>Stoffwechsel Erkrankungen</b>					
1601 = Hypoglykämie					3
1602 = Hyperglykämie					3
1603 = Urämie/ANV					3
1604 = Exsikkose					3
1605 = bek. dialysepflichtig					4

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1698 = sonstige Erkrankung Stoffwechsel					3
<b>Gyn-/Geburtshilfe Notfälle</b>					
1701 = Schwangerschaft > 35. SSW (zur Entbindung in die Klinik)					4
1702 = Präklinische Geburt					1
1704 = Extrauterine Gravidität					3
1704 = Extrauterine Gravidität	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1705 = Eklampsie					1
1706 = vaginale Blutung					3
1706 = vaginale Blutung	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1798 = sonstige Erkrankung Gynäkologie					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
<b>Sonstige Erkrankungen</b>					
1801 = Anaphylaxie Grad 1/2					3
1802 = Anaphylaxie Grad 3/4					1
1803 = hochfieb. Infekt/Sepsis/sept. Schock					3
1803 = hochfieb. Infekt/Sepsis/sept. Schock	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1803 = hochfieb. Infekt/Sepsis/sept. Schock	und	Herzfrequenz1 oder Herzfrequenz2	gleich	121 bis 160	2
	und	Alter	größergleich	18 Jahre	
1803 = hochfieb. Infekt/Sepsis/sept. Schock	und	Alter	größergleich	18 Jahre	2
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1803 = hochfieb. Infekt/Sepsis/sept. Schock	und	Alter	kleiner	18 Jahre	2
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	Altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1804 = Hitzeerschöpfung, Hitzschlag					3
1805 = Unterkühlung/Erfrierung					3
1806 = (Beinahe-) Ertrinken					3
1806 = (Beinahe-) Ertrinken	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
1806 = (Beinahe-) Ertrinken	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
1807 = SIDS					1
1808 = akzidentelle Intoxikation					3
1809 = akute Lumbago					3
1810 = Palliative Situation					3
1811 = medizinische Behandlungskomplikation					3
1812 = Epistaxis/HNO-Erkrankung					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1812 = Epistaxis/HNO-Erkrankung	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1813 = urologische Erkrankung					3
1814 = Augenerkrankung					3
1899 = unklare Erkrankung					3
1901 = unklares Fieber					3
1902 = Meningitis - Encephalitis					1
1903 = Tbc (offen)					4
1904 = Infektiöse Gastroenteritis					3
1904 = Infektiöse Gastroenteritis	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2
1905 = Infektion/Besiedlung mit Multiresistenten Erregern abgedeckt					4
1906 = Infektion/Besiedlung mit Multiresistenten Erregern offen					4

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
1907 = Viren (Hepatitis/HIV)					4
1908 = Viren (Influenza)					4
1909 = Hochkontagiöse Erreger (SARS, HKLE,...)					4
1998 = sonstige Infektionserkrankungen					4
<b>Trauma/Verletzung</b>					
(SHT) 2001 = leicht					3
(SHT) 2001 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(SHT) 2002 = mittel					3
(SHT) 2002 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(SHT) 2003 = schwer - lebensbedrohlich					2
(SHT) 2003 = schwer - lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(SHT) 2003 = schwer - lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(SHT) 2003 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(SHT) 2004 = tödlich					1
(Trauma Gesicht) 2101 = leicht					3
(Trauma Gesicht) 2101 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma Gesicht) 2102 = mittel					3
(Trauma Gesicht) 2102 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma Gesicht) 2103 = schwer - lebensbedrohlich					2
(Trauma Gesicht) 2103 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma Gesicht) 2103 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma Gesicht) 2103 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma Gesicht) 2104 = tödlich					1
(Trauma HWS) 2201 = leicht					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma HWS) 2201 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma HWS) 2202 = mittel					3
(Trauma HWS) 2202 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma HWS) 2203 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma HWS) 2203 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma HWS) 2203 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma HWS) 2203 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma HWS) 2204 = tödlich					1
(Trauma Thorax) 2301 = leicht					3
(Trauma Thorax) 2301 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma Thorax) 2302 = mittel					3
(Trauma Thorax) 2302 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma Thorax) 2303 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma Thorax) 2303 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma Thorax) 2303 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma Thorax) 2303 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma Thorax) 2304 = tödlich					1
(Trauma Abdomen) 2401 = leicht					3
(Trauma Abdomen) 2401 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma Abdomen) 2402 = mittel					3
(Trauma Abdomen) 2402 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma Abdomen) 2403 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma Abdomen) 2403 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma Abdomen) 2403 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma Abdomen) 2403 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma Abdomen) 2404 = tödlich					1
(Trauma BWS) 2501 = leicht					3
(Trauma BWS) 2501 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma BWS) 2502 = mittel					3
(Trauma BWS) 2502 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma BWS) 2503 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma BWS) 2503 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma BWS) 2503 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma BWS) 2503 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma BWS) 2504 = tödlich					1
(Trauma Becken) 2601 = leicht					3
(Trauma Becken) 2601 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma Becken) 2602 = mittel					3
(Trauma Becken) 2602 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma Becken) 2603 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma Becken) 2603 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma Becken) 2603 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma Becken) 2603 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma Becken) 2604 = tödlich					1
(Trauma obere Extremität) 2701 = leicht					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma obere Extremität) 2701 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma obere Extremität) 2702 = mittel					3
(Trauma obere Extremität) 2702 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma obere Extremität) 2703 = schwer - lebensbedrohlich					2
(Trauma obere Extremität) 2703 = schwer - lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma obere Extremität) 2703 = schwer - lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma obere Extremität) 2703 = schwer - lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma obere Extremität) 2704 = tödlich					1
(Trauma untere Extremität) 2801 = leicht					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma untere Extremität) 2801 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4
(Trauma untere Extremität) 2802 = mittel					3
(Trauma untere Extremität) 2802 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma untere Extremität) 2803 = schwer - lebensbedrohlich					2
(Trauma untere Extremität) 2803 = schwer - lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma untere Extremität) 2803 = schwer - lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma untere Extremität) 2803 = schwer - lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma untere Extremität) 2804 = tödlich					1
(Trauma Weichteile) 2901 = leicht					3
(Trauma Weichteile) 2901 = leicht	und	M-NACA	gleich	2	4

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
(Trauma Weichteile) 2902 = mittel					3
(Trauma Weichteile) 2902 = mittel	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	1
(Trauma Weichteile) 2903 = schwer – lebensbedrohlich					2
(Trauma Weichteile) 2903 = schwer – lebensbedrohlich	und	Atmung1 oder Atmung2	gleich	07 = Atemwegsverlegung	1
(Trauma Weichteile) 2903 = schwer – lebensbedrohlich	und	Lagerungs- und Rettungstechnik	gleich	12 = Beckenschlinge	1
(Trauma Weichteile) 2903 = schwer – lebensbedrohlich	und	M-NACA	gleich	5	1
(Trauma Weichteile) 2904 = tödlich					1
<b>Spezielle Traumen</b>					
3001 = Verbrennung/Verbrühung					3
3001 = Verbrennung/Verbrühung	und	SystolischerBlutdruck1 oder SystolischerBlutdruck2	gleich	1-90 mmHg	2

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
3002 = Inhalationstrauma/Rauchgasinhalation					3
3002 = Inhalationstrauma/Rauchgasinhalation	und	Alter	größergleich	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	gleich	30-60 1/min	
3002 = Inhalationstrauma/Rauchgasinhalation	und	Alter	kleiner	18 Jahre	1
	und	Atemfrequenz1 oder Atemfrequenz2	enthalten in Wertetabelle a	altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA	
3003 = Elektrounfall					3
3003 = Elektrounfall	und	M-NACA	gleich	4 oder 5	2
3004 = Verätzung					3
3005 = Tauchunfall					3

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
3005 = Tauchunfall	und	Neurologische Auffälligkeiten	gleich	01 = Gesichtslähmung 02 = Motorik Arme 03 = Motorik Beine 04 = Sehstörung/Doppelbilder 05 = Sprachstörung/Sprechstörung 06 = Sensibilitätsstörung 07 = Gangunsicherheit/Schwindel	2
3098 = sonstige					3
9999 = keine Erkrankung/Verletzung feststellbar					4
<b>Einsatzbezogene Kategorie</b>					
Einsatzbezogene Kategorie	und	Einsatzstichwort (Leitstelle)	gleich	Feuerwehrlage_R1	1
		kein Patient vorhanden			
Einsatzbezogene Kategorie		Einsatzstichwort (Leitstelle)	gleich	Polizeilage_R1	1

Diagnosen, Maßnahmen, Befunde	Bedingung	Vitalparameter/ MIND-Feld	Operator	Wert	NOTFALL-KATEGORIE
	und	kein Patient vorhanden			

Wertetabelle a: Altersentsprechende Werte für erhöhte Atemfrequenz gemäß M-NACA

Feld 1	Operator1	Wert1	Operator	Feld2	Operator2	Wert2	Erklärung
Atemfrequenz	gleich	81 bis 98	und	Alter	kleiner	0,25	Atemfrequenz: 81 bis 98 1/min und Alter unter 3 Monate
Atemfrequenz	gleich	76 bis 98					Atemfrequenz: 76 bis 98 1/min
Alter	größergleich	0,25	und	Alter	kleiner	0,5	und Alter 3 Monate bis unter 6 Monate
Atemfrequenz	gleich	71 bis 98					Atemfrequenz: 71 bis 98 1/min
Alter	größergleich	0,5	und	Alter	kleiner	1	und Alter 6 Monate bis unter 1 Jahr
Atemfrequenz	gleich	56 bis 98					Atemfrequenz: 56 bis 98 1/min
Alter	größergleich	1	und	Alter	kleiner	2	und Alter 1 Jahr bis unter 2 Jahre
Atemfrequenz	gleich	46 bis 98					Atemfrequenz: 46 bis 98 1/min
Alter	größergleich	2	und	Alter	kleiner	3	und Alter 2 Jahre bis unter 3 Jahre
Atemfrequenz	gleich	41 bis 98					Atemfrequenz: 41 bis 98 1/min
Alter	größergleich	3	und	Alter	kleiner	6	und Alter 3 Jahre bis unter 6 Jahre
Atemfrequenz	gleich	33 bis 98					Atemfrequenz: 33 bis 98 1/min
Alter	größergleich	6	und	Alter	kleiner	12	und Alter 6 Jahre bis unter 12 Jahre
Atemfrequenz	gleich	31 bis 98					Atemfrequenz: 31 bis 98 1/min
Alter	größergleich	12	oder	Alter	gleich	kein Wert	und (Alter größergleich 12 Jahre oder nicht dokumentiert)

Wertetabelle b: Altersentsprechende Werte für erniedrigte Atemfrequenz gemäß M-NACA

Feld 1	Operator1	Wert1	Operator	Feld2	Operator2	Wert2	Erklärung
Atemfrequenz	gleich	1 bis 20	und	Alter	kleiner	0,25	Atemfrequenz: 1 bis 20 UND Alter unter 3 Monate
Atemfrequenz	gleich	1 bis 19	und	Alter	kleiner	0,5	Atemfrequenz: 1 bis 19
Alter	größergleich	0,25					und Alter 3 Monate bis unter 6 Monate
Atemfrequenz	gleich	1 bis 14	und	Alter	kleiner	2	Atemfrequenz: 1 bis 14
Alter	größergleich	0,5					und Alter 6 Monate bis unter 2
Atemfrequenz	gleich	1 bis 11	und	Alter	kleiner	3	Atemfrequenz: 1 bis 11
Alter	größergleich	2					und Alter 2 bis unter 3
Atemfrequenz	gleich	1 bis 9	und	Alter	kleiner	6	Atemfrequenz: 1 bis 9
Alter	größergleich	3					und Alter 3 bis unter 6
Atemfrequenz	gleich	1 bis 7	oder	Alter	gleich	kein Wert	Atemfrequenz: 1 bis 7
Alter	größergleich	6					und (Alter größergleich 6 oder nicht dokumentiert)

Wertetabelle c: Altersentsprechende Werte für erhöhte Herzfrequenz gemäß M-NACA

Feld 1	Operator1	Wert1	Operator	Feld2	Operator2	Wert2	Erklärung
Herzfrequenz	gleich	211 bis 300	und	Alter	kleiner	0,5	Herzfrequenz: 211 bis 300 UND Alter unter 6 Monate
Herzfrequenz	gleich	191 bis 300	und	Alter	kleiner	2	Herzfrequenz: 191 bis 300
Alter	größergleich	0,5					und Alter 6 Monate bis unter 2
Herzfrequenz	gleich	176 bis 300	und	Alter	kleiner	3	Herzfrequenz: 176 bis 300
Alter	größergleich	2					und Alter 2 bis unter 3
Herzfrequenz	gleich	156 bis 300	und	Alter	kleiner	6	Herzfrequenz: 156 bis 300
Alter	größergleich	3					und Alter 3 bis unter 6
Herzfrequenz	gleich	141 bis 300	und	Alter	kleiner	12	Herzfrequenz: 141 bis 300
Alter	größergleich	6					und Alter 6 bis unter 12
Herzfrequenz	gleich	131 bis 300	und	Alter	kleiner	18	Herzfrequenz: 131 bis 300
Alter	größergleich	12					und Alter 12 bis unter 18
Herzfrequenz	gleich	161 bis 300	oder	Alter	gleich	kein Wert	Herzfrequenz: 161 bis 300
Alter	größergleich	18					und (Alter größergleich 18 oder nicht dokumentiert)

Wertetabelle d: Altersentsprechende Werte für erniedrigte Herzfrequenz gemäß M-NACA

Feld 1	Operator1	Wert1	Operator	Feld2	Operator2	Wert2	
Herzfrequenz	gleich	1 bis 79	und	Alter	kleiner	0,25	Herzfrequenz: 1 bis 79 1/min UND Alter unter 3 Monate
Herzfrequenz	gleich	1 bis 69	und	Alter	kleiner	1	Herzfrequenz: 1 bis 69 1/min
Alter	größergleich	0,25					und Alter 3 Monate bis unter 1 Jahr
Herzfrequenz	gleich	1 bis 59	und	Alter	kleiner	3	Herzfrequenz: 1 bis 59 1/min
Alter	größergleich	1					und Alter 1 bis unter 3 Jahre
Herzfrequenz	gleich	1 bis 49	und	Alter	kleiner	6	Herzfrequenz: 1 bis 49 1/min
Alter	größergleich	3					und Alter 3 bis unter 6 Jahre
Herzfrequenz	gleich	1 bis 44	und	Alter	kleiner	12	Herzfrequenz: 1 bis 44 1/min
Alter	größergleich	6					und Alter 6 bis unter 12 Jahre
Herzfrequenz	gleich	1 bis 39	und	Alter	kleiner	18	Herzfrequenz: 1 bis 39 1/min
Alter	größergleich	12					und Alter 12 bis unter 18 Jahre
Herzfrequenz	gleich	1 bis 29	oder	Alter	gleich	kein Wert	Herzfrequenz: 1 bis 29 1/min
Alter	größergleich	18					und (Alter größergleich 18 Jahre ODER nicht dokumentiert)

## Anlage 2

(zu § 5 Absatz 4)

### Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen Notfallrettung

#### Inhalt

##### Vorbemerkung

1. Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
  - 1.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
  - 1.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
  - 1.3 Berechnung der Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
  - 1.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
2. Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen
  - 2.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen
  - 2.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen
  - 2.3 Berechnung der Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen
  - 2.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen
3. Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
  - 3.1 Planungsmethodik der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

- 3.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
- 3.3 Berechnung der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
- 3.4 Plausibilitätskriterien für die Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen
4. Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen
  - 4.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen
  - 4.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen
  - 4.3 Berechnung der Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen
  - 4.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit bei Sekundäreinsätzen
5. Überprüfung der Planung
6. Zusätzliche zu berechnende Parameter

#### Erläuterung

#### Vorbemerkung

Die in Anlage 1 zu dieser Verordnung aufgeführten Notfallkategorien sind die Grundlage für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltungen in der bodengebundenen Notfallrettung sowie deren Überprüfung. Die Zuordnung bestimmter Einsätze zu den Notfallkategorien 1 bis 3 erfolgt im Wesentlichen auf der Grundlage von konkreten Befunden, Diagnosen und durchgeföhrten Maßnahmen sowie bei besonderen Einsatzlagen. Damit die Vollständigkeit des Einsatzgeschehens abgebildet werden kann, werden die verbleibenden Einsätze den Notfallkategorien 4 und 5 zugewiesen.

Die Notfallkategorie 4 bezieht sich dabei auf Einsätze, bei denen bei einer retrospektiven Betrachtung keine Indikation für eine Notfallrettung bestand.

Bei Einsätzen der Notfallkategorie 5 handelt es sich um Einsätze, bei denen aufgrund fehlender medizinischer Daten eine Zuordnung zu den Notfallkategorien 1 bis 4 nicht möglich ist. Insbesondere bei Rettungsmitteln, die außerhalb von Baden-Württemberg stationiert sind und Einsätze in Baden-Württemberg durchführen, fehlen die medizinischen Daten zur Ermittlung der Notfallkategorie. Dies muss bei der Planung beachtet werden. Daher werden Einsätze der Notfallkategorie 5 bei allen nachfolgend aufgeführten Planungsgrundsätzen nicht unmittelbar berücksichtigt. Stattdessen ist bei der Planung für die Einsätze der Notfallkategorien 1 bis 4 ein Sicherheitsaufschlag vorzusehen. Die Höhe dieses Aufschlages ist abhängig vom Umfang der Fallzahl in der Notfallkategorie 5.

Die Kennzahlen ergeben sich aus der durch die Leitstellen und Rettungsmittel durchgeföhrten Dokumentation der jeweiligen Einsätze. Für die Planung ist daher zunächst eine retrospektive Betrachtung notwendig. Darauf aufbauend wird der aus planerischer Sicht notwendige Bedarf an Rettungsmittelvorhaltungen anhand des zurückliegenden Zeitraums durch eine Prognose beziehungsweise Simulation für die Folgezeit bestimmt.

## 1. Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

### 1.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Für die Eintreffzeit sind die Primäreinsätze maßgeblich, die in der ex-post-Bewertung der Notfallkategorie 1 zuzuordnen sind. Grundlage dieser Zuordnung ist die im Minimalen Notfalldatensatz (MIND) und Leitstellendatensatz erfolgte Dokumentation. Beide Datensätze können in der Infothek der Internetseite der SQR-BW ([www.sqr-bw.de](http://www.sqr-bw.de)) abgerufen werden.

Bei der Markierung der Eintreffzeit durch andere Rettungsmittel als den Rettungswagen wird eine Obergrenze von 10 Prozent bezogen auf den Rettungsdienstbereich und den Jahreszeitraum festgelegt. Wird in einem Rettungsdienstbereich die Obergrenze überschritten, muss die Vorhaltung von Rettungswagen in diesem Bereich unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten überprüft werden.

### 1.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Relevant für die Ermittlung der planerischen Eintreffzeit sind Primäreinsätze der Notfallkategorien 1 und 3 entsprechend den Festlegungen in Anlage 1 dieser Verordnung.

Die Eintreffzeit wird unabhängig von der Anzahl der Patientinnen und Patienten und der Rettungsmittelanzahl durch das ersteintreffende Rettungsmittel der Notfallrettung markiert. Selbstfahrende Notärztinnen und Notärzte markieren nicht die Eintreffzeit für das ersteintreffende Rettungsmittel.

Primäreinsätze der Notfallkategorien 4 und 5 werden nicht in die Berechnung der Planungsfristen einbezogen, müssen jedoch als Rettungsmittelbedarf bei der Planung berücksichtigt werden.

Folgende Einsätze werden aus der Berechnung ausgeschlossen:

- a) Blut-, Organ- und Gerätetransporte, Dienstfahrten und Einsätze der besonders eingerichteten Transportrettungsmittel nach § 38 und der Transportvorhaltungen Dritter nach § 39,
- b) unvollständige Datensätze, insbesondere bei fehlendem Beginn- oder Endzeitpunkt,
- c) implausible Datensätze, wobei die unter Nummer 1.4 genannten Plausibilitätskriterien zur Ermittlung der Eintreffzeit zur Anwendung kommen.

Die Eintreffzeiten bei Primäreinsätzen des Rettungswagens werden bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich ermittelt.

### 1.3 Berechnung der Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Rechnerischer Beginn der Eintreffzeit ist der Zeitpunkt, ab dem die Disponentin oder der Disponent in der Integrierten Leitstelle aufgrund der eingegangenen Informationen über das Notfallereignis in der Lage ist, zu erkennen, dass ein Notfalleinsatz vorliegt und ab welchem mit der Disposition der Rettungsmittel begonnen werden muss. Diese Erkenntnis kann sowohl durch Anrufe bei der Integrierten Leitstelle als auch durch alternative Notrufarten wie beispielsweise textliche Übertragungswege generiert werden. Dieser Zeitpunkt ist systemübergreifend wie folgt zu konkretisieren:

- a) Sobald der Einsatzort, bestehend aus mindestens Gemeinde, Ortsteil und Straße, und das Einsatzstichwort im Laufe einer Einsatzeröffnung eingegeben werden, ist jeweils ein Zeitstempel zu generieren. Der später erzeugte Zeitstempel markiert den Beginn der Berechnung der Eintreffzeit. Dieser Zeitpunkt ist im Feld Einsatzannahmeende des Leitstellendatensatzes zu übermitteln.
  - aa) Sollte in Ausnahmefällen kein Ortsteil und keine Straße vorliegen, ist die Eingabe der Gemeinde oder eines konkreten Gebietes oder eine Geokoordinate ausreichend.
  - bb) Sollte in Ausnahmefällen vor dem kompletten Erfassen dieser Informationen manuell gespeichert werden und kein späterer Zeitstempel zur Verfügung stehen, wird der manuell erzeugte Zeitstempel herangezogen.
- b) Sofern diese Zeitstempel in den jeweils eingesetzten Einsatzleitsystemen nicht verfügbar sind, sind folgende Zeitpunkte zu Grunde zu legen:
  - aa) Automatisiertes Speichern des Einsatzes mit Vorliegen der oben genannten Daten bestehend aus Einsatzort und Einsatzstichwort, wobei anders als in Buchstabe a nur ein gemeinsamer, undifferenzierter Zeitstempel erzeugt wird,
  - bb) Zeitstempel Einsatzstichwortänderung oder nachträgliche Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten zur Kennzeichnung des nachträglichen Erkenntnisgewinns, wenn bereits ein Rettungsmittel ohne Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten auf dem Weg zum Einsatzort oder am Einsatzort ist,
- c) Status 4 als rechnerisches Ende der Eintreffzeit.

Gibt es in einem Einsatz mehrere eintreffzeitrelevante Patientinnen und Patienten, ist nur eine Eintreffzeit zu ermitteln. Hier markiert das ersteintreffende Rettungsmittel nach Nummer 1.2 die Eintreffzeit.

#### 1.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Für die Ermittlung der Eintreffzeit gelten die nachfolgenden Plausibilitätskriterien:

- a) Zeitstempel Alarm vorhanden
- b) Zeitstempel Einsatzannahmeende vorhanden
- c) Status 4 vorhanden
- d) positive Eintreffzeit: Status 4 minus Einsatzannahmeende über 0
- e) Status 4 minus Alarm über 0
- f) Status 4 minus nachträglich angeordnetes Sondersignal über 0
- g) Alarm minus Einsatzannahmeende über oder gleich 0
- h) Status 4 minus Status 3 über 5 Sekunden, sofern Status 3 vorhanden
- i) Status 8 minus Status 3 über 30 Sekunden, sofern Status 8 vorhanden
- j) Status 7 minus Status 4 über 30 Sekunden, sofern Status 7 vorhanden
- k) Eintreffzeit über 29 Sekunden und unter 120 Minuten

## 2. Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen

### 2.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen

Die indikationsgerechte Entsendung notärztlich besetzter Rettungsmittel nach dem Notarztindikationskatalog in Anlage 5 zu dieser Verordnung wird über die Dispositionsgrundsätze nach § 24 Absatz 3 sichergestellt.

Die Entsendung eines notärztlich besetzten bodengebundenen Rettungsmittels mit Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten gilt aus planerischer Sicht als Handlung nach dem Notarztindikationskatalog. Planungsrelevant hinsichtlich der Vorhaltung notärztlich besetzter bodengebundener Rettungsmittel sind daher alle Einsätze, für deren Anfahrt zum Notfallort die Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten durch die Integrierte Leitstelle angeordnet wurde.

Bei dieser Methodik entspricht die Überprüfung der Wirksamkeit der Planung in Form einer retrospektiven Beurteilung aller Einsätze, bei denen ein bodengebundenes notärztlich besetztes Rettungsmittel unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten zum Einsatzort geschickt wurde, der prospektiven Sicht. Weitere differenzierte Analysen, wie bei der Eintreff- oder Prähospitalzeit des Rettungswagens, sind nicht erforderlich.

Bei der Markierung der notärztlichen Eintreffzeit durch andere Rettungsmittel als durch das Notarzteinsatzfahrzeug wird eine Obergrenze von 10 Prozent festgelegt. Wird in einem Rettungsdienstbereich die Obergrenze bezogen auf den Rettungsdienstbereich und den Jahreszeitraum überschritten, muss die Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen in diesem Bereich unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten überprüft werden.

## 2.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen

Folgende Einsätze sind relevant für die Ermittlung der planerischen Eintreffzeit:

- a) Einsätze, bei denen unter Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten
  - aa) eine Notärztin oder ein Notarzt durch die Integrierte Leitstelle disponiert oder
  - bb) eine Notärztin oder ein Notarzt durch ein vor Ort befindliches Rettungsmittel nachgefordert wird.
- b) Für die Eintreffzeit notärztlich besetzter Rettungsmittel besteht eine planerische Vorgabe, die unabhängig von der Anzahl der Patientinnen und Patienten und der Rettungsmittelanzahl durch das ersteintreffende notärztlich besetzte Rettungsmittel markiert wird.
- c) Bei selbstfahrenden Notärztinnen und Notärzten gilt folgende Regelung:
  - aa) Trifft die selbstfahrende Notärztin oder der selbstfahrende Notarzt vor dem ersten Rettungswagen am Einsatzort ein, markiert der Rettungswagen die notärztliche Eintreffzeit.

- bb) Trifft die selbstfahrende Notärztin oder der selbstfahrende Notarzt nach dem Rettungswagen am Einsatzort ein, markiert die selbstfahrende Notärztin oder der selbstfahrende Notarzt die notärztliche Eintreffzeit.
- d) Für die Ermittlung der planerischen Eintreffzeit sind Primäreinsätze mit Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten auf der Anfahrt zum Notfallort relevant.
- e) Primäreinsätze ohne Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten auf der Anfahrt zum Notfallort werden nicht in die Planungsfrist einbezogen, müssen jedoch als Rettungsmittelbedarf bei der Planung berücksichtigt werden.

Notarztnachforderungen sind Teil der Grundgesamtheit. Eine Notarztnachforderung liegt vor, sobald sich ein Krankentransportwagen oder Rettungswagen bereits im Status 4 befindet und danach eine Alarmierung eines notärztlich besetzten Rettungsmittels zu diesem Einsatz erfolgt.

Folgende Einsätze werden aus der Berechnung ausgeschlossen:

- a) Blut-, Organ- und Gerätetransporte, Dienstfahrten und Einsätze der besonders eingerichteten Transportrettungsmittel nach § 38 und der Transportvorhaltungen Dritter nach § 39,
- b) unvollständige Datensätze, insbesondere bei fehlendem Beginn- oder Endzeitpunkt,
- c) implausible Datensätze, wobei die unter Nummer 2.4 genannten Plausibilitätskriterien zur Anwendung kommen.

Die Eintreffzeiten bei Primäreinsätzen notärztlich besetzter Rettungsmittel werden bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich ermittelt.

### 2.3 Berechnung der Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen

Rechnerischer Beginn der Eintreffzeit ist der Zeitpunkt, ab dem die Disponentin oder der Disponent in der Integrierten Leitstelle aufgrund der eingegangenen Informationen über das Notfallereignis in der Lage ist, zu erkennen, dass ein Notfalleinsatz vorliegt, und ab welchem mit der Disposition der Rettungsmittel begonnen werden muss. Diese Erkenntnis kann sowohl durch Anrufe bei der

Integrierten Leitstelle als auch durch alternative Notrufarten wie beispielsweise textliche Übertragungswege generiert werden. Dieser Zeitpunkt ist systemübergreifend wie folgt zu konkretisieren:

- a) Sobald der Einsatzort bestehend aus mindestens Gemeinde, Ortsteil und Straße und das Einsatzstichwort im Laufe einer Einsatzeröffnung eingegeben werden, ist jeweils ein Zeitstempel zu generieren, von denen der später erzeugte den Beginn der Berechnung der Eintreffzeit markiert, dieser Zeitpunkt ist im Feld Einsatzannahmeende zu übermitteln.
  - aa) Sollte in Ausnahmefällen kein Ortsteil und keine Straße vorliegen, ist die Eingabe der Gemeinde oder eines konkreten Gebietes oder eine Geokoordinate ausreichend.
  - bb) Sollte in Ausnahmefällen vor dem kompletten Erfassen dieser Informationen manuell gespeichert werden und kein späterer Zeitstempel wie oben unter Nummer 1.3 zur Verfügung stehen, wird dieser frühere Zeitstempel herangezogen.
- b) Sofern diese Zeitstempel in den jeweils eingesetzten Einsatzleitsystemen nicht verfügbar sind, sind folgende Zeitpunkte zu Grunde zu legen:
  - aa) automatisiertes Speichern des Einsatzes mit Vorliegen der oben genannten Daten bestehend aus Einsatzort und Einsatzstichwort, damit dieser Einsatz disponiert werden könnte, wobei anders als in Nummer 1 nur ein gemeinsamer, undifferenzierter Zeitstempel erzeugt wird,
  - bb) bei Notarznachforderungen beginnt die notärztliche Eintreffzeit ab dem frühesten der drei folgenden Zeitpunkte:
    - aaa) Einsatzstichwortänderung in ein „notarztpflichtiges“ Stichwort,
    - bbb) nachträgliche Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten,
    - ccc) Alarmierungszeitpunkt des notärztlich besetzten Rettungsmittels,
  - cc) Zeitstempel Einsatzstichwortänderung oder nachträgliche Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten zur

Kennzeichnung des nachträglichen Erkenntnisgewinns, wenn bereits ein Rettungsmittel ohne Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten auf dem Weg zum Einsatzort oder am Einsatzort ist,

- c) Status 4 als rechnerisches Ende der Eintreffzeit.

#### 2.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges bei Primäreinsätzen

Für die Ermittlung der Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeuges gelten die nachfolgenden Plausibilitätskriterien:

- a) Zeitstempel Alarm vorhanden
- b) Zeitstempel Einsatzannahmende vorhanden
- c) Status 4 vorhanden
- d) positive Eintreffzeit: Status 4 minus Einsatzannahmende über 0
- e) Status 4 minus Alarm über 0
- f) Status 4 minus nachträglich angeordnetes Sondersignal über 0
- g) Alarm minus Einsatzannahmende über oder gleich 0
- h) Status 4 minus Status 3 über 5 Sekunden, sofern Status 3 vorliegt
- i) Status 8 minus Status 3 über 30 Sekunden, sofern Status 8 vorliegt
- j) Status 7 minus Status 4 über 30 Sekunden, sofern Status 7 vorliegt
- k) Eintreffzeit über 29 Sekunden und unter 120 Minuten

#### 3. Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

##### 3.1 Planungsmethodik der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Für die Planungsmethodik der Prähospitalzeit gelten im Wesentlichen die gleichen Grundsätze wie für die Eintreffzeit. Da es sich um eine Planungsgröße handelt, die nur durch ein transportierendes Fahrzeug der Notfallrettung eingehalten werden kann, ist diese auch nur für die Vorhaltung von Rettungswagen relevant. Dies ergibt sich aus § 6 Absatz 2 RDG. Zur Erfüllung der Prähospitalzeit können alle anderen transportierenden Rettungsmittel der Notfallrettung beitragen.

Für die Prähospitalzeit sind die Primäreinsätze maßgeblich, die in der ex-post-Bewertung durch die im MIND des Rettungswagens und/oder des ärztlich besetzten Rettungsmittels erfolgte Dokumentation der Notfallkategorie 2 zuzuordnen sind. Die hierfür maßgeblichen Beurteilungskriterien ergeben sich aus der Kopfzeile der Tabelle in Anlage 1 zu dieser Verordnung.

### 3.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Relevant für die Ermittlung der planerischen Prähospitalzeit sind Primäreinsätze der Notfallkategorie 2 entsprechend den Festlegungen in Anlage 1 zu dieser Verordnung, bei denen ein Transport in eine geeignete klinische oder ambulante medizinische Versorgungseinrichtung stattfindet.

Primäreinsätze der Notfallkategorien 4 und 5 werden nicht in die Planungsfristen einbezogen, müssen jedoch als Rettungsmittelbedarf bei der Planung berücksichtigt werden.

Folgende Einsätze werden aus der Berechnung ausgeschlossen:

- a) Blut-, Organ- und Gerätetransporte, Dienstfahrten und Einsätze der besonders eingerichteten Transportrettungsmittel nach § 38 und Transportvorhaltungen Dritter nach § 39,
- b) unvollständige Datensätze, insbesondere bei fehlendem Beginn- oder Endzeitpunkt,
- c) implausible Datensätze, wobei die unter Nummer 3.4. genannten Plausibilitätskriterien für die Ermittlung der Prähospitalzeit zur Anwendung kommen.

Die Prähospitalzeiten bei Primäreinsätzen des transportierenden Rettungsmittels der Notfallrettung werden bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich nach Anlage 3 zu dieser Verordnung ermittelt.

### 3.3 Berechnung der Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Rechnerischer Beginn der Prähospitalzeit ist der Einsatzbezogene Aufschaltzeitpunkt.

Rechnerisches Ende der Prähospitalzeit ist der Status 8 des transportierenden Rettungsmittels. Gibt es in einem Einsatz mehrere transportierende Rettungsmittel und unterschiedliche Notfallkategorie-2-Patientinnen und -Patienten, sind mehrere Prähospitalzeiten zu ermitteln.

### 3.4 Plausibilitätskriterien für die Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen

Für die Ermittlung der Prähospitalzeit gelten die nachfolgenden Plausibilitätskriterien:

- a) Zeitstempel Aufschaltzeit vorhanden
- b) Status 8 vorhanden
- c) Prähospitalzeit über oder gleich 15 Minuten
- d) Prähospitalzeit unter 2,5 Stunden

## 4. Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen

### 4.1 Planungsmethodik für die Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen

Ein Sekundäreinsatz gilt nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 als dringlich, wenn die Anfahrt mindestens eines der an der Verlegung beteiligten Rettungsmittel zum abgebenden Krankenhaus unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten erfolgt.

### 4.2 Grundgesamtheit für die Berechnung der Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen

Folgende Einsätze sind relevant für die Ermittlung der planerischen Eintreffzeit bei Sekundäreinsätzen:

- a) dringliche Sekundäreinsätze nach § 4 Absatz 1 Nummer 6,
- b) nicht dringliche Sekundäreinsätze werden nicht in die Planungsfristen einbezogen, müssen jedoch als Rettungsmittelbedarf bei der Planung berücksichtigt werden.

Eine Notarztnachforderung liegt vor, sobald sich ein Krankentransportwagen oder Rettungswagen bereits im Status 4 befindet und danach eine Alarmierung eines notärztlich besetzten Rettungsmittels zu diesem Einsatz erfolgt.

Folgende Einsätze werden aus der Berechnung ausgeschlossen:

- a) Blut-, Organ- und Gerätetransporte, Dienstfahrten und Einsätze besonders eingerichteten Transportrettungsmittel nach § 38 und Transportvorhaltungen Dritter nach § 39,
- b) unvollständige Datensätze, insbesondere fehlender Beginn- oder Endzeitpunkt,
- c) implausible Datensätze, wobei die unter Nummer 4.4. genannten Plausibilitätskriterien für die Ermittlung der Eintreffzeit zur Anwendung kommen.

Die Eintreffzeiten bei dringlichen Sekundäreinsätzen werden bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich ermittelt.

#### 4.3 Berechnung der Eintreffzeit bei dringlichen Sekundäreinsätzen

Rechnerischer Beginn der Eintreffzeit ist der Zeitpunkt, ab dem die Disponentin oder der Disponent in der Integrierten Leitstelle aufgrund der eingegangenen Informationen über das Notfallereignis in der Lage ist zu erkennen, dass ein dringlicher Sekundäreinsatz vorliegt und ab welchem mit der Disposition der Rettungsmittel begonnen werden muss. Diese Erkenntnis kann sowohl durch Anrufe bei der Integrierten Leitstelle als auch durch alternative Notrufarten wie beispielsweise textliche Übertragungswege generiert werden. Dieser Zeitpunkt kann systemübergreifend wie folgt konkretisiert werden:

- a) sobald der Einsatzort bestehend aus mindestens Gemeinde, Ortsteil und Straße und das Einsatzstichwort im Laufe einer Einsatzeröffnung eingegeben werden, ist jeweils ein Zeitstempel zu generieren, von denen der später erzeugte den Beginn der Berechnung der Eintreffzeit markiert, dieser Zeitpunkt ist im Feld Einsatzannahmeende zu übermitteln,
  - aa) sollte in Ausnahmefällen kein Ortsteil und keine Straße vorliegen, ist die Eingabe der Gemeinde oder eines konkreten Gebietes oder Geokoordinate ausreichend,
  - bb) sollte in Ausnahmefällen vor dem kompletten Erfassen dieser Informationen manuell gespeichert werden und kein späterer Zeitstempel zur Verfügung stehen, wird dieser frühere Zeitstempel herangezogen,
- b) soweit diese Zeitstempel in den jeweils eingesetzten Einsatzleitsystemen nicht verfügbar sind, sind folgende Zeitpunkte zu Grunde zu legen:
  - aa) automatisiertes Speichern des Einsatzes mit Vorliegen der oben genannten Daten bestehend aus Einsatzort und Einsatzstichwort, damit dieser Einsatz disponiert werden könnte, wobei anders als in Nummer 1 nur ein gemeinsamer, undifferenzierter Zeitstempel erzeugt wird,
  - bb) bei Notarznachforderungen beginnt die notärztliche Eintreffzeit ab dem frühesten der drei folgenden Zeitpunkte:
    - aaa) Einsatzstichwortänderung in ein „notarztpflichtiges“ Stichwort,
    - bbb) nachträgliche Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten,
    - ccc) Alarmierungszeitpunkt des notärztlich besetzten Rettungsmittels,
  - cc) Einsatzstichwortänderung oder nachträgliche Anordnung von Sondersignal zur Kennzeichnung des nachträglichen Erkenntnisgewinns, wenn bereits ein Rettungsmittel ohne Sondersignal auf dem Weg zum Einsatzort oder am Einsatzort ist,
- c) der übermittelte Status 4 als rechnerisches Ende der Eintreffzeit.

#### 4.4 Plausibilitätskriterien für die Eintreffzeit bei Sekundäreinsätzen

Für die Ermittlung der Eintreffzeit bei Sekundäreinsätzen gelten die nachfolgenden Plausibilitätskriterien:

- a) Zeitstempel Alarm vorhanden
- b) Zeitstempel Einsatzannahmende vorhanden
- c) Status 4 vorhanden
- d) positive Eintreffzeit: Status 4 minus Einsatzannahmende über 0
- e) Status 4 minus Alarm über 0
- f) Status 4 minus nachträglich angeordnetes Sondersignal über 0
- g) Alarm minus Einsatzannahmende über oder gleich 0
- h) Status 4 minus Status 3 über 5 Sekunden, sofern Status 3 vorhanden
- i) Status 8 minus Status 3 über 30 Sekunden, sofern Status 8 vorhanden
- j) Status 7 minus Status 4 über 30 Sekunden, sofern Status 7 vorhanden
- k) Eintreffzeit über 29 Sekunden und unter 120 Minuten

#### 5. Überprüfung der Planung

Für die Eintreffzeit gilt:

- a) Einsätze der Notfallkategorie 1 gelten als korrekt erkannt, wenn sie entsprechend durch die Integrierte Leitstelle dokumentiert wurden und für den Rettungswagen ein Einsatzstichwort mit der Dringlichkeit 1 vergeben wurde.
- b) Einsätze der Notfallkategorie 1, bei denen die Leitstelle eine Notfallkategorie ungleich 1 erfasst hat und für den Rettungswagen ein Einsatzstichwort ungleich der Dringlichkeit 1 vergeben wurde, gelten als nicht korrekt erkannt.

Für die Prähospitalzeit gilt:

- a) Einsätze der Notfallkategorie 2 gelten als korrekt erkannt, wenn sie entsprechend durch die Integrierte Leitstelle dokumentiert wurden und für den Rettungswagen ein Einsatzstichwort mit der Dringlichkeit 2 vergeben wurde.
- b) Einsätze der Notfallkategorie 2, bei denen die Leitstelle eine Notfallkategorie ungleich 2 erfasst hat und für den Rettungswagen ein Einsatzstichwort ungleich der Dringlichkeit 2 vergeben wurde, gelten als nicht korrekt erkannt.

Zur Überprüfung der Planung werden folgende vier Schritte ausgeführt:

- a) Schritt 1: Ermittlung der Eintreffzeiten, der Prähospitalzeiten und der Erreichungsgrade für die jeweiligen Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2, hierbei werden die Ergebnisse für vier Untergruppen berechnet:
  - aa) Untergruppe 1r: Einsätze der Notfallkategorie 1 mit korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle
  - bb) Untergruppe 2r: Einsätze der Notfallkategorie 1 mit nicht korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle
  - cc) Untergruppe 3r: Einsätze der Notfallkategorie 2 mit korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle
  - dd) Untergruppe 4r: Einsätze der Notfallkategorie 2 mit nicht korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle

(Anmerkung: r steht für real)

- b) Schritt 2: Modifikation des realen Einsatzgeschehens mithilfe einer Simulation, dieser Schritt dient dazu, bei Nichterreichen des Planungsziels den potentiellen Einfluss der Verfügbarkeit von Rettungsmitteln, der durch Standort- und Vorhalteplanung beeinflussbar ist, gegenüber dem Einfluss der Erkennungsgenauigkeit der korrekten Notfallkategorie durch die Integrierte Leitstelle, die nicht durch Standort- und Vorhalteplanung beeinflussbar ist, differenzieren zu können. Hierbei werden die Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2, bei denen die Integrierte Leitstelle die korrekte Notfallkategorie nicht erkannt hat, in der Simulation so behandelt, als wäre prospektiv die korrekte

Zuordnung der Notfallkategorie 1 oder 2 erfolgt. Alle übrigen Einsätze werden nicht verändert. Mit Hilfe dieser Simulation kann ermittelt werden, ob auch für die zusätzlichen Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2 ausreichend Rettungsmittel zur Verfügung gestanden hätten, um die Eintreffzeit und Prähospitalzeit einzuhalten und welche Zeiten im günstigsten Fall erreichbar gewesen wären.

- c) Schritt 3: Neuberechnung der Ergebnisse für die Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2 unter simulierten Bedingungen

Da bei der oben beschriebenen Simulation mehr Einsätze der Notfallkategorien 1 und 2 mit Rettungsmitteln bedient werden müssen, ist zu erwarten, dass dies auch Auswirkungen auf die Eintreff- und Prähospitalzeiten der Einsätze hat, die durch die Integrierte Leitstelle korrekt erkannt wurden und damit nicht nur auf die simulierten Einsätze. Bei der Auswertung werden daher erneut vier Untergruppen nach dem oben beschriebenen Prinzip gebildet:

- aa) Untergruppe 1s: Einsätze der Notfallkategorie 1 mit korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle mit Auswirkungen durch Simulation
- bb) Untergruppe 2s: Einsätze der Notfallkategorie 1 mit simuliert korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle mit Auswirkungen durch Simulation
- cc) Untergruppe 3s: Einsätze der Notfallkategorie 2 mit korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle mit Auswirkungen durch Simulation
- dd) Untergruppe 4s: Einsätze der Notfallkategorie 2 mit simuliert korrekter Erkennung durch die Integrierte Leitstelle mit Auswirkungen durch Simulation

(Anmerkung: s steht für simuliert)

- d) Schritt 4: Vergleich der Ergebnisse beider Auswertungen

Hieraus lassen sich folgende Erkenntnisse gewinnen:

- aa) Differenzen der Eintreffzeiten zwischen den Untergruppen 1s und 1r sowie der Prähospitalzeiten zwischen 3s und 3r zeigen die Auswirkungen auf die korrekt erkannten Einsätze infolge der zusätzlichen Belastung des Systems, resultierend aus der Simulation, dass die Integrierte Leitstelle die nicht erkannten Fälle der Notfallkategorien 1 und 2 korrekt erkannt hätte.
- bb) Bei Differenzen der Eintreffzeiten zwischen den Untergruppen 2s und 2r sowie der Prähospitalzeiten zwischen 4s und 4r resultiert der Unterschied aus der Erkennungsgenauigkeit der Notfallkategorie durch die Integrierte Leitstelle und zeigt das Potential auf, welches durch Verbesserung der Erkennungsgenauigkeit gehoben werden kann.
- cc) Bei Differenzen der Eintreffzeiten zwischen dem Planungsziel für die Eintreffzeit und der Untergruppe 1s sowie zwischen dem Planungsziel für die Prähospitalzeiten und der Untergruppe 3s wurde bei diesem Unterschied bereits eine optimale Erkennungsgenauigkeit durch die Integrierte Leitstelle durch Simulation hergestellt. Die Nichterreichung des Planungsziels kann daher im Wesentlichen auf folgende Punkte zurückzuführen sein:
  - aaa) sinnvolle Einbeziehung der Luftrettung
  - bbb) Lokalisierung fachlich geeigneter Transportziele
- dd) Der Faktor der nicht optimalen Vorhaltung von Rettungsmitteln muss durch angemessene planerische Maßnahmen beantwortet werden.

## 6. Zusätzlich zu berechnende Parameter

Um die Erkennungsgenauigkeit der Notfallkategorien durch die Integrierten Leitstellen zu verbessern, sind differenzierte Auswertungen, Rückmeldungen und Berechnungen erforderlich.

Für jede Notfallkategorie wird der Anteil an Einsätzen ermittelt, bei dem die Notfallkategorie prospektiv und retrospektiv übereinstimmt beziehungsweise nicht übereinstimmt. Für die Einsätze, bei denen die Notfallkategorie nicht übereinstimmt, wird zusätzlich differenziert, welche nichtzutreffende Notfallkategorie mit welchem Anteil ermittelt wurde. Alle Einsätze, bei denen die prospektiv ermittelte

Notfallkategorie bezüglich ihrer Priorität höher eingeschätzt wurde als die retrospektiv ermittelte tatsächliche Notfallkategorie, werden in eine Gruppe „zu hohe Priorisierung“ zusammengefasst. Umgekehrt werden die Einsätze, bei denen die prospektiv ermittelte Notfallkategorie bezüglich ihrer Priorität geringer eingeschätzt wurde als die retrospektiv ermittelte tatsächliche Notfallkategorie, in eine Gruppe „zu geringe Priorisierung“ zusammengefasst. Für beide Untergruppen sowie für die Untergruppe der korrekt erkannten Einsätze werden die Ergebnisse für jede Integrierte Leitstelle ausgewertet.

Tatsächliche Notfallkategorie	Von der Leitstelle zugeordnete Notfallkategorie	Interpretation
1	1	<b>korrekt erkannt</b>
	2	zu geringe Priorisierung
	3	zu geringe Priorisierung
	4	zu geringe Priorisierung
2	1	zu hohe Priorisierung
	2	<b>korrekt erkannt</b>
	3	zu geringe Priorisierung
	4	zu geringe Priorisierung
3	1	zu hohe Priorisierung
	2	zu hohe Priorisierung
	3	<b>korrekt erkannt</b>
	4	zu geringe Priorisierung
4	1	zu hohe Priorisierung
	2	zu hohe Priorisierung
	3	zu hohe Priorisierung
	4	<b>korrekt erkannt</b>

Zur Beurteilung der Auswirkung der verwendeten Notrufleitung der Nummer 112, der Nummer 19222, der Weiterleitung durch Polizei oder andere) hat eine Untergruppenauswertung der Prähospitalzeiten für die unterschiedlichen Leitungstypen zu erfolgen.

### Erläuterungen

Die Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen Notfallrettung sind über den Verweis in § 5 Absatz 4 Bestandteil dieser Verordnung. Unter Inanspruchnahme der Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 4 RDG enthalten sie Handlungsvorgaben dafür, wie bei der bedarfsgerechten Planung der bodengebundenen Notfallrettung vorzugehen ist. Dies schließt die konkrete Benennung von Kriterien für die Überprüfung der Planung mit ein. Zentrale Aufgabe der Berechnungsschemata ist es mithin, die Faktoren zu identifizieren, die durch planerische Entscheidungen und Optimierung von Verfahrensabläufen beeinflussbar sind.

Den Notfallkategorien kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Soweit diese Notfallkategorien ausnahmsweise für einzelne Einsätze nicht berechnet werden können, muss dies bei der Planung berücksichtigt werden. Bei Rettungsmitteln, die außerhalb von Baden-Württemberg stationiert sind und Rettungseinsätze in Baden-Württemberg durchführen, fehlen die medizinischen Daten zur Ermittlung der Notfallkategorien, so dass diese bei der Planung nicht in angemessenem Umfang oder Schweregrad berücksichtigt werden können. Dies betrifft insbesondere Rettungsdienstbereiche, die häufig auf Unterstützung externer Rettungsmittel mit Standorten außerhalb von Baden-Württemberg zurückgreifen. Da die Schwelle zur Inanspruchnahme externer Unterstützung deutlich niedriger liegt, wenn eine vitale Bedrohung der Patientinnen und Patienten vorliegt, sind hier Einsätze der Notfallkategorie 1 oder 2 mutmaßlich häufiger betroffen als im Vergleich zur Gesamtheit. Dies muss bei der Planung ebenfalls Berücksichtigung finden.

Nummer 1.1 betrifft die Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Rettungswagens. Für die Planungsgröße sind Notfallkategorien maßgeblich, die sich am Bedarf der Patientin oder des Patienten orientieren: Das sind Einsätze, bei denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden oder besondere Einsatzlagen. Die für die Planung der Rettungsmittelvorhaltung und -stationierung erforderliche Ermittlung des Bedarfs ist erst dann zuverlässig möglich, wenn die patientenbezogenen Notfallkategorien zur Verfügung stehen, diese Voraussetzung ist nach erfolgter Leitstellen- und

medizinischer Dokumentation eines Einsatzes gegeben. Für die Planung ist daher eine retrospektive Betrachtung, ex post, notwendig. Daraus folgt, dass der aus planerischer Sicht notwendige Bedarf an Rettungsmittelvorhaltung jeweils am ermittelten tatsächlichen Bedarf eines zurückliegenden Zeitraums zu bestimmen ist.

Für die Eintreffzeit sind die Primäreinsätze maßgeblich, bei denen in der ex-post-Bewertung ein Einsatz durch die im MIND und Leitstellendatensatz erfolgte Dokumentation der Notfallkategorie 1 zuzuordnen ist. Die hierfür erforderlichen Kriterien sind in Anlage 1 zu dieser Verordnung hinterlegt.

Eine hohe Treffsicherheit der Integrierten Leitstelle im Hinblick auf alle Notfallkategorien hat Einfluss auf den optimalen Ressourceneinsatz und beeinflusst somit alle Planungsgrößen. Die Erfüllung des Planungsziels für die Eintreffzeit bei Primäreinsätzen hängt von zwei Faktoren ab: Einerseits von der örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit der benötigten Rettungsmittel, welche durch planerische Maßnahmen gesteuert wird, und andererseits von der korrekten Erkennung der Notfallkategorie durch die Leitstelle und der daraus resultierenden angemessenen Disposition der Rettungsmittel. Beide Faktoren können in unterschiedlicher Weise dazu beitragen, dass bei der Überprüfung der Zielerreichung eine Abweichung von der angestrebten Zielgröße resultiert.

Für eine Ableitung geeigneter Maßnahmen bei Nichterreichen der Planungsziele müssen diese beiden Einflussfaktoren bei der Überprüfung der Planung differenziert werden können. Da diese Einflussfaktoren in gleichem Maße auch für die Prähospitalzeit gelten, werden die hierzu erforderlichen Schritte für beide Planungsgrößen gemeinsam unter Nummer 5 als Überprüfung der Planung beschrieben.

Nummer 2.1 betrifft die Planungsmethodik für die Eintreffzeit des Notarzteinsatzfahrzeugs bei Primäreinsätzen. Die Einhaltung der gesetzgeberischen Vorgaben zum indikationsgerechten Einsatz notärztlich besetzter Rettungsmittel wird durch den Notarztindikationskatalog sichergestellt. Dieser ist an zahlreichen Stellen bewusst so formuliert, dass ein Entscheidungsspielraum für die Leitstellendisponentin oder den Leitstellendisponenten verbleibt, da in der ex ante-Sicht einige Entscheidungskriterien zur Notarztentsendung aufgrund der Abhängigkeit von der Kompetenz oder der Mitwirkung der Anrufenden mitunter schwer beurteilt werden können.

Dieser Entscheidungsspielraum verhindert jedoch, dass die retrospektive Überprüfung der Einhaltung der Notarztindikation nach dem Katalog einfach durchzuführen ist. Hierzu wäre die Festlegung harter medizinischer oder einsatztaktischer Grenzen erforderlich, die eine Entscheidung im Sinne einer zutreffenden oder unzutreffenden Indikation ermöglichen würden. Die indikationsgerechte Entsendung notärztlich besetzter Rettungsmittel nach dem Notarztindikationskatalog muss daher über Dispositionsgundsätze sichergestellt werden. Aus planerischer Sicht muss davon ausgegangen werden, dass eine Entsendung eines notärztlich besetzten bodengebundenen Rettungsmittels mit Anordnung der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten als Handlung nach dem Notarztindikationskatalog gedeutet werden kann.

Nummer 3.1 betrifft die Planungsmethodik für die Prähospitalzeit des Rettungswagens bei Primäreinsätzen. Für Sekundäreinsätze ist die Prähospitalzeit planerisch nicht zu berücksichtigen. Einerseits ist der Begriff schon unzutreffend, da die Patientin oder der Patient sich bereits in einem Krankenhaus befindet. Andererseits wird die Prähospitalzeit auch durch krankenhausinterne Faktoren beeinflusst, die durch eine rettungsdienstliche Vorhalteplanung nicht zu verantworten sind. Beispielsweise kann die Übernahmezeit einer Patientin oder eines Patienten durch eine Umlagerung und technische Umrüstung medizinischer Geräte extrem verlängert werden.

Die für die Planung der Rettungsmittelvorhaltung und -stationierung erforderliche Ermittlung des Bedarfs ist auch für die Prähospitalzeit erst dann zuverlässig möglich, wenn die patientenbezogenen Kriterien zur Verfügung stehen, diese Voraussetzung ist nach erfolgter medizinischer Dokumentation eines Einsatzes gegeben. Für die Planung ist daher eine retrospektive Betrachtung, ex post, notwendig. Daraus folgt, dass der aus planerischer Sicht notwendige Bedarf an Rettungsmittelvorhaltung jeweils am ermittelten tatsächlichen Bedarf eines zurückliegenden Zeitraums zu bestimmen ist. Für die Prähospitalzeit sind die Primäreinsätze maßgeblich, bei denen in der ex-post-Bewertung ein Einsatz durch die im MIND des Rettungswagens oder des ärztlich besetzten Rettungsmittels erfolgte Dokumentation der Notfallkategorie 2 zuzuordnen ist. Die hierfür erforderlichen Kriterien sind in Anlage 1 zu dieser Verordnung hinterlegt.

Eine hohe Treffsicherheit der Integrierten Leitstelle im Hinblick auf alle Notfallkategorien hat Einfluss auf den optimalen Ressourceneinsatz und beeinflusst somit alle Planungsgrößen. Die Erfüllung des Planungszieles für die Prähospitalzeit bei Primäreinsätzen hängt von zwei Faktoren ab, die durch die Akteure im

Rettungsdienst beeinflussbar sind: Einerseits von der örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit der benötigten Rettungsmittel, welche durch planerische Maßnahmen gesteuert wird, und andererseits von der korrekten Erkennung der Notfallkategorie durch die Leitstelle und der daraus resultierenden angemessenen Disposition der Rettungsmittel. Beide Faktoren können in unterschiedlicher Weise dazu beitragen, dass sich bei der Überprüfung der Zielerreichung eine Abweichung von der angestrebten Zielgröße ergibt.

Für eine Ableitung geeigneter Maßnahmen bei Nichterreichen der Planungsziele müssen diese beiden Einflussfaktoren bei der Überprüfung der Planung differenziert werden können. Da diese Einflussfaktoren in gleichem Maße auch für die Eintreffzeit gelten, werden die hierzu erforderlichen Schritte für beide Planungsgrößen gemeinsam unter Nummer 5 als Überprüfung der Planung beschrieben.

Nicht von der rettungsdienstlichen Planung beeinflussbar ist die Krankenhausstruktur, die ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Prähospitalzeit hat.

Nummer 4.1 betrifft die Planungsmethodik für die Eintreffzeit bei Sekundäreinsätzen. Sekundäreinsätze in Form von Verlegungen von Krankenhaus zu Krankenhaus nach § 2 Nummer 19 RDG betreffen sehr unterschiedliche Einrichtungen mit entsprechend unterschiedlichen notfallmedizinischen und medizinischen Diagnostik- und Behandlungskompetenzen. Rehakliniken oder bestimmte Fachkrankenhäuser sind in der Regel weniger gut in der Lage, Notfallpatientinnen und -patienten überbrückend zu behandeln, als Kliniken, die eine der Stufen oder eines der Module der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden sind, erfüllen. Daher werden Verlegungen von Krankenhaus zu Krankenhaus dann als Sekundäreinsätze behandelt, sofern es sich bei dem abgebenden und aufnehmenden Krankenhaus um ein Krankenhaus handelt, welches an dem gestuften System von Notfallstrukturen nach Maßgabe der G-BA-Richtlinie teilnimmt. Verlegungen aus anderen Krankenhäusern werden wie Primäreinsätze behandelt. Für Zielkliniken im Ausland entfällt die Bedingung der Teilnahme am gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

Sekundäreinsätze sind hinsichtlich der Eintreffzeit für Rettungswagen und bodengebundene notärztlich besetzte Rettungsmittel dann relevant, wenn es sich um

Patientinnen oder Patienten handelt, die sich in akuter Lebensgefahr befinden oder eine zeitkritische Versorgung in einer anderen Versorgungseinrichtung benötigen. Für die Erfüllung dieser Definition wird subsidiär ebenfalls das Kriterium Anordnung der Anfahrt mindestens eines der an der Verlegung beteiligten Fahrzeuge zum abgebenden Krankenhaus mit Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten herangezogen. Da es sich jedoch um Patientinnen oder Patienten handelt, die sich bereits in einem Krankenhaus befinden, ist aus planerischer Sicht eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 80 % aller Fälle anzusetzen.

Für die dringlichen Sekundäreinsätze wird eine Verfeinerung der Planung möglich durch die Verwendung der retrospektiv ermittelten und der prospektiv durch die Leitstelle zugeordneten Notfallkategorie. Zusätzlich kann das Datenfeld ZDringlichkeit aus dem Verlegungsmodul in diesem Zusammenhang eine hilfreiche Ergänzung darstellen. Sobald diese Informationen im Datensatz zur Verfügung stehen, ist zu prüfen, ob eine genauere Identifikation aller dringlichen Sekundäreinsätze durch eine Kombination aus Zuordnung zu den Notfallkategorien 1 oder 2 und Informationen aus dem Feld ZDringlichkeit aus dem Verlegungsmodul entwickelt werden kann. Diese Einsätze sind bei der Planung der Rettungsmittelvorhaltung und -verteilung mit einer Eintreffzeit von maximal 15 Minuten zu berücksichtigen. Sekundäreinsätze werden getrennt von Primäreinsätzen ausgewertet und bewertet.

Nummer 5 betrifft die Überprüfung der Planung. Die Zielerreichung für die unterschiedlichen Planungsgrößen unterliegt verschiedenen Einflüssen, die einerseits durch den Rettungsdienst beeinflussbar sind, wie Rettungsmittelvorhaltung, Erkennungsgenauigkeit der korrekten Notfallkategorie durch die Leitstelle, andererseits nicht im Einflussbereich des Rettungsdienstes liegen, wie Vorhandensein, Erreichbarkeit und Verfügbarkeit geeigneter Zielkliniken und anderes. Die Überprüfung der Planung dient dazu, die Auswirkungen der Faktoren, die vom Rettungsdienst beeinflussbar sind, auf die Planungsgrößen zu ermitteln, um gezielte Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Eine hohe Erkennung der Notfallkategorien durch die Integrierten Leitstellen ist anzustreben. Diese hat jedoch natürliche Limitationen, da für die Disposition ex ante nur ein deutlich geringerer Informationsumfang zum Patientenzustand vorliegen kann, als dies in der ex post-Betrachtung für die Notfallkategorie zutrifft. Um den Einfluss einer korrekten beziehungsweise nicht korrekten Erkennung der vorliegenden Notfallkategorie durch die Leitstelle auf die Eintreff- und Prähospitalzeit ermitteln zu können, bedarf es dieser Definition, wie eine korrekte von einer nicht korrekten Erkennung zu unterscheiden ist.

Anlage 3

Zu § 6 Absatz 4 Satz 4 Nummer 5 RDG und § 11 Absatz 1

Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche

Das Land wird in folgende 35 Rettungsdienstbereiche eingeteilt:

Regierungsbezirk Freiburg

1. Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und Stadtkreis Freiburg
2. Landkreis Emmendingen
3. Landkreis Konstanz
4. Landkreis Lörrach
5. Landkreis Ortenaukreis
6. Landkreis Rottweil
7. Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis
8. Landkreis Tuttlingen
9. Landkreis Waldshut

Regierungsbezirk Karlsruhe

10. Landkreis Calw
11. Landkreis Enzkreis und Stadtkreis Pforzheim
12. Landkreis Freudenstadt
13. Land- und Stadtkreis Karlsruhe
14. Stadtkreis Mannheim

15. Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis

16. Landkreis Rastatt und Stadtkreis Baden-Baden

17. Landkreis Rhein-Neckar-Kreis und Stadtkreis Heidelberg

Regierungsbezirk Stuttgart

18. Landkreis Böblingen

19. Landkreis Esslingen

20. Landkreis Göppingen

21. Landkreis Heidenheim

22. Land- und Stadtkreis Heilbronn

23. Landkreis Hohenlohekreis

24. Landkreis Ludwigsburg

25. Landkreis Main-Tauber-Kreis

26. Landkreis Ostalbkreis

27. Landkreis Rems-Murr-Kreis

28. Landkreis Schwäbisch Hall

29. Stadtkreis Stuttgart

Regierungsbezirk Tübingen

30. Landkreis Alb-Donau-Kreis und Stadtkreis Ulm

31. Landkreis Biberach

32. Landkreis Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg und Landkreis Sigmaringen

33. Landkreis Reutlingen

34. Landkreis Tübingen

35. Landkreis Zollernalbkreis

## Anlage 4

(zu § 17 Absatz 1)

### Konzeption zur Qualifizierung von Leitstellenpersonal für die Tätigkeit in Integrierten Leitstellen in Baden-Württemberg

- 1 Allgemeines
- 2 Zu erwerbende Kompetenzen
- 3 Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter
  - 3.1 Voraussetzungen
  - 3.2 Weiterbildungsablauf
  - 3.3 Lernfelder
  - 3.4 Ausbildungsinhalte Rettungsdienst
  - 3.5 Ausbildungsinhalte Feuerwehr
  - 3.6 Praktischer Teil
- 4 Weiterbildung zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten
  - 4.1 Voraussetzungen
  - 4.2 Weiterbildungsablauf
  - 4.3 Lernfelder
  - 4.4 Ausbildungsinhalte Feuerwehr

#### 4.5 Ausbildungsinhalte Rettungsdienst

#### 4.6 Praktischer Teil

### 5 Prüfungen, Nachweise

### 6 Übergangsbestimmungen und Anerkennung von Qualifikationen anderer Länder

#### 1 Allgemeines

Diese Konzeption zur Qualifizierung von Leitstellenpersonal für die Tätigkeit in den Integrierten Leitstellen in Baden-Württemberg legt die Bildungsvoraussetzungen und den Ablauf der Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter und zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten in Integrierten Leitstellen fest. Die Konzeption ersetzt die bisherige Anlage 3 der Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr.

Ziel der Weiterbildung ist es, die Teilnehmenden in zwei aufeinander aufbauenden Weiterbildungsgängen als Notrufsachbearbeiterin oder Notrufsachbearbeiter und darauf aufbauend als Leitstellendisponentin oder Leitstellendisponent für die Arbeit in Integrierten Leitstellen zu befähigen. Aufbauend auf die berufliche Ausbildung und die Vorbildung der künftigen Leitstellenmitarbeitenden soll mit der fachübergreifenden Weiterbildung das Bewusstsein für eine organisationsübergreifende Tätigkeit und Aufgabenerledigung gefördert werden.

#### 2 Zu erwerbende Kompetenzen

Nach Abschluss der Weiterbildung soll die Notrufsachbearbeiterin oder der Notrufsachbearbeiter befähigt sein,

- a) Notrufe und Hilfeersuchen selbstständig zu bearbeiten, abzufragen und eine Einsatzentscheidung zu treffen,
- b) Hinweise für Sofortmaßnahmen zu geben, die eine Stabilisierung oder Verbesserung der Lage nach sich ziehen,

- c) die Gefährdungslage vor Ort richtig einzuschätzen und Hinweise zu geben, damit eine weitere Gefährdung anderer und der Notrufenden möglichst ausgeschlossen ist, wie zum Beispiel Absicherung der Unfallstelle und Verlassen des Gebäudes,
- d) Notrufende oder vor Ort befindliche Personen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen einschließlich Telefonreanimation anzuleiten,
- e) zu entscheiden, ob ein Notruf in den rechtlichen und fachlichen Zuständigkeitsbereich der Integrierten Leitstelle fällt und ihn gegebenenfalls an andere Stellen weiterzuvermitteln wie zum Beispiel an die Polizei,
- f) Notrufe und Hilfeersuchen in deutscher und mindestens in englischer Sprache annehmen zu können und
- g) im Notbetrieb Notrufe sicher entgegennehmen zu können.

Die Notrufabarbeitung soll zu jeder Zeit eine einheitliche Qualität haben.

Nach Abschluss der Weiterbildung soll die Leitstellendisponentin oder der Leitstellen-disponent befähigt sein,

- a) Rettungsdiensteinsätze und Feuerwehreinsätze einschließlich Großschadensereignissen entsprechend der gültigen Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) selbstständig und fachlich richtig disponieren und alarmieren zu können,
- b) Rettungsdiensteinsätze und Feuerwehreinsätze begleiten und unterstützen zu können und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auch georeferenziert räumlich zu leiten,
- c) Rettungsdiensteinsätze und Feuerwehreinsätze im Rahmen ihrer oder seiner Kompetenzgrenzen begleiten und unterstützen zu können und
- d) im Notbetrieb sicher arbeiten zu können und dabei technische, rechtliche und organisatorische Vorgaben zu berücksichtigen.

Die Disposition soll zu jeder Zeit eine einheitliche Qualität haben. Hierfür ist ein Verständnis für die technischen Zusammenhänge der Integrierten Leitstelle und die internen sowie landesweiten taktischen Vorgaben erforderlich.

Notrufsachbearbeitung wie Disposition müssen die an sie gestellten Anforderungen in der zur Verfügung stehenden technischen und organisatorischen Umgebung erfüllen können. Zudem müssen sie auch befähigt sein, bei Ausfall der für den Leitstellenbetrieb erforderlichen technischen Systeme im Notbetrieb die Kernprozesse in der Integrierten Leitstelle aufrechtzuerhalten.

Die genannten Anforderungen richten sich gleichermaßen an die Bearbeitung von Notrufen und Hilfeersuchen zu Einsätzen des Rettungsdienstes, der Feuerwehr oder des Bevölkerungsschutzes.

Daraus ergibt sich für die Weiterbildung, dass

- a) Lerninhalte, die sich auf allgemeine Kenntnisse technischer, organisatorischer und rechtlicher Gegenstände beziehen, an schulischen Bildungseinrichtungen vermittelt werden und
- b) die Anwendung in der konkreten Arbeitsumgebung einer Integrierten Leitstelle in einem Praktikum unter fachkundiger Anleitung umgesetzt wird; die Anleitung wird von einem oder mehreren erfahrenen Mitarbeitenden der Integrierten Leitstelle wahrgenommen, der oder die auch in der Erwachsenenbildung geschult sind; bei der Wahrnehmung der Aufgabe können weitere Mitarbeitende der Integrierten Leitstelle unterstützen.

Die schulischen Bildungseinrichtungen und die Praktikumsleitstellen stehen in regelmäßigm Austausch, um eine landesweit einheitliche Qualität der Weiterbildung zu gewährleisten.

Folgende Schlüsselkompetenzen sollen die Weiterzubildenden mitbringen:

Sozialkompetenz	Methodenkompetenz	Selbstkompetenz	Medienkompetenz	Technikkompetenz
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfühlungsvermögen, Empathie,</li> <li>- Sprachkompetenz,</li> <li>- Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit,</li> <li>- Konfliktfähigkeit,</li> <li>- Durchsetzungsvermögen,</li> <li>- Entscheidungsfreudigkeit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernbereitschaft,</li> <li>- räumliches Vorstellungsvermögen,</li> <li>- abstraktes und vernetztes Denken,</li> <li>- Analysefähigkeit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreativität,</li> <li>- Leistungsbereitschaft, Engagement und Ausdauer,</li> <li>- Motivation,</li> <li>- Flexibilität und Mobilität,</li> <li>- Verantwortungsbewusstsein,</li> <li>- Zuverlässigkeit,</li> <li>- Selbstständigkeit,</li> <li>- Belastbarkeit und Stressresistenz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sicherer Umgang mit elektronischen Medien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundkenntnisse der Bedeutung und Nutzung der in den Integrierten Leitstellen verwendeten technischen Systeme und Kommunikationsdienste und die operativ-taktische Nutzung der Kommunikationsdienste</li> </ul>

### 3 Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter

#### 3.1 Voraussetzungen

Jede und jeder mit den nachfolgenden genannten Eingangsvoraussetzungen kann eine Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter beginnen:

- a) Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter,
- b) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter und mittlerer feuerwehrtechnischer Dienst nach der VwV Fortbildung mittlerer Dienst Feuerwehr oder nach den Vorgaben der Industrie- und Handelskammer qualifizierte Werkfeuerwehrfrau oder qualifizierter Werkfeuerwehrmann,
- c) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit 1 500 Stunden Erfahrung in der Notfallrettung in den letzten 5 Jahren in Teilzeit oder 12 Monate in Vollzeit,
- d) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter und Freiwillige Feuerwehrfrau oder Freiwilliger Feuerwehrmann mit drei Jahren Einsatzdienst als Gruppenführerin oder Gruppenführer oder
- e) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter und Pflegefachfrau oder Pflegefachmann oder Medizinische Fachangestellte oder Medizinischer Fachangestellter.

Für alle gelten weiterhin nachfolgende Bedingungen, die vor der Weiterbildung erfüllt sein müssen:

- a) Sprechfunkausbildung nach Feuerwehrdienstvorschrift (FwDV) 810, veröffentlicht auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg ([www.lfs-bw.de](http://www.lfs-bw.de)),
- b) Englisch Sprachniveau B1 oder vergleichbares Niveau,
- c) gesundheitliche Eignungsuntersuchung für Fahr-, Steuer-, und Überwachungstätigkeiten und

d) Angebotsvorsorgeuntersuchung Bildschirmarbeitsplätze.

### 3.2 Weiterbildungsablauf

Die Weiterbildung ist modular aufgebaut und soll durchgehend ohne Unterbrechung erfolgen.

Die schulische Weiterbildung in Form von Lehrgängen findet an der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg und der Deutsches Rotes Kreuz Landesschule Baden-Württemberg gGmbH (DRK Landesschule) statt.

Die praktische Weiterbildung in Form von Praktikum findet in den Integrierten Leitstellen Baden-Württembergs unter Einbeziehung einer Praxisanleitung statt.

Qualifizierung Notrufsachbearbeiterin / Notrufsachbearbeiter										
Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Modul	Modul 1		Modul 2			Modul 3		Modul 4		
Lernort	DRK Landesschule		Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg			Integrierte Leitstelle		Integrierte Leitstelle		

Modul 1: zwei Wochen an der DRK Landesschule

Groblernziel: Grundkenntnisse Rettungsdienst, Notrufabfrage Rettungsdienst mit Sofortmaßnahmenhinweisen

Modul 2: drei Wochen an der Landesfeuerwehrschule

Groblernziel: Grundkenntnisse Feuerwehr, Notrufabfrage Feuerwehr,  
Sofortmaßnahmenhinweise, technische Grundkenntnisse

Modul 3: zwei Wochen in einer Integrierten Leitstelle

Groblernziel: Systemeinweisung und Arbeitsorganisation in einer Integrierten Leitstelle

Modul 4: drei Wochen in einer Integrierten Leitstelle

Groblernziel: begleitete Notruf- und Gesprächsbegleitung

### 3.3 Lernfelder

Die Lernziele sind in drei Hauptlernfelder unterteilt, denen die nachfolgenden Themen zugeordnet sind:

<b>Recht und Dienstbetrieb</b>		<b>Gesprächsführung und Notrufabfrage</b>	<b>Technik und Störungsmanagement</b>
Recht	Dienstbetrieb		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- rechtliche Stellung der Leitstelle, Träger der Leitstelle,</li> <li>- Dienstanweisungen, Verordnungen, Gesetze,</li> <li>- Dienstrecht,</li> <li>- Datenschutz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit mit anderen,</li> <li>- Weisungsbefugnis, Zuständigkeiten,</li> <li>- Organisation des Dienstbetriebes,</li> <li>- Dokumentation,</li> <li>- Ergonomie,</li> <li>- Beherrschung von Stresssituationen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesprächsführung,</li> <li>- Notrufannahme,</li> <li>- Sofortmaßnahmenhinweise,</li> <li>- besondere Notlagen,</li> <li>- der Betrieb als Ersatznotrufabfrage,</li> <li>- Stress,</li> <li>- grafisches Informationssystem (GIS), Kartenkunde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- technischer Aufbau der Leitstelle,</li> <li>- Notruftechnik,</li> <li>- Einsatzleitrechner, Störungsmanagement,</li> <li>- Rückfallebenen,</li> <li>- die Leitstelle im Notbetrieb,</li> <li>- Grundkenntnisse in Aufbau und Nutzung des Digitalfunks BOS und Aufgaben der Leitstelle im Digitalfunkbetrieb,</li> <li>- Grundkenntnisse in Aufbau und Nutzung der Telekommunikations- und Notrufdienste.</li> </ul>

### 3.4. Ausbildungsinhalte Rettungsdienst

Modul 1 Rettungsdienst – DRK Landesschule (93 Unterrichtseinheiten = zwei Wochen)

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
Grundlagen der Kommunikation  - die Anruferin oder der Anrufer in ihrer besonderen Situation  - Grundlagen menschlicher Kommunikation  - psychologische Gesprächsführung	10	<ul style="list-style-type: none"><li>- die besondere Situation der Notrufenden kennen und akzeptieren und sich situationsgerecht verhalten.</li><li>- in der Lage sein, mit Emotionen umzugehen und diese im Sinne einer konstruktiven Kommunikation zu kanalisieren.</li><li>- die Annahme und Bearbeitung alternativer Notrufwege beherrschen und diese entsprechend ihrer Besonderheiten einordnen.</li></ul>	Brainstorming  Einstiegsfallbeispiel  Rollenspiel  Unterrichtsgespräch  praktische Umsetzung  Reflexion

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
		- regelmäßig die Korrektheit der eigenen Tätigkeit reflektieren und bei Bedarf korrigieren können.	
Grundstruktur Notrufdialog  - Meldeformel  - Grundinformationen  - Zusatzinformationen  - Hilfezusage  - Übergabe, Alarmierung  - Verhaltens- und Hilfehinweise  - Gesprächsausstieg	9	- die Annahme und Bearbeitung eingehender Anrufe und Notrufe beherrschen.	Unterrichtsgespräch  Notrufsimulation  Kannliste  Selbstreflexion

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
- Ortsdatenerfassung/ Advanced Mobile Location (AML)/eCall/Smartwatch			
rechtliche Grundlagen  - Grundgesetz, Bürgerliches Gesetzbuch, Strafgesetzbuch, Verordnung (EU) 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), zuletzt ber. ABI. L 074 vom 4.3.2021,	9	- die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen kennen und in der Lage situationsbezogen reagieren	Impulsvortrag  Team- oder Gruppenarbeit  Unterrichtsgespräch  Praxisbeispiel

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<p>S. 35, Infektionsschutzgesetz,          Krankentransport-Richtlinie,          Technische Richtlinie Notruf,          abrufbar auf der Internetseite          der Bundesnetzagentur          (<a href="http://www.bundesnetzagentur.de">www.bundesnetzagentur.de</a>)</p> <p>- Richtlinie (EU) 2018/1972 des          Europäischen Parlaments und          des Rates vom 11. Dezember          2018 über den europäischen          Kodex für die elektronische          Kommunikation, ABl. L 321          vom 17.12.2018, S. 36–214,          die zuletzt durch Richtlinie EU          2022/2555 (AbI. L 333 vom          27.12.2022, S. 80–152)          geändert worden ist,</p> <p>und deren Aktualisierung und          Ergänzung Delegierte</p>			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<p>Verordnung 2023/444 der Kommission vom 16. Dezember 2022 zur Ergänzung der Richtlinie (EU) 2018/1972 des Europäischen Parlaments und des Rates um Maßnahmen zur Gewährleistung des effektiven Zugangs zu Notdiensten über Notrufe unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 (ABl. L 65 vom 2.3.2023, S. 1–8, zuletzt ber. ABl. L 68 vom 6.3.2023, S. 182–182)</p> <p>- Richtlinie (EU) 2019/882 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. April 2019 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und</p>			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
Dienstleistungen (AbI. L 151 vom 7.6.2019, S. 70–115)  - Verordnung (EU) 2015/758 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2015 über Anforderungen für die Typgenehmigung zur Einführung des auf dem 112-Notruf basierenden bordeigenen eCall-Systems in Fahrzeugen und zur Änderung der Richtlinie 2007/46/EG, AbI. L 123 vom 19.5.2015, S. 77–89, die zuletzt durch Delegierte Verordnung (EU) der Kommission (AbI. L, 2024/1180) geändert worden ist			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<p>sowie deren Aktualisierung und Ergänzung Delegierte Verordnung (EU) 2024/1084 der Kommission vom 6. Februar 2024 zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) Nr. 305/2013 zur Ergänzung der Richtlinie 2010/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf die harmonisierte Bereitstellung eines interoperablen EU-weiten eCall-Dienstes (ABl. L vom 12.4.2024)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telekommunikationsgesetz, Verordnung über Notrufverbindungen, Technische Richtlinie Notruf</li> </ul>			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- landesrechtliche Grundlagen</li> <li>- Rettungsdienstgesetz, diese Verordnung</li> <li>- Polizeigesetz</li> <li>- Krankenhausgesetz</li> <li>- Bestattungsgesetz</li> <li>- Leitlinien, Indikationskataloge</li> <li>- landeseinheitliche Einsatzstichworte</li> <li>- Alarm- und Ausrückeordnungen des Rettungsdienstes, des Zivil- und Katastrophenschutzes</li> </ul>			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
wie Sanitäts- und Betreuungsdienst			
Annahme Krankentransportbestellung  - Servicegedanke  - Struktur der Abfrage  - besondere Transporte wie Schwerlast, Dialyse, Inkubator, Konsiliarfahrten, Rückfahrt, Auslandsrückholungen  - Tragehilfe  - Wirtschaftlichkeit	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Annahme und Bearbeitung eingehender Krankentransportbestellungen unter Berücksichtigung der Krankentransportrichtlinie und der landesrechtlichen Vorgaben beherrschen.</li> <li>- in der Lage sein, realistische Zeitansätze für Transporte anzunehmen, vorhandene Ressourcen zu bewerten und dem Ergebnis folgend geeignete Maßnahmen einleiten können.</li> </ul>	Kannliste  Vortrag  Team- oder Gruppenarbeit  Fallsimulation

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
- Fachanforderung  - Intensivtransport		- regelmäßig die Korrektheit der eigenen Tätigkeit reflektieren und diese bei Bedarf korrigieren können.	
Medizinischer Notruf  - strukturiertes Erkennen lebensbedrohlicher Situationen und Akuterkrankungen  - respiratorischer Notfall  - kardialer Notfall  - neurologischer Notfall  - Traumata	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Annahme und Bearbeitung eingehender, medizinischer Notrufe beherrschen.</li> <li>- die telefonisch vorgetragenen Symptome Krankheitsbildern zuordnen und in ihrem Gefährdungsgrad beurteilen sowie die daraus erforderlichen Maßnahmen ableiten können.</li> <li>- die Informationen unter medizinischen und taktischen Gesichtspunkten bewerten und geeignete Maßnahmen einleiten können.</li> </ul>	Einstiegsfallbeispiel  Stillarbeit  Diskussionsforen  Präsentation  Fallsimulation  Kannliste  Evaluation - Heißer Stuhl

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- gynäkologische und urologische Notfälle</li> <li>- Schwangerschaft/Geburt</li> <li>- pädiatrischer Notfall</li> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augen</li> <li>- Schmerzen</li> <li>- Herz-Kreislaufstillstand</li> <li>- psychiatrische Notfälle</li> <li>- Verhaltens- und Hilfehinweise</li> <li>- Telefonreanimation (T-CPR)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfahren zur standardisierten Gabe von Verhaltens- und Hilfehinweisen anwenden, die kompetent der jeweiligen Situation des Anrufers zugeordnet werden.</li> <li>- Alternativen anwenden können, wenn standardisierte Hinweise nicht zum Lagebild passen.</li> <li>- regelmäßig die Korrektheit der eigenen Tätigkeit reflektieren und diese bei Bedarf korrigieren können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wassernotfälle</li> <li>- Berg- und Höhlennotfälle</li> <li>- kassenärztlicher Bereitschaftsdienst 116117</li> <li>- LowCode-Anrufe und andere Hilfeersuchen, Weitergabe an ambulante Strukturen</li> <li>- Einweisung landeseinheitliche Notrufabfragesystematik</li> </ul>			
<p>Crew Resource Management (CRM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnisse der Rollen und Zuständigkeiten im Team</li> </ul>	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Prinzipien des CRM verstehen und anwenden können, um die Kommunikation und Zusammenarbeit im Team zu verbessern.</li> </ul>	<p>Impulsvortrag</p> <p>hypnosystemisches Arbeiten mit Interaktionsaufgaben</p>

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einhalten der Organisationsstrukturen</li> <li>- örtliche Arbeitsweisen wie Notrufsachbearbeiter- und Disponentenprinzip</li> <li>- Umgang mit kritischen Ereignissen im Team</li> <li>- Critical Incident Reporting System (CIRS)</li> <li>- Kommunikation zwischen den Einsatzleitplätzen</li> <li>- Einsichten und Erlebnisse überdenken und kommunizieren</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Lage sein, effektive Kommunikationsstrategien zu nutzen, um Missverständnisse zu vermeiden und kritische Informationen klar und präzise zu übermitteln.</li> <li>- die Techniken des CRM anwenden, um in stressigen oder komplexen Situationen fundierte Entscheidungen zu treffen und so die Effizienz und Sicherheit im Leitstellenbetrieb zu erhöhen.</li> </ul>	interaktive Simulation in der Leitstelle  strukturierte Nachbesprechung

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise, Methoden</b>
Fachenglisch  - Notrufabfrage in englischer Sprache  - Verhaltens- und Hilfehinweise in englischer Sprache  Umgang mit nicht beherrschten Fremdsprachen	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Englisch als die Sprache beherrschen, mit der sie einen Notruf standardisiert abfragen, das Ergebnis bewerten und in eine taktisch korrekte Entscheidung umsetzen können.</li> <li>- regelmäßig die Korrektheit der eigenen Tätigkeit reflektieren und diese bei Bedarf korrigieren können.</li> </ul>	Unterrichtsgespräch  Kommunikationsübungen  Kannliste

### 3.5 Ausbildungsinhalte Feuerwehr

Modul 2 Feuerwehr - Landesfeuerwehrschule (100 Unterrichtseinheiten = drei Wochen)

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
<p>rechtliche Stellung der Integrierten Leitstelle</p> <p>Feuerwehrgesetz</p> <p>Straftatbestände im Feuerwehreinsatz</p> <p>Dienstanweisungen, Verordnungen, Gesetze</p>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die rechtliche Stellung der Integrierten Leitstelle erklären können.</li> <li>- die für den Dienstablauf der Integrierten Leitstelle wesentlichen Inhalte des Feuerwehrgesetzes wiedergeben können.</li> <li>- die für die Notrufsachbearbeiterin und den Notrufsachbearbeiter wesentlichen Straftatbestände wiedergeben können.</li> <li>- die Dienstanweisungen der eigenen Integrierten Leitstelle selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
datenschutzrechtliche Bestimmungen im Feuerwehreinsatz	2	- die für den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Integrierten Leitstelle wesentlichen Inhalte der Datenschutz-Grundverordnung, des Feuerwehrgesetzes und auch des Rettungsdienstgesetzes anwenden können.	Hierbei sind die Besonderheiten bei der Ausleitung von Daten in andere Systeme mit zu beachten zum Beispiel bei Betrieb von Systemen zur Einsatz-Information per App, vergleiche „Hinweise zum Betrieb von Alarmierungsnetzen“.
Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)	8	- die Struktur der PSNV in Baden-Württemberg wiedergeben können.  - wissen, dass auch die Leitstellenmitarbeitenden Anspruch auf Unterstützung durch PSNV haben.	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Dienstbetrieb	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- den allgemeinen Dienstbetrieb und die grundsätzlichen Betriebsabläufe in einer Integrierten Leitstelle fachlich richtig erklären können.</li> </ul>	
Zusammenarbeit mit Behörden, Dienststellen, Einrichtungen, Fachdiensten, Unternehmen	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Aufgaben und Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Behörden, Dienststellen, Einrichtungen, Fachdiensten und Unternehmen wiedergeben können.</li> <li>- die rechtlichen Grundlagen, auf denen diese Zusammenarbeit basiert, wiedergeben können.</li> <li>- die örtliche und fachliche Zuständigkeit der Organisation der Polizei des</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		Bundes und der Länder im Einsatzfall abgrenzen können.	
Disposition	4	- die Grundlagen der Einsatzdisposition Feuerwehr kennen.	

Gesprächsführung bei Notrufmeldungen für die Feuerwehr	52	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eindeutige und verständliche Formulierungen auch für komplexe Zusammenhänge finden und fehlerfrei übermitteln und dokumentieren können.</li> <li>- Gespräche mit unterschiedlichsten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern in Notlagen führen können.</li> <li>- die Gesprächsführung übernehmen können.</li> <li>- Grundlagen der Krisenkommunikation anwenden sowie die Auswirkungen des eigenen Befindens auf die Kommunikationsqualität erklären können.</li> <li>- die Gesprächsführung auch in schwierigen Situationen effektiv, selbstständig und fachlich richtig übernehmen und gegebenenfalls</li> </ul>	
--	----	---	--

Notrufabfrage bei Notrufmeldungen für die Feuerwehr	<p>frühzeitig Maßnahmen im Hintergrund einleiten können.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Notrufe selbstständig und fachlich richtig entgegennehmen können.</li><li>- von einer Gesprächspartnerin oder einem Gesprächspartner im Falle eines Notrufs schnell und eindeutig die zur Einsatzbearbeitung wichtigen Informationen erfahren können.</li><li>- während der Gesprächsführung die erforderlichen Daten in ein Einsatzleitsystem selbstständig und fachlich richtig eingeben können.</li><li>- den Notrufenden selbstständig fachlich richtige Sofortmaßnahmenhinweise geben können, ohne diese in Gefahr zu bringen.</li></ul>	
---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- die vorgegebenen Abfrage-Algorithmen und Anweisungen selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</li></ul>	
--	--	--	--

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
besondere Notruflagen der Feuerwehr	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Besonderheiten           <ul style="list-style-type: none"> <li>o bei Unfällen im und am Wasser</li> <li>o beim Einsatz von Booten, Tauchern und Druckkammern</li> </ul>           kennen und die daraus resultierenden Maßnahmen für die Integrierte Leitstelle erklären können.</li>   <li>- die Besonderheiten bei Unfällen im Bereich von Bahnen kennen und die daraus resultierenden Maßnahmen für die integrierte Leitstelle erklären können.</li>   <li>- die Besonderheiten bei Unfällen mit gefährlichen Stoffen und Gütern kennen und die daraus resultierenden Maßnahmen für die Integrierte Leitstelle erklären können.</li> </ul>	Wasser-Rettungsdienst, Behandlung von Patientinnen und Patienten

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Stress	2	- Maßnahmen zur akuten Bewältigung von Stresssymptomen kennen und anwenden können.	
Grundlagen Feuerwehreinsatz	8	- den Ablauf von Feuerwehreinsätzen von der Alarmierung bis zur Beendigung des Einsatzes kennen.	
Notruftechnik  - Sprachanruf, ab 2027 Text oder Sprache in Echtzeit und gegebenenfalls Gesamtgesprächsdienst über 112  - Notruf-Fax	6	- den Regelungsumfang der Notrufverordnung wiedergeben können.  - die wesentlichen technischen Leistungsmerkmale der Notrufsysteme wiedergeben können.  - die Möglichkeiten der Anrufrückverfolgung beschreiben,	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nothilfe-SMS</li> <li>- NORA: bundesweite Notruf-App für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung</li> <li>- TESS-Relais-Dienst; GebärdenSprache Dolmetscher</li> <li>- Pan-europäischer 112eCall einschließlich nextGeneration eCall ab 2026</li> <li>- TPS-eCall – Kommunikation mit Drittanbietern; Erreichbarkeitsverzeichnis Bundesnetzagentur</li> </ul>		<p>selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Möglichkeiten für körperlich und geistig eingeschränkte Menschen, Notrufe abzusetzen, beschreiben können.</li> <li>- die Annahme und Bearbeitung alternativer Notrufwege beherrschen und diese entsprechend ihrer Besonderheiten einordnen.</li> <li>- Maßnahmen, die sich bei der Rückverfolgung von Mobilfunkteilnehmerinnen und -teilnehmern ergeben, selbstständig und fachlich richtig durchführen können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
- Umgang mit weiteren Drittanbietern  Leitstellentechnik		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleme, die sich bei der Rückverfolgung ergeben, beschreiben können.</li> <li>- die Funktionen der Notrufsysteme bei e-Call und mobilen Telefonen, einschließlich der unterschiedlichen Auslösemöglichkeiten, beschreiben können.</li> <li>- die Begriffe Weiterleitung, Vermitteln, Makeln, Konferenzschaltung, Mithören und Aufschalten erklären können.</li> <li>- die wesentlichen technischen Komponenten einer Integrierten Leitstelle benennen können.</li> <li>- die grundsätzliche Zusammenschaltung der Komponenten beschreiben können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Einsatzleitsysteme	4	- Grundlagen und Bedienung der Einsatzleitsysteme kennen.	

### 3.6 Praktischer Teil

Die Lehrinhalte der schulischen Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter aus Modul 1 und 2 werden in zwei Praktika in Modul 3 und 4 vertieft. Modul 3 dauert zwei, Modul 4 drei Wochen. Die Praktika dienen dazu, das bereits erlernte Wissen in Realsituationen anzuwenden und sich mit den Gegebenheiten einer Integrierten Leitstelle vertraut zu machen.

Das gilt besonders für

- technische, taktische und organisatorischen Vorgaben,
- Dienst- und Betriebsanweisungen,
- Arbeitsverfahren und -aufteilung und
- Bedienung der vorhandenen Technik.

Das Modul 3 wird außerhalb der bedarfsgerechten Tischvorhaltung durchgeführt. Das Modul 4 wird im Rahmen der bedarfsgerechten Tischvorhaltung durchgeführt, der oder die Praktikumsteilnehmende und die betreuende Ausbilderin oder der betreuende Ausbilder zählen dabei als Team.

Ausbildungsinhalte:

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
technische und organisatorische Bedingungen der Integrierten Leitstelle	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die technische Ausstattung der Integrierten Leitstelle selbstständig und fachlich richtig bedienen können.</li> <li>- die organisatorischen und taktischen Vorgaben der Integrierten Leitstelle fachlich richtig wiedergeben und im Rahmen Notrufsachbearbeitung selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</li> <li>- das verwendete Einsatzleitsystem im Rahmen der Notrufsachbearbeitung selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</li> <li>- die verwendeten Kommunikationssysteme im Rahmen der Notrufsachbearbeitung</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		selbstständig und fachlich richtig anwenden können.	
GIS als Unterstützung bei der Notrufbearbeitung	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GIS selbstständig und fachlich richtig bei der Notrufabfrage einsetzen können.</li> <li>- mit den sonstigen, in der Integrierten Leitstelle vorhandenen Geoinformations- und Kartensystemen selbstständig und fachlich richtig umgehen können.</li> <li>- die in Integrierten Leitstellen vorhandenen digitalen Kartensysteme selbstständig und fachlich richtig nutzen können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Datenschutz	keine Vorgabe	- die geltenden Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen umsetzen können.	
unterstützende Systeme	keine Vorgabe	- unterstützende Systeme der Integrierten Leitstelle wie RescueTrack, Hommel, Memplex im Rahmen der Notrufsachbearbeitung sicher anwenden können.  - die internen und externen Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner innerhalb ihres Tätigkeitsbereiches kennen.	
Notrufe	keine Vorgabe	- Notrufe unter den vorhandenen Bedingungen der Integrierten Leitstelle	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<p>fachlich richtig entgegennehmen können, und zwar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Notrufe zu medizinischen Notfällen</li> <li>o Notrufe zu Einsätzen der Feuerwehr</li> <li>o Anforderungen von Krankentransporten.</li> </ul> <p>- ein vorhandenes Notrufabfragesystem richtig bedienen können.</p> <p>- bei allen Notrufen selbstständig und fachlich richtig Verhaltens- und Hilfehinweise geben können.</p> <p>- Notrufe und Hilfeersuchen gegebenenfalls technisch und fachlich an die richtige Stelle weitervermitteln können.</p>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Notbetrieb	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- den organisatorischen und technischen Ablauf eines Notbetriebs bei Ausfall des Telefonsystems der Integrierten Leitstelle fachlich richtig wiedergeben können.</li> </ul>	
Störungen beim Notrufeingang	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störungen des Notrufeingangs auf den verschiedenen Wegen wie zum Beispiel Notrufnummer 112, eCall, TPS-eCall, NORA und weitere erkennen und eigenständig eine Aufklärung oder Entstörung veranlassen können, beispielsweise Umleitung des Notrufs auf Ausweich-Leitstelle über Telekom und Weitere.</li> <li>- richtig bei Angriffen auf die Integrierte Leitstelle über den Notruf wie beispielsweise DDoS-Angriffe,</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		SWATTING und weitere oder bei extrem hohem Notrufaufkommen reagieren und den Überlauf zu aktivieren können.	

## 4 Weiterbildung zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten

### 4.1 Voraussetzungen

Die abgeschlossene Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter ist Voraussetzung, um die Weiterbildung zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponent zu beginnen. Abhängig von der jeweiligen Eingangsvoraussetzung für die Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter ist gegebenenfalls zusätzliche Berufspraxis erforderlich.

Die Weiterbildung kann ohne zusätzliche Berufspraxis als Notrufsachbearbeiterin oder Notrufsachbearbeiter begonnen werden, wenn die Weiterzubildenden dafür folgende Eingangsvoraussetzungen erfüllt hatten:

- a) Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter nach Nummer 3.1 Buchstabe a oder
- b) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter und mittlerer feuerwehrtechnischer Dienst nach der VwV Fortbildung mittlerer Dienst Feuerwehr oder nach den Vorgaben der Industrie- und Handelskammer qualifizierte Werkfeuerwehrfrau oder qualifizierter Werkfeuerwehrmann nach Nummer 3.1 Buchstabe b.

Sie kann nach zwei Jahren Berufspraxis als Notrufsachbearbeiterin oder Notrufsachbearbeiter begonnen werden, wenn die Weiterzubildenden folgende Eingangsvoraussetzungen erfüllt hatten:

- c) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit 1 500 Stunden Erfahrung in der Notfallrettung in den letzten 5 Jahren in Teilzeit oder 12 Monate in Vollzeit nach Nummer 3.1 Buchstabe c oder
- d) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter und Freiwillige Feuerwehrfrau oder Freiwilliger Feuerwehrmann mit drei Jahren Einsatzdienst als Gruppenführerin oder Gruppenführer nach Nummer 3.1 Buchstabe d.

Sie kann nach drei Jahren Berufspraxis als Notrufsachbearbeiterin oder Notrufsachbearbeiter begonnen werden, wenn die Weiterzubildenden die Eingangsvoraussetzungen Rettungssanitäterin und oder Rettungssanitäter und

Pflegefachfrau oder Pflegefachmann oder Medizinische Fachangestellte oder Medizinischer Fachangestellter nach Nummer 3.1 Buchstabe e erfüllt hatten.

#### 4.2 Weiterbildungsablauf

Die Weiterbildung ist modular aufgebaut und soll durchgehend ohne Unterbrechung erfolgen.

Die schulische Weiterbildung in Form von Lehrgängen findet an der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg und der DRK Landesschule statt.

Die praktische Weiterbildung in Form von Praktikum findet in den Integrierten Leitstellen Baden-Württembergs unter Einbeziehung einer Praxisanleitung statt.

Qualifizierung Leitstellendisponentin oder Leitstellendisponent										
Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Modul	Modul 1			Modul 2			Modul 3			
Lernort	Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg			DRK Landesschule			Integrierte Leitstelle			

Modul 1: drei Wochen an der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg

Groblernziel: Disposition und Begleitung von Feuerwehreinsätzen, sicherer Umgang mit dem Digitalfunk BOS und mit Störungen

Modul 2: drei Wochen an der DRK Landesschule

Groblernziel: Disposition und Begleitung von Rettungsdiensteinsätzen, Bewältigung von Großschadenslagen unter rettungsdienstlichen Gesichtspunkten

Modul 3: drei Wochen in einer Integrierten Leitstelle

Groblernziel: Anwenden der AAO und Disponieren von Einsatzkräften

#### 4.3 Lernfelder

Die Lernziele sind in die drei Hauptlernfelder Recht und Dienstbetrieb, Taktik und Disposition sowie Technik und Störungsmanagement unterteilt.

#### 4.4 Ausbildungsinhalt Feuerwehr

Modul 1 Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (100 Unterrichtseinheiten = drei Wochen)

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Einsatztaktik Führungsstufe A, B, C und D	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eine Einsatzbezogene Kommunikationsstruktur fachlich richtig und effektiv planen können.</li> <li>- die für die Schadenbekämpfung relevanten Paragraphen des Feuerwehrgesetzes wiedergeben können.</li> <li>- die taktischen Einsatzmöglichkeiten und die Einsatzgrenzen eines Löschzuges beschreiben können.</li> <li>- den Unterschied zwischen Führungsstufe A und B erklären können.</li> <li>- die Zusammensetzung, Einsatzmöglichkeiten und –grenzen eines Verbandes wiedergeben können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel</b> <b>Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Leitstelle beim Ordnen des Raumes beschreiben und selbstständig und fachlich richtig durchführen können.</li> <li>- bei Unwetterlagen mit Führungsgruppen der Gemeinden im Rahmen der Kompetenzen der Integrierten Leitstelle zusammenarbeiten können.</li> <li>- die Abgrenzung zwischen Führungsstufe C und D beschreiben können.</li> <li>- die Aufgaben der Sachgebiete eines Führungsstabes beschreiben können.</li> <li>- als Führungshilfspersonal in einem Führungsstab mit dem Nachrichtenvordruck selbstständig und fachlich richtig arbeiten können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Fernmeldetaktik	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Grundsätze der Fernmeldetaktik wiedergeben können.</li> <li>- die taktische Gruppenzuteilung sowie die Nutzung von Sonder-Rufgruppen und die Aufgaben der Funküberwachung durch die integrierten Leitstellen in Baden-Württemberg wiedergeben können.</li> </ul>	<p>Regelungen zum Betriebshandbuch, abrufbar auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>).</p> <p>Planung von Großeinsätzen</p>
AAO für Feuerwehr	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, dass es sich bei einer AAO um eine verbindliche Dienstanweisung handelt.</li> <li>- den Aufbau und die Funktion einer AAO für Feuerwehren erklären können.</li> </ul>	
Sondereinsatzpläne	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die unterschiedlichen Zwecke von Sondereinsatzplänen wiedergeben können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- erklären können, warum Sondereinsatzpläne rechtlich zwar Teil der AAO sind, aber nicht wie Regeleinsätze im Einsatzleitsystem geführt werden.</li> </ul>	
Digitalfunk BOS  Organisationsstrukturen und Regelungen  Regelungen zum Betriebshandbuch Digitalfunk BOS mit Leitstellenbezug	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Organisationsstruktur und Zuständigkeiten des Digitalfunks BOS kennen, insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Integrierten Leitstelle.</li> <li>- die für den Betrieb der Integrierten Leitstelle wichtigen Vorgaben für den Funkbetrieb und insbesondere die Regelungen zum Betriebshandbuch, abrufbar auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>), kennen</li> </ul>	technische Anforderungen an Integrierte Leitstellen

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<p>sowie Dienstanweisungen wiedergeben und anwenden können.</p> <p>- wissen, welche besonderen Funktionen es im Digitalfunk BOS in der Integrierten Leitstelle zu bedienen gilt und was sie bewirken. Insbesondere: Einsatzmittel-Notruf, Dispatcher-Ruf, Teilnehmenden-Tracking, Group-Affiliation, Status und Anweisung, Kurzdatendienst, alternative Statusziele oder Schattengruppen.</p> <p>- die Autorisierte Stelle Digitalfunk Baden-Württemberg als zentrale Ansprechpartnerin bei der Anforderung von Rufgruppen (TBZ), Störungen, Großlagen und Weiterem kennen.</p>	<p>Einsatzhinweis Warteschlagenbetrieb, Einsatzhinweis Fallback, abrufbar auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>)</p> <p>Planung von Großeinsätzen Funkbetrieb und Taktik, taktische Statusmeldungen</p>
besondere Formen des Sprechfunkbetriebs im	2	- den Gateway-Betrieb als Option bei ungenügender Netzabdeckung kennen und	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Digitalfunk BOS und Umgang mit Beeinträchtigungen auf der Nutzendenseite		umsetzen oder anleiten können; Überwachung des Gateway-Betriebs der Nutzenden, um Überschneidungen von Gateways zu vermeiden.	
Einweisen von Feuerwehrkräften/Fahrzeugen	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Ausstattung, die Einsatzmöglichkeiten und die Grenzen der Einsatzfahrzeuge und Einsatzmittel mit ihrer zugehörigen Mannschaft bewerten können.</li> <li>- den Einsatzzweck nichtalltäglicher Einsatzmittel wiedergeben können.</li> </ul>	
Ausstattung und Einsatzmöglichkeiten der Einsatzmittel der Feuerwehr	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, welche Einsatzmittel vorhanden sind und diese selbstständig und fachlich richtig auf Anforderung der AAO oder der Einsatzleitung alarmieren können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		- erklären können, wie die zur Verfügung stehenden Einsatzmittel richtig und effektiv eingesetzt werden können.	
Fachberaterinnen und Fachberater	4	- die Fähigkeiten und Einsetzbarkeit von Fachberaterinnen und Fachberatern kennen, sie alarmieren und mit ihnen zusammenarbeiten können.	
Dispositionsgrundsätze der Feuerwehr	8	- die Dispositionsgrundsätze der Feuerwehr selbstständig und fachlich richtig anwenden können.  - die Disposition anhand von Lagemeldungen auf Grundlage einer bestehenden AAO selbstständig und fachlich richtig anpassen können.	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Überlandhilfe der Feuerwehr	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aufgrund von nicht vorab festgelegten Ressourcennachforderungen fachlich geeignete Einheiten zur Alarmierung vorschlagen können</li> </ul>	
Gefahrguteinsatz	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Besonderheiten bei Unfällen mit gefährlichen Stoffen und Gütern kennen und die daraus resultierenden Maßnahmen selbstständig und fachlich richtig beurteilen können.</li> <li>- bei Unfällen mit gefährlichen Stoffen und Gütern Einsatzrelevante Daten selbstständig und fachlich richtig ermitteln und an die Einsatzkräfte weiterleiten können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Einsätze mit besonderen Anforderungen wie zum Beispiel Bahnunfälle, Tunneleinsätze und weitere	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Notfallmanagement der Eisenbahninfrastrukturunternehmen, insbesondere der Deutschen Bahn AG, beschreiben können und im Einsatzfall mit den zuständigen Stellen wie zum Beispiel Notfallleitstelle, Notfallmanager, Bahnkarten und weitere selbstständig und fachlich richtig zusammenarbeiten können.</li> <li>- die Besonderheiten bei Einsätzen in Tunnelanlagen wie Objektfunk und eigene Rufgruppen und die Zusammenarbeit mit den Tunnelzentralen kennen und eigenständig durchführen können.</li> </ul>	
Brandmeldeanlagen	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- auf Alarmierungen, die über Brandmeldeanlagen die Integrierte</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<p>Leitstelle erreichen, selbstständig und fachlich richtig reagieren können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Vorgehen der Feuerwehr bei Auslösen von Brandmeldeanlagen beschreiben können.</li> </ul>	
Kommunikationsplan im Katastrophenschutz Baden-Württemberg (KOM-Plan KatS) und Zusammenarbeit mit den polizeilichen Führungs- und Lagezentren	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Notwendigkeit der Kooperation mit den polizeilichen Führungs- und Lagezentren im Rahmen der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit kennen und die Vorteile durch gute Abstimmungen verstehen, insbesondere bei Sonderlagen.</li> <li>- polizeiliche Notrufe weiterleiten.</li> <li>- den KOM-Plan KatS kennen und in der Leitstelle umsetzen können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Leitstellentechnik und Maßnahmen zur Sicherheit und Betriebskontinuität der Technik	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die wesentlichen technischen Komponenten einer Integrierten Leitstelle benennen können.</li> <li>- die grundsätzliche Zusammenschaltung der technischen Komponenten beschreiben können.</li> <li>- die Aufgaben der einzelnen technischen Komponenten erklären können.</li> <li>- die Anbindung der Integrierten Leitstelle zu Digitalfunk, Notrufleitungen, POCSAG Alarmierung erklären können.</li> <li>- die Leistungsmerkmale der unterschiedlichen Notruftechniken beschreiben können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen des Informationssicherheitsmanagements sowie des Business-Continuity-Managements kennen.</li> </ul>	
Übung Notbetrieb	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die notwendigen Rückfallebenen von Integrierten Leitstellen wiedergeben können.</li> <li>- mögliche Ersatzmaßnahmen beim Ausfall von technischen Einrichtungen von Integrierten Leitstellen und von Kommunikationseinrichtungen selbstständig und fachlich richtig durchführen können.</li> </ul>	
Störungen		<ul style="list-style-type: none"> <li>- mögliche technische Fehler erkennen und ihre Ursachen eingrenzen können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- die bei Störungen von Notrufeinrichtungen und Übertragungseinrichtungen für Brandmeldungen zu treffenden Maßnahmen und mögliche Ersatzmaßnahmen selbstständig und fachlich richtig durchführen können.</li> </ul>	
Störungen des Digitalfunkbetriebs in der Integrierten Leitstelle	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das angemessene und richtige Vorgehen bei Beeinträchtigungen im Digitalfunkbetrieb kennen wie zum Beispiel Direktanbindung oder Luftanbindung und umsetzen können.</li> <li>- die Wichtigkeit von Betriebsmitteilungen der Autorisierten Stelle Digitalfunk Baden-Württemberg (ASDBW) und die damit verbundenen Maßnahmen im Netz kennen.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziel Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		- mit der ASDBW bei ungeplanten Störungen des Digitalfunknetzes Kontakt aufnehmen können.	

#### 4.5 Ausbildungsinhalt Rettungsdienst

Modul 2 Rettungsdienst – DRK Landesschule (139 Unterrichtseinheiten = drei Wochen)

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
Dispositionsgrundsätze  - Zeiten im Einsatzablauf  - georeferenzierte Disposition	36	- Einsätze im Rettungsdienst effizient disponieren, indem georeferenzierte Dispositionssysteme genutzt werden und die AAO anwendet wird.  - verschiedene Sonderrettungsmittel und deren Einsatzmöglichkeiten kennen und	Brainstorming  Einstiegsfallbeispiel  Planübung

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer</li> <li>- Helfer-vor-Ort-Systeme und weitere Einsatzmittel zu Erstmaßnahmen</li> <li>- Alarm- und Ausrückeordnungen Rettungsdienst</li> <li>- Krankentransportdisposition</li> <li>- Luftrettungsdienst und Sonderrettungsdienste</li> <li>- besonders eingerichtete Transportrettungsmittel und Transportvorhaltungen Dritter wie Intensivtransportwagen, Schwerlastrettungswagen,</li> </ul>		<p>entsprechend koordinieren können. Ziel ist es, dass die Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten Einsätze schnell und präzise planen und die optimalen Ressourcen zur Einsatzstelle entsenden, um die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.</p> <p>- die Grundsätze der Krankentransportdisposition verstehen und anwenden können, um eine effiziente, bedarfsgerechte und patientenorientierte Planung und Durchführung von Krankentransporten sicherzustellen.</p>	<p>Unterrichtsgespräch Erkundungsübung Simulation in der Leitstelle</p>

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<p>Infektionsrettungswagen und der Transport von Früh- und Reifgeborenen im Notfall, Medical Intervention Car (MIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besondere Leitstellen nach § 26 dieser Verordnung: Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte und Oberleitstelle Baden-Württemberg</li> <li>- innerklinische Transporte</li> <li>- Blut-, Organ- und Gerätetransport</li> <li>- Telemedizin und Telenotärztliches System</li> </ul>			

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
Einsatzbegleitung  - Nachforderung und Abbestellung  - Fehlfahrten  - ständige Dokumentation, Rückmeldung Einsatzprotokoll  - Organisation Leichenschau  - Bewerten von Hilfeersuchen aus den Nachbarkreisen  - Sprechwünsche bearbeiten	47	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontinuierlich alle Einsatzaktivitäten dokumentieren können und Rückmeldungen in das Einsatzprotokoll präzise eintragen, um eine lückenlose Einsatzhistorie zu gewährleisten.</li> <li>- den Funk- und Sprechverkehr überwachen und Sprechwünsche effizient bearbeiten können, um eine reibungslose Kommunikation sicherzustellen.</li> <li>- Nachalarmierungen basierend auf der Einsatzlage und Anforderung durch die Einsatzleitung durchführen, um eine optimale Unterstützung und Versorgung sicherzustellen.</li> </ul>	Unterrichtsgespräch  Einsatzsimulation oder Drehbuch  Kannliste  Feedbackgespräch  Lerntagebuch

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwachung Funk- und Sprechverkehr</li> <li>- Versorgungsnachweis inklusive Ermittlung von speziellen Behandlungskapazitäten</li> <li>- Meldewesen an übergeordnete Behörden auf Veranlassung der Einsatzleitung</li> <li>- Funkbetrieb Digitalfunk BOS im Rettungsdienst</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewältigung von Großschadensereignissen und Sonderlagen</li> </ul>	56	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Anwendung der FwDV 100 in der Integrierten Leitstelle beherrschen, um eine effektive Einsatzlenkung sicherzustellen und die Zusammenarbeit</li> </ul>	<p>Impulsvortrag</p> <p>Team-/Gruppenarbeit</p>

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten, abrufbar unter auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>), sowie entsprechender Plan</li> <li>- Einsätze im Zusammenhang mit Terror- oder Amoklagen</li> <li>- Landeskonzept Baden-Württemberg Dekontaminationsplatz-Verletzte 50 (Dekon-V Platz 50 BaWü), abrufbar auf der</li> </ul>		<p>mit Führungskräften, insbesondere mit Lagedienst und Einsatzleitung, sowie die klare Kommunikation und Koordination aller Einsatzkräfte zu gewährleisten.</p> <p>- die wesentlichen Inhalte der Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept) kennen und umsetzen können.</p> <p>- Einsätze bei Terror- oder Amoklagen nach den spezifischen Einsatzplänen koordinieren und sicherstellen, dass alle Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden.</p> <p>- die taktischen Zeichen gemäß Polizeidienstvorschrift DV 102 kennen und korrekt anwenden können, um die Lage</p>	<p>Unterrichtsgespräch Praxisbeispiel</p>

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<p>Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>)</p> <p>- FwDV 100 – Führen im Einsatz, abrufbar auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>),</p> <p>- Fernmeldetaktische Zeichen nach Polizeidienstvorschrift 102, abrufbar auf der Internetseite der Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (<a href="http://www.lfs-bw.de">www.lfs-bw.de</a>)</p>		<p>klar und eindeutig darzustellen und dargestellte Lagen verstehen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Funktionen und Aufgaben von rettungsdienstlicher Einsatzleitung, Organisatorischer Leitung Rettungsdienst und Leitender Notärztin oder Leitendem Notarzt verstehen und deren Koordination sicherstellen können.</li> <li>- die Einsatzgrundsätze für die Einheiten des Katastrophenschutzes, der Schnell-Einsatz-Gruppe Erstversorgung und der Schnell-Einsatz-Gruppe Transport verstehen, diese disponieren und alarmieren können.</li> <li>- den Einsatz von sozialen Medien und einem Virtual Operation Support Team (VOST) verstehen und sie in Krisensituationen effektiv einbinden</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DV 400 Der Sanitätseinsatz</li> <li>- DV 600 Der Betreuungseinsatz</li> <li>- rettungsdienstliche Einsatzleitung, Organisatorische Leitung Rettungsdienst, Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte</li> <li>- Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes (GABI. 2019, S. 294)</li> <li>- Einsatzgruppe Bereitschaft (EgB), Einheiten des Katastrophenschutzes, der</li> </ul>		können, um die Informationsverbreitung und Kommunikation zu unterstützen.	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen, Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise/ Methoden</b>
<p>Schnell-Einsatz-Gruppe Erstversorgung und der Schnell-Einsatz-Gruppe Transport</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rettungshundeeinsatz</li> <li>- soziale Medien im Einsatz, Virtual Operation Support Team</li> </ul>			

#### 4.6 Praktischer Teil

Lehrinhalte der schulischen Weiterbildung zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten aus Modul 1 und 2 werden in Modul 3 in einem Praktikum vertieft. Das Modul dauert drei Wochen. Das Praktikum dient dazu, das bereits erlernte Wissen in Realsituationen anzuwenden und sich mit den örtlichen Gegebenheiten einer Integrierten Leitstelle in Bezug auf das Gesamtziel der Weiterbildung vertraut zu machen. Es findet eine begleitete Disposition der Notfallrettung, bei Einsätzen der Feuerwehr und des Krankentransportes statt.

Das Modul 3 wird im Rahmen der bedarfsgerechten Tischvorhaltung durchgeführt, die oder der Praktikumsteilnehmende und die betreuende Ausbilderin oder der betreuende Ausbilder zählen dabei als Team.

Ausbildungsinhalte:

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen/ Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
AAO	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- den grundsätzlichen Aufbau der AAO Rettungsdienst der eigenen Integrierten Leitstelle fachlich richtig wiedergeben können.</li> <li>- wissen, ob und welche Einsatzmittel im Zuständigkeitsbereich vorhanden sind und diese selbstständig und fachlich richtig auf Anforderung der AAO oder der Einsatzleitung alarmieren können.</li> <li>- auf der Grundlage einer Gefahrenabwehrstufe oder eines Einsatzstichwortes den erforderlichen Kräfteansatz bewerten und gegebenenfalls korrigieren können.</li> <li>- wissen, welche Einsatzmittel vorhanden sind und diese selbstständig und fachlich richtig auf Anforderung der AAO oder der</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen/ Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
		<p>Einsatzleitung alarmieren können wie zum Beispiel Hilfsorganisationen, Technisches Hilfswerk und Rettungshunde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- den Aufbau der vorhandenen Sondereinsatzpläne wiedergeben können.</li> <li>- die vorhandenen Sondereinsatzpläne selbstständig und fachlich richtig anwenden können.</li> </ul>	
Disposition	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Dispositionsgrundsätze im Krankentransport und Rettungsdienst sachlich richtig anwenden können.</li> <li>- die Krankentransport-Richtlinie sachlich richtig anwenden können.</li> </ul>	

<b>Themenbereich, Inhalt</b>	<b>Unterrichtseinheiten</b>	<b>Handlungskompetenzen/ Lernziele Die Lehrgangsteilnehmenden müssen</b>	<b>Hinweise</b>
Rückfallebenen der Integrierten Leitstelle	keine Vorgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die notwendigen Rückfallebenen der Integrierten Leitstelle wiedergeben können.</li> <li>- mögliche Ersatzmaßnahmen beim Ausfall von technischen Einrichtungen der Integrierten Leitstelle und von Kommunikationseinrichtungen selbstständig und fachlich richtig durchführen können.</li> </ul>	

## 5 Prüfungen, Nachweise

Die schulischen Module 1 und 2 in den Weiterbildungen zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter und zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten werden durch Prüfung abgeschlossen.

Einzelheiten zur Prüfung regelt eine Prüfungsordnung, die das Innenministerium im Einvernehmen mit den Landesschulen festlegt.

Die erfolgreiche Teilnahme an den Modulen 3 und 4 der Weiterbildung zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter und die erfolgreiche Teilnahme am Modul 3 der Weiterbildung zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten werden durch die Integrierten Leitstellen, in denen der praktische Teil stattgefunden hat, schriftlich oder elektronisch bestätigt.

Bei Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an allen Modulen stellen die Landesschulen ein Zertifikat über die gesamte Weiterbildung aus.

Dieses ist Voraussetzung, um in einer Integrierten Leitstelle in Baden-Württemberg in der jeweiligen Funktion eingesetzt zu werden.

## 6 Übergangsbestimmungen und Anerkennung von Qualifikationen anderer Länder

Leitstellenpersonal, das eine vollständige Leitstellenweiterbildung nach Anlage 3 Qualifizierung von Leitstellendisponenten für die Tätigkeit in Integrierten Leitstellen der Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr von 9.11.2010 an einer der Landesschulen in Baden-Württemberg absolviert hat und bereits in einer Integrierten Leitstelle eingesetzt ist, darf weiterhin eingesetzt werden. Leitstellenpersonal, das die Qualifizierung bereits begonnen hat und noch im Jahr 2025 beenden kann, kann sie entsprechend der bisher geltenden Regelungen beenden.

Leitstellenpersonal, das nach den Übergangsbestimmungen der bisherigen Anlage 3 Qualifizierung von Leitstellendisponenten für die Tätigkeit in Integrierten Leitstellen anerkannt und berechtigt ist, ohne Weiterbildung Leitstellendienst zu versehen, erhält auf Antrag von den Landeschulen eine schriftliche Anerkennung.

Leitstellenpersonal, das bereits vor dem 1. Januar 2026 eingesetzt wurde und über eine interne Qualifizierung verfügt, kann bei Vergleichbarkeit in Inhalten mit den Weiterbildungen zur Notrufsachbearbeiterin oder zum Notrufsachbearbeiter durch die Landesschulen eine Anerkennung ausgesprochen werden. Für die Vergleichbarkeit müssen für Notrufsachbearbeiterinnen oder Notrufsachbearbeiter mindestens 120 Stunden Unterricht und mindestens 120 Stunden Praxisanleitung nachgewiesen werden.

Leitstellenpersonal, das eine abgeschlossene Leitstellenweiterbildung eines anderen Landes nachweisen kann, hat die Module 3 und 4 für die Tätigkeit als Notrufsachbearbeiterin oder Notrufsachbearbeiter und das Modul 3 für die Tätigkeit als Leitstellendisponentin oder Leitstellendisponent erfolgreich zu absolvieren. Im Anschluss erfolgt die Anerkennung der jeweiligen Qualifizierung durch die Landeschulen.

## Anlage 5

(zu § 24 Absatz 3 Satz 1 und § 37 Absatz 2 Satz 1)

### Landeseinheitlicher Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg

#### 1 Vorbemerkung

Gegenstand der Notfallrettung ist nach dem Rettungsdienstgesetz, bei Notfallpatientinnen und -patienten Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Dem Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD) obliegt nach dem Rettungsdienstgesetz die Beratung der wesentlichen Angelegenheiten des Rettungsdienstes. Er legt allgemeine Grundsätze und Maßstäbe für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes fest.

Nach dieser Verordnung disponiert die Integrierte Leitstelle für die fachgerechte Durchführung des Rettungsdienstes das indikationsgerecht am Meldebild orientierte, geeignete Rettungsmittel.

Durch die Einführung des Berufsbildes der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters (NotSan) hat sich der Einsatzwert des Rettungswagens (RTW) stark verändert. NotSan lernen in ihrer Ausbildung, eigenständig im Rahmen der

Mitwirkung heilkundliche Maßnahmen anzuwenden, die ihnen durch eine entsprechend verantwortliche Ärztin oder einen entsprechend verantwortlichen Arzt für bestimmte Notfallsituationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden (sogenannte Vorabdelegation). Zudem dürfen NotSan unter engen Voraussetzungen heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich anwenden.

In Baden-Württemberg wurde die Vorabdelegation eingeführt, die in der Praxis erheblichen Einfluss auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch NotSan hat. Daher war es notwendig, einen auf die Verhältnisse in Baden-Württemberg zugeschnittenen NAIK BW zu entwickeln, der insoweit von den Empfehlungen der Bundesärztekammer abweicht.

## 2 Hinweise zur Arbeit mit dem Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg

Der NAIK BW ist eine Richtlinie für die Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten zur primären Alarmierung von notärztlich besetzten Rettungsmitteln (NA).

Leitgedanke des NAIK BW ist es, dass die Rettungsmittel indikationsgerecht eingesetzt werden. Indikationsgerecht heißt, dass die personellen und materiellen Ressourcen geeignet und erforderlich sind, um die notfallmedizinischen Anforderungen im jeweiligen Einzelfall abzudecken.

Aus medizinischer Sicht ist die primäre Alarmierung eines NA immer dann geboten,

- a) 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
- b) eine unmittelbare notärztliche Untersuchung und Behandlung geboten ist, um Lebensgefahr oder schwere bleibende Gesundheitsschäden von der Notfallpatientin oder dem Notfallpatienten abzuwenden.

Ein NA sollte damit nur dann eingesetzt werden, wenn die notärztliche Qualifikation oder Expertise vor Ort benötigt werden und, sofern das Telenotärztliche System (TNA-System) zur Verfügung steht, der Notfall nicht mit dessen Hilfe abschließend behandelt werden kann.

Perspektivisch werden die NotSan häufiger vor Ort entscheiden, wie der Einsatz fachgerecht abgearbeitet werden kann. Je nach Art des Notfalls kann dies gegebenenfalls geschehen durch

- a) eigenständige oder eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Maßnahmen,
- b) Konsultation des TNA-Systems und Ausübung von Delegationsmaßnahmen, wenn es zwar notärztlicher Expertise oder Entscheidungsbefugnis, aber keiner manuellen notärztlichen Maßnahmen in der Präklinik bedarf, oder
- c) Nachforderung eines NA zur Einsatzstelle, wenn manuelle notärztliche Maßnahmen in der Präklinik durchgeführt werden müssen.

Diese Entscheidung können die NotSan nur aufgrund der konkret vorgefundenen Lage vor Ort treffen. Der NAIK BW stellt somit keine Leitlinie für die Nachforderung eines NA durch NotSan dar.

Ein weiterer Leitgedanke des NAIK BW ist es, der Integrierten Leitstelle mehr Ermessensspielraum einzuräumen, welches Einsatzmittel im konkreten Fall indikationsgerecht ist. Der NAIK BW fokussiert daher bewusst auf Leitsymptome und verzichtet auf den Versuch, konkrete Krankheitsbilder oder detaillierte Symptome als Indikationen festzulegen. Er bildet die Grundlage für die geplante landesweit einheitliche standardisierte Notrufabfrage.

Systematisch unterscheidet der NAIK BW zwischen Indikationen aufgrund von Zuständen und Indikationen aufgrund von Ereignissen. Innerhalb der Gruppe der Zustände wird das in der Notfallmedizin verbreitete ABCDE-Schema aufgegriffen und zwischen Atemwegs- oder Atmungsproblem (A-/B-Problem), Herz-Kreislauf-Problem (C-Problem), neurologischem/psychiatrischem Defizit (D-Problem) und sonstiger Schädigung (E-Problem) unterschieden. In der Gruppe der Ereignisse sind Situationen zusammengefasst, die mindestens eines der Leitsymptome und damit eine unmittelbare notärztliche Behandlungsnotwendigkeit sehr wahrscheinlich machen.

Wird ein entsprechender Zustand oder ein entsprechendes Ereignis in der Notrufabfrage festgestellt, besteht die Indikation zur Entsendung eines NA. Darüber hinaus besteht in der Notrufabfrage die Möglichkeit, unter Würdigung des Meldebildes, der individuellen Lage und deren Bewertung auch in anderen Fällen ein

NA zu alarmieren. Aus der Abfrage ergeben sich damit auch die Zustände oder Ereignisse, die keine primäre Notarztindikation darstellen.

Zur Vertiefung des Verständnisses des NAIK BW werden im Folgenden tabellarisch Beispiele aufgeführt. Dort sind einerseits Beispiele dargestellt, die eine Indikation für die primäre Alarmierung eines NA sind. Andererseits wird aufgezeigt, welche Zustände primär keine Indikationen zum Einsatz eines NA sein sollen. Dabei gilt es zu beachten, dass auch hier weder die Beispiele für die Notarztindikation noch die Beispiele ohne Notarztindikation umfassend und abschließend sind und immer der Zustand im Einzelfall maßgeblich ist. Zudem ist nicht jedes Beispiel ohne Notarztindikation eine Indikation für einen RTW.

### 3 Notarztindikationskatalog für Baden-Württemberg

<b>Indikation für den Einsatz</b>	<b>Notärztlich besetztes Rettungsmittel (NA)</b>
Atemwegs- oder Atmungsproblem <b>A-/B-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schwere Atemnot</li> <li>- Atemstillstand/Schnappatmung</li> </ul>
Herz-Kreislauf-Problem <b>C-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreislaufstillstand und/oder Reanimation</li> <li>- erhebliche Kreislaufinstabilität</li> <li>- starke innere oder äußere Blutung</li> </ul>
neurologisches oder psychiatrisches Defizit <b>D-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anhaltende, akute, schwere, unklare Bewusstseinsstörung</li> <li>- schweres Trauma mit neurologischen Ausfällen</li> <li>- akut drohende Selbsttötung</li> <li>- akuter starker Schmerz</li> </ul>
sonstige Schädigung <b>E-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lebensbedrohliche Verletzung(en) oder Schädigung(en)</li> <li>- Entgleisung der Körpertemperatur mit vitaler Bedrohung</li> <li>- hochinfektiöse lebensbedrohliche Erkrankung</li> </ul>
<b>ereignisbezogene Indikationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überroll-, Hochrasanz-/Hochgeschwindigkeitsunfall</li> <li>- Schussverletzung</li> <li>- Einklemmung/Verschüttung</li> <li>- Ertrinkungs-/Tauch-/Dekompressionsunfall</li> <li>- unmittelbar bevorstehende oder stattgehabte Geburt</li> <li>- Großschadensereignis, Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (ManV)</li> <li>- Gefahrenlage aufgrund von chemischen, biologischen, radiologischen oder nuklearen Ereignissen (CBRN-Lage) mit Hinweis auf geschädigte Personen</li> <li>- akute lebensbedrohliche polizeiliche Einsatzlage</li> </ul>

#### 4 Beispiele zum Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg

<b>Einsatzindikation</b>	<b>Beispiele für NA-Einsatzindikationen</b>	<b>Beispiele ohne primäre NA-Indikation</b>
Atemwegs- oder Atmungsproblem <b>A-B-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- akut aufgetretene Atemnot mit Unfähigkeit, im ganzen Satz zu sprechen, Zyanose</li> <li>- akute Atemnot beim Säugling oder beim Kleinkind</li> <li>- Verlegung oder erhebliche Schwellung im Bereich der Atemwege</li> <li>- schwerer Asthmaanfall</li> <li>- hochgradige Anaphylaxie</li> <li>- schwere Rauchgasintoxikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atembeschwerden ohne Hinweis auf eine vital bedrohliche Erkrankung: eventuell längere Zeit bestehend, ohne ausgeprägte oder akut zunehmende Atemnot oder Zyanose</li> <li>- Hyperventilation</li> </ul>
Herz-Kreislauf-Problem <b>C-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vital bedrohliche Herzrhythmusstörung</li> <li>- akuter Myokardinfarkt/akutes Koronarsyndrom</li> <li>- Sepsis</li> <li>- mehr als einmalige Auslösung eines automatischen implantierbaren Cardioverterdefibrillators (AICD) oder einmalige Auslösung mit Bewusstseinseinschränkung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herzrhythmusstörung ohne Hinweis auf eine vitale Bedrohung</li> <li>- einmaliger Kollaps/einmalige SynCOPE</li> <li>- Brustschmerzen ohne Hinweis auf eine akute vitale Bedrohung</li> <li>- hypertensive Krise</li> </ul>
neurologisches beziehungsweise psychiatrisches Defizit <b>D-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zunehmende Bewusstseinseintrübung wie zum Beispiel intrakranielle Blutung</li> <li>- sensomotorisches Defizit nach Wirbelsäulenverletzung/akute Querschnittslähmung</li> <li>- anhaltender oder wiederholter Krampfanfall (Status epilepticus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kurzer Bewusstseinsverlust</li> <li>- akuter Schlaganfall/akute Lähmung ohne Hinweis auf eine vitale Bedrohung</li> <li>- stattgehabter Krampfanfall</li> <li>- Alkoholintoxikation mit Somnolenz, aber Reaktion auf Ansprache oder Stimulation</li> <li>- psychiatrischer Ausnahmezustand oder psychiatrische Erkrankung ohne Hinweis auf eine akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung</li> <li>- Hypoglykämie</li> </ul>
sonstige Schädigung <b>E-Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Thorax-, Abdominal-, Wirbelsäulen- oder Beckentrauma</li> <li>- Amputationsverletzung außer einzelnen Fingern oder Zehen</li> <li>- starke Hypo- und Hyperthermie (Körpertemperatur über 40°C oder unter 34°C)</li> <li>- Explosionsverletzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur von Extremitäten ohne starke Schmerzen</li> <li>- leichte Verbrennung/Verbrühung, Erfrierung</li> <li>- Abweichung der Körpertemperatur ohne Hinweis auf eine vitale Bedrohung</li> </ul>

## Anlage 6

(zu § 29 Absatz 2, § 38 Absatz 1 Satz 2 und § 46 Absatz 4 Satz 3)

### Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg

#### 1 Begriffsbestimmungen

##### 1.1 Sekundäreinsatz

Sekundäreinsatz ist der 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.

Der ärztlich begleitete Sekundäreinsatz stellt eine spezielle Untergruppe des Sekundäreinsatzes dar. Er gehört bereits aufgrund des Zustandes der Patientin oder des Patienten zur Notfallrettung.

##### 1.2 Luftgebundener Sekundäreinsatz

Der luftgebundene Sekundäreinsatz ist ein ärztlich begleiteter Sekundäreinsatz, bei dem nach § 46 Absatz 4 eine medizinische Indikation für ein Luftrettungsmittel gegeben ist und nur das Luftrettungsmittel bei zeitlicher Dringlichkeit den zeitgerechten Transport der Patientinnen und Patienten ermöglicht sowie ein bodengebundener Transport nicht sinnvoll möglich ist.

##### 1.3 Intensivtransport

Der Intensivtransport ist ein ärztlich begleiteter Sekundäreinsatz zur Beförderung von intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patientinnen und Patienten, bei denen eine geeignete Notärztin oder ein geeigneter Notarzt und Fachpersonal mit entsprechender Qualifikation nach diesen Grundsätzen sowie ein Luftrettungsmittel oder ein Intensivtransportwagen erforderlich sind.

## 2 Aufbauorganisation

### 2.1 Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte in Baden-Württemberg

Auf Grundlage der §§ 29 und 30 übernimmt die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte in Baden-Württemberg (ZKS) die Koordination aller boden- und luftgebundenen Intensivtransporte sowie aller luftgebundenen Sekundäreinsätze. Im Bedarfsfall erfolgt hierbei eine länderübergreifende Zusammenarbeit.

Die Koordination der bodengebundenen Sekundäreinsätze erfolgt über die jeweils für die Quellklinik zuständige Integrierte Leitstelle, soweit es sich nicht um einen Intensivtransport handelt.

Die ZKS ist an 365 Tagen rund um die Uhr erreichbar. Während der Dienstzeiten der Intensivtransportwagen und der tagverfügbaren Luftrettungsmittel ist eine Besetzung mit entsprechend medizinisch qualifiziertem Personal nach § 31 notwendig. Außerhalb dieser Zeiten kann die Erreichbarkeit bedarfsgerecht über eine Rufbereitschaft oder einen Hintergrunddienst sichergestellt werden.

### 2.2 Ärztliche Beratung der ZKS

Der ZKS steht werktags von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr eine ärztliche Beratung zur Verfügung, § 30 Absatz 1 Nummer 3. Diese dient als Ansprechperson mit Entscheidungsbefugnis für die verantwortliche Disponentin oder den verantwortlichen Disponenten in medizinischen Fragen hinsichtlich des Transportes. Die ärztliche Beratung kann von der Disponentin oder vom Disponenten der ZKS insbesondere hinzugezogen werden, um die Erfüllung der Kriterien für einen Intensivtransport oder einen luftgebundenen Sekundäreinsatz zu bewerten. Im Zweifelsfall legt die ärztliche Beratung eine Einstufung entsprechend fest.

Die ärztliche Beratung der ZKS rekrutiert sich aus Ärztinnen und Ärzten, die aktiv am Intensivtransport in Baden-Württemberg teilnehmen, unter anderem den ärztlichen Standortleitungen der bodengebundenen Intensivtransportmittel sowie den ärztlichen Standortleitungen der Luftrettungsmittel. Vitale oder dringliche Transporte dürfen durch das Hinzuziehen der ärztlichen Beratung nicht verzögert werden.

### 2.3 Kategorien im ärztlich begleiteten Sekundäreinsatz

Ärztlich begleitete Sekundäreinsätze sind grundsätzlich als Einsatz der bodengebundenen Notfallrettung zu behandeln und durch die für die Quellklinik zuständige Integrierte Leitstelle zu koordinieren. Liegt eine Indikation für einen luftgebundenen Sekundäreinsatz vor oder sind die Kriterien für einen Intensivtransport erfüllt, so ist die ZKS zu informieren, und sie übernimmt die Koordination.

Im ärztlich begleiteten Sekundäreinsatz gelten die nachfolgenden Kategorien.

#### Kategorie 1: Notfallverlegung

Notfallverlegung bezeichnet den schnellstmöglichen Transport aus vitaler Indikation. Die Patientin oder der Patient befindet sich in akuter Lebensgefahr oder benötigt eine zeitkritische Versorgung in einer anderen Versorgungseinrichtung.

Sind die Kriterien für einen Intensivtransport erfüllt, kann durch die Integrierte Leitstelle über die ZKS ebenfalls geprüft werden, ob ein Intensivtransportwagen oder Luftrettungsmittel ohne wesentliche beziehungsweise nur mit medizinisch vertretbarer zeitlicher Verzögerung zur Verfügung steht.

#### Kategorie 2: Dringliche Verlegung

Dringliche Verlegung bezeichnet einen zeitnah durchzuführenden Transport aus nicht vitaler Indikation. Dies umfasst insbesondere Verlegungen von Patientinnen und Patienten, bei denen an der weiterführenden medizinischen Versorgungseinrichtung unmittelbare therapeutische und/oder diagnostische Maßnahmen erfolgen.

Sind die Kriterien für einen Intensivtransport erfüllt, kann durch die Integrierte Leitstelle über die ZKS geprüft werden, ob ein Intensivtransportwagen oder Luftrettungsmittel zur Transportdurchführung zur Verfügung steht.

#### Kategorie 3: Planbare Verlegung

Planbare Verlegung bezeichnet einen Transport, bei dem der Verlegungszeitpunkt Stunden oder Tage im Voraus bekannt ist.

### 2.4 Zusammenarbeit

Integrierte Leitstelle und ZKS unterstützen sich gegenseitig. Steht beispielsweise kein Intensivtransportwagen oder Luftrettungsmittel zur Verfügung oder ist keine Indikation dafür gegeben, so übernimmt die für die Quellklinik zuständige Integrierte Leitstelle die Transportkoordination.

## 2.5 Dokumentation von ärztlich begleiteten Sekundäreinsätzen

Auf Basis des MIND4.0, der auf der Internetseite der SQR-BW unter [www.sqrbw.de](http://www.sqrbw.de) eingesehen werden kann, erfolgt die Implementierung eines Moduls zur Dokumentation aller ärztlich begleiteten Sekundäreinsätze in Baden-Württemberg. Mit Einführung des Moduls müssen von allen ärztlich besetzten Rettungsmitteln Sekundäreinsätze entsprechend über die elektronische Datenerfassung dokumentiert werden. Dies ermöglicht künftig eine Auswertung für Intensivtransporte und ärztlich begleitete Sekundäreinsätze über die SQR-BW, auf deren Grundlage eine Bedarfsermittlung erfolgt. Eine inhaltliche Beschreibung des Moduls findet sich in Anhang 2.

## 2.6 Finanzierung

Die Finanzierung von Intensivtransportwagen und der ZKS wird auf Landesebene festgelegt. Hierzu finden jährliche Verhandlungen zwischen Kosten- und Leistungsträgern und gegebenenfalls zuständigen Krankenhausträgern statt.

# 3 Vorhaltungen im Intensivtransport

## 3.1 Standorte und Betriebszeiten der Intensivtransportwagen

Die Standorte der Intensivtransportwagen sowie deren Betriebszeiten sind in nachfolgender Tabelle festgelegt. Die Standorte der Luftrettungsmittel sind in § 47 festgelegt.

<b>Standort</b>	<b>Funkrufname</b>	<b>Betriebszeiten</b>
ITW Freiburg	FR 1/86-1	werktags Montag bis Freitag von 09:00 bis 21:00 Uhr
ITW Ludwigsburg	LB 5/86-1	werktags Montag bis Freitag von 09:00 bis 21:00 Uhr
ITW Mannheim	MA 8/86-1	werktags Montag bis Freitag von 09:00 bis 21:00 Uhr
ITW Stuttgart	S 6/86-1	werktags Montag bis Freitag von 09:00 bis 21:00 Uhr
ITW Ulm	UL 2/86-1 UL 11/86-1	werktags Montag bis Freitag von 09:00 bis 21:00 Uhr

### 3.2 Personelle Besetzung der Intensivtransportwagen

Intensivtransportwagen sind wie folgt zu besetzen:

- a) Fachärztin oder Facharzt beziehungsweise Ärztin oder Arzt im fünften Weiterbildungsjahr mit einer mindestens zwölfmonatigen intensivmedizinischen Erfahrung (Vollzeitäquivalent) und der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg oder einer von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannten vergleichbaren Qualifikation sowie absolviertem Intensivtransportkurs nach Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.; in begründeten

Ausnahmefällen ist eine Besetzung mit einer Ärztin oder einem Arzt im vierten Weiterbildungsjahr mit einer mindestens zwölfmonatigen intensivmedizinischen Erfahrung (Vollzeitäquivalent) und der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg oder einer von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannten vergleichbaren Qualifikation sowie absolviertem Intensivtransportkurs nach Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. möglich;

- b) Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter, bis 31.12.2025 auch Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter beziehungsweise Rettungsassistentin oder Rettungsassistent und absolviertem Intensivtransportkurs nach Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.;
- c) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung in der Notfallrettung als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter in der Funktion als zweites Besatzungsmitglied und Fahrerin oder Fahrer.

### 3.3 Technische Ausstattung der Intensivtransportwagen

Die Intensivtransportwagen in Baden-Württemberg verfügen gegenüber dem Rettungswagen über zusätzliche technische und medizinische Ausstattung. Dafür gelten die nachfolgend aufgeführten Dokumente in der jeweils geltenden Fassung:

- a) DIN 75076 Rettungssysteme – Intensivtransportwagen;
- b) DIN EN 1789 Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen;
- c) Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst.

Darüber hinaus ist nachfolgende Ausstattung vorzuhalten:

- d) Im Krankenraum ist ein Befestigungssystem einzubauen, das eine Verlastung von extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) und Intra-Aortaler Ballonpumpe (IABP) ermöglicht wie zum Beispiel Airrails.

- e) Für die Intubation ist ein Videolaryngoskop mit Spateln für verschiedene Altersstufen sowie ein Sonographiegerät vorzuhalten.
- f) Das Intensivtransportsystem, nach DIN 75076 die Intensivtrage, ist für ein Patientengewicht von mindestens 180 kg ausgelegt und soll die Möglichkeit einer Verbreiterung auf mindestens 85 cm beinhalten.
- g) Es ist nach DIN 75076 Tabelle 3 Ziffer 1 bis 6 und 8 ein zweiter Monitor als Redundanz vorzuhalten.

## 4 Ablauforganisation Intensivtransport

### 4.1 Anforderung Intensivtransport

Die Anforderung eines Intensivtransportes erfolgt nach dem Algorithmus arztbegleiteter Sekundäreinsatz/Intensivtransport in Anhang 1 direkt bei der ZKS.

### 4.2 Arzt-Arzt-Gespräch

Bei Intensivtransporten erfolgt immer ein Arzt-Arzt-Gespräch. Die Notärztin oder der Notarzt des für den Transport vorgesehenen Rettungsmittels nimmt Kontakt zur Ärztin oder zum Arzt der Quellklinik auf und erfragt medizinische Details und Besonderheiten im Rahmen der Transportvorbereitung.

### 4.3 Unterbrechung, Verschiebung und Abbruch von Intensivtransporten

Intensivtransportwagen und Luftrettungsmittel mit durch die ZKS bestehendem Einsatzauftrag auf dem Weg zu einer Quellklinik, Status 3, können nur nach erfolgter Absprache mit der ZKS durch eine örtlich zuständige Integrierte Leitstelle zu einem Primäreinsatz abgezogen werden. Grundsätzlich ist dies nur bei Sekundäreinsätzen der Kategorie 2, Dringliche Verlegung, oder 3, Planbare Verlegung, möglich.

Sofern Intensivtransportwagen in den verfügbaren Status 1 einsatzbereit Funk, Status 2 einsatzbereit Wache oder Status 8 durch eine Integrierte Leitstelle für Notfalleinsätze in direkter Nähe benötigt werden, können diese direkt eingesetzt werden, sofern kein Rettungsmittel der Regelvorhaltung in angemessener Zeit verfügbar ist. Die ZKS ist unverzüglich zu informieren.

Ergänzend zur Kommunikation mit der einsatzführenden Integrierten Leitstelle informieren die Besatzungen der Intensivtransportwagen bei Notfalleinsätzen so bald als möglich auch die ZKS telefonisch über den weiteren, erwarteten Einsatzverlauf und eine prognostische Wiederverfügbarkeit.

#### 4.4 Dispositionegrundsätze für Intensivtransportmittel

Der Einsatz von Intensivtransportwagen hat sich an den in Anhang 1 genannten medizinisch notwendigen Kriterien zu orientieren. Unter diesen Aspekten gilt grundsätzlich, dass Einsätze bis zu einer Transportstrecke von etwa 60 bis 80 km oder bis zu einer Transportdauer von etwa zwei Stunden durch Intensivtransportwagen durchzuführen sind. In Ausnahmefällen kann der Einsatzradius erweitert werden, sofern dies aus medizinischen/organisatorischen Gründen erforderlich ist.

In den übrigen Fällen soll ein Luftrettungsmittel zum Einsatz gebracht werden. Es ist jenes Luftrettungsmittel zu disponieren, welches für die Einsatzdurchführung das bestgeeignete ist. Zunächst ist die aktuelle Verfügbarkeit des zur Quellklinik nächstgelegenen oder -verfügbaren Luftrettungsmittels, unter Beachtung einsatztaktischer und flugbetrieblicher Aspekte, zu prüfen. Zu den einsatztaktischen Aspekten gehören auch besondere Ausstattungsmerkmale einzelner Luftrettungsmittel. Die Disposition orientiert sich auch an den Parametern Dringlichkeit, Verfügbarkeit und Wirtschaftlichkeit. Ein Zeitnachteil durch einen oder mehrere bodengebundene Zwischentransporte mangels Landeplatzes direkt an der Quell- und/oder Zielklinik muss bei der Dispositionentscheidung berücksichtigt werden. Der Einsatz eines Luftrettungsmittels erfolgt in Absprache zwischen der ZKS und der jeweils zuständigen hubschrauberführenden Leitstelle.

### 5 Ablauforganisation luftgebundener Sekundäreinsatz

#### 5.1 Anforderung luftgebundener Sekundäreinsatz

Die Disposition eines luftgebundenen Sekundäreinsatzes innerhalb von Baden-Württemberg obliegt grundsätzlich der ZKS. Bei der Anforderung eines Sekundäreinsatzes sollte geprüft werden, ob ein luftgebundener Transport erforderlich ist. In vielen Fällen ist ein bodengebundener Transport sinnvoll möglich und wirtschaftlicher. Ist eine medizinische Indikation für ein Luftrettungsmittel gegeben und stellt das Luftrettungsmittel bei zeitlicher Dringlichkeit das nächstverfügbare Rettungsmittel dar, erfolgt die Anforderung nach dem Algorithmus

arztbegleiteter Sekundäreinsatz/Intensivtransport nach Anhang 1. Sind die genannten Kriterien für einen luftgebundenen Sekundäreinsatz erfüllt, erfolgt die Anforderung direkt bei der ZKS, welche den Einsatz bei Verfügbarkeit eines Luftrettungsmittels koordiniert. Alle anderen ärztlich begleiteten Sekundäreinsätze, die nicht in der Zuständigkeit der ZKS liegen, sind bei der jeweils für die Quellklinik zuständigen Integrierten Leitstelle anzufordern und durch den bodengebundenen Rettungsdienst durchzuführen.

## 5.2 Dispositionsgrundsätze luftgebundener Sekundäreinsatz

Der Einsatz von Luftrettungsmitteln für luftgebundene Sekundäreinsätze außerhalb des Intensivtransports hat sich an den folgenden medizinisch notwendigen Kriterien zu orientieren:

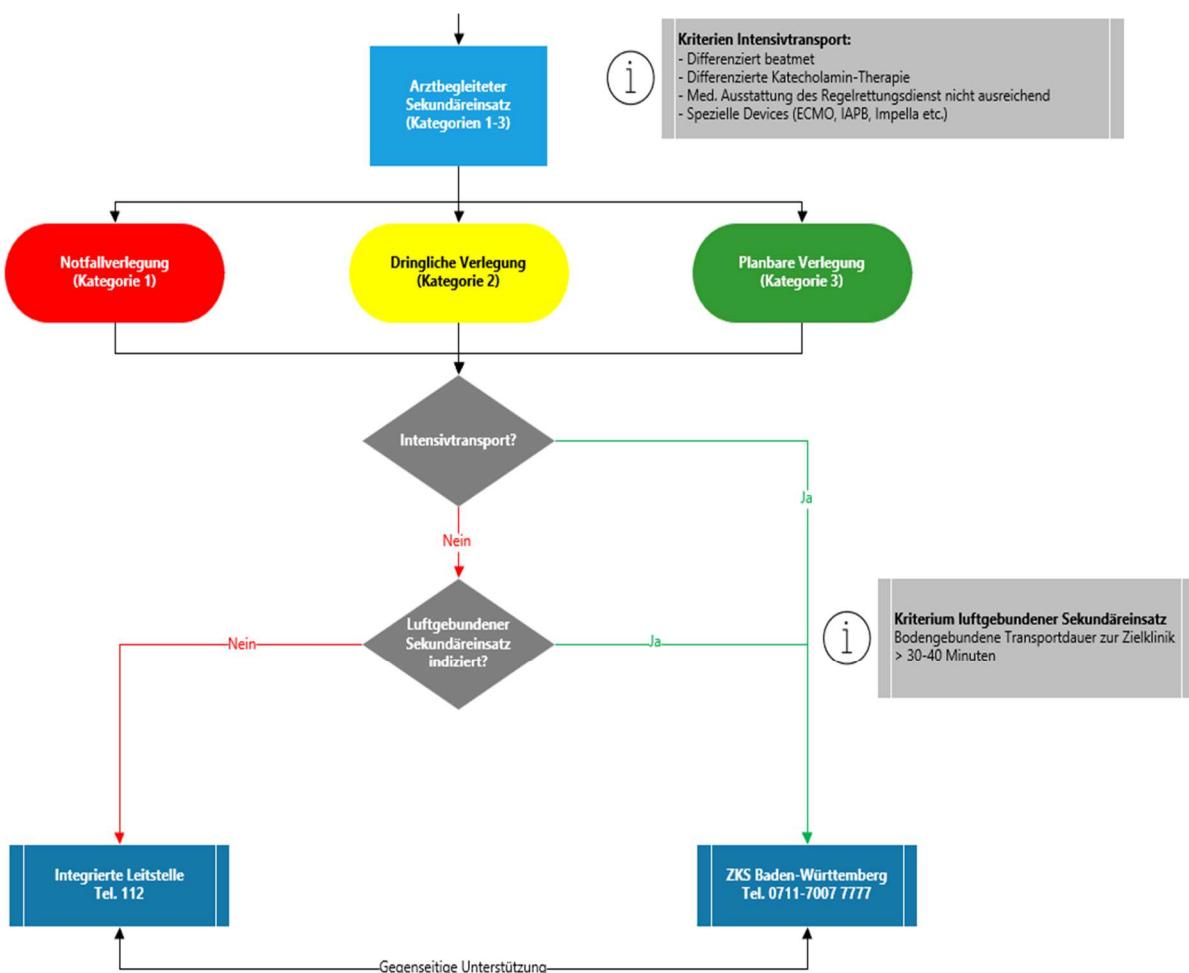
- a) Liegt eine Indikation für einen ärztlich begleiteten Sekundäreinsatz nach Anhang 1 vor?
- b) Handelt es sich um eine Notfallverlegung oder eine Dringliche Verlegung? Kann diese ohne erweiterte medizintechnische Ausstattung und ohne wesentliche oder mit medizinisch vertretbarer zeitlicher Verzögerung bodengebunden durchgeführt werden?  
Anmerkung: Bei einer Notfallverlegung oder einer dringlichen Verlegung ist die Zeit bis zur Ankunft der Patientin oder des Patienten in der für die Versorgung geeigneten Einrichtung entscheidend. Bis zu einer Transportdauer von etwa 30 bis 40 Minuten ist die Durchführung durch bodengebundene Rettungsmittel zu bevorzugen.
- c) Handelt es sich um eine Planbare Verlegung, die aus besonderen Gründen den Einsatz eines Luftrettungsmittels erfordert?  
Anmerkung: Bei einer planbaren Verlegung bis zu einer Transportdauer von höchstens 90 Minuten ist grundsätzlich die Durchführung durch bodengebundene Rettungsmittel zu bevorzugen.

Ergibt sich aus der Prüfung die Erforderlichkeit für ein Luftrettungsmittel, dann ist jenes Luftrettungsmittel zu disponieren, welches für die Einsatzdurchführung das bestgeeignete ist. Zunächst ist die aktuelle Verfügbarkeit des zur Quellklinik nächstgelegenen oder -verfügbarsten Luftrettungsmittels, unter Beachtung einsatztaktischer und flugbetrieblicher Aspekte, zu prüfen. Zu den einsatztaktischen Aspekten gehören auch besondere Ausstattungsmerkmale einzelner

Luftrettungsmittel. Die Disposition orientiert sich auch an den Parametern Dringlichkeit, Verfügbarkeit und Wirtschaftlichkeit. Ein Zeitnachteil durch einen oder mehrere bodengebundene Zwischentransporte mangels Landeplatzes direkt an der Quell- und/oder Zielklinik muss bei der Dispositionsentscheidung berücksichtigt werden. Der Einsatz eines Luftrettungsmittels erfolgt in Absprache zwischen der ZKS und der jeweils zuständigen hubschrauberführenden Leitstelle.

## 6 Anhänge

### Anhang 1 Algorithmus arztbegleiteter Sekundäreinsatz/Intensivtransport



#### Kriterien für eine notärztliche Transportbegleitung:

- respiratorische Instabilität/intubiert beatmet, außer Heimbeatmung
- Kreislaufinstabilität/Katecholaminpflichtigkeit

- fortlaufende Sedierung/Narkose
- deutliche Vigilanzminderung wie drohender Verlust der Schutzreflexe

Kriterien für einen Intensivtransport:

- differenzierte Beatmung
- differenzierte Katecholamin-Therapie
- medizintechnische Ausstattung der Notfallrettung nicht ausreichend
- spezielle Ausstattungsgegenstände werden benötigt wie zum Beispiel ECMO, IAPB, Impella oder andere

#### Anhang 2: Beschreibung Verlegungsmodul (arztbegleitet)

- a) Erstbefunde (Patientenzustand vor Transport)
  - aa) Beatmung/differenzierte Beatmung
  - bb) Katecholaminpflichtigkeit/differenzierte K.-Therapie
  - cc) fortlaufende Sedierung/Narkose
  - dd) deutliche Vigilanzminderung mit Einschränkung von Schutzreflexen
  - ee) invasive Blutdruckmessung
  - ff) spezielle Ausstattungsgegenstände
  - gg) Anzahl Perfusoren
- b) Einschätzung Transportarzt für Indikation Arztbegleitung

- c) Einschätzung Transportarzt für Indikation Intensivtransport
- d) Einschätzung Transportarzt für zeitliche Dringlichkeit

Differenzierungsmerkmale:

Erstbefunde vor Transportbeginn

- Beatmung ja/nein, außer Heimbeatmung
  - falls ja: differenzierte Beatmung ja/nein
- Katecholaminpflichtigkeit ja/nein
- differenzierte Katecholamin-Therapie ja/nein
- fortlaufende Sedierung/Narkose ja/nein
- deutliche Vigilanzminderung mit Einschränkung von Schutzreflexen ja/nein
- invasive Blutdruckmessung ja/nein
- spezielle Ausstattungsgegenstände ja/nein
- falls ja, Mehrfachauswahl möglich:
  - Impella
  - externer Schrittmacher
  - IABP
  - ECMO
  - Sonstige (+ Freitext)
- Anzahl Perfusoren als einstellige numerische Angabe
- Einschätzung Transportarzt für Indikation Arztbegleitung gegeben (ja / nein)

- Einschätzung Transportarzt für Indikation Intensivtransport gegeben, Mehrfachauswahl möglich:
  - ja, Patientenzustand
  - ja, intensivmedizinische Personalqualifikation erforderlich
  - ja, medizintechnische Ausstattung der Regelrettung nicht ausreichend
  - ja, Sonstiges und Freitext
  - nein: nicht auswählbar, wenn Beatmung ja und Katecholaminpflichtigkeit ja sowie Dringlichkeit nicht „Notfall“
- Einschätzung der zeitlichen Dringlichkeit durch Transportarzt
  - Notfall: schnellstmöglich, vitale Indikation
  - dringlich: zeitnah, keine vitale Indikation
  - planbar: Stunden/Tage, nicht dringlich

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Zielsetzung

Das Rettungsdienstgesetz und der Rettungsdienstplan enthielten bislang die wesentlichen Bestimmungen für den Bereich des Rettungsdienstes. Der Rettungsdienstplan konkretisierte die Vorgaben des Gesetzes. Die Rechtsnatur des Rettungsdienstplanes war dabei unbestimmt. Es handelte sich formell weder um eine Rechtsverordnung noch um eine Satzung oder eine Verwaltungsvorschrift. Dieser historisch gewachsene Zustand wurde dem Anspruch des Rettungsdienstplanes, Bindungswirkung zu entfalten, nicht gerecht.

Nachdem der Gesetzgeber 2024 im Rahmen des Neuerlasses des Rettungsdienstgesetzes entsprechende Verordnungsermächtigungen vorgesehen hat, kann der Rettungsdienstplan nun in Verordnungsform erlassen werden. Dazu wird das Innenministerium ermächtigt.

Der Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung ist auch erforderlich. Der Entwurf zielt darauf ab, die Vorgaben des Gesetzes zu konkretisieren. Er steht unter dem Leitbild einer am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen, die aber gleichzeitig dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit folgt. Darüber hinaus werden bewährte Regelungen aus dem bisherigen Rettungsdienstplan und der rettungsdienstlichen Praxis aktualisiert und ebenfalls in die Verordnung übernommen.

#### II. Inhalt

Die Verordnung gliedert sich in elf Teile. Ihr Schwerpunkt sind die in Teil 2 geregelten Grundsätze für die landesweite Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen und die Berechnungsschemata. Darüber hinaus werden Regelungen zu den folgenden Thematiken getroffen:

- Konkretisierung der Abgrenzung von und der Zusammenarbeit zwischen den anderen Versorgungssektoren und dem Rettungsdienst,
- Organisationsstruktur des Rettungsdienstes und seiner Gremien auf Landesebene und auf lokaler Ebene,

- Integrierte Leitstellen und besondere Leitstellen einschließlich der Ausbildung des dort beschäftigten Personals und der Disposition von Rettungsmitteln,
- Telenotärztliches System, dessen Telenotärztinnen und Telenotärzte und dessen Kostenstruktur,
- Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes, deren Ausstattung und Besetzung, besondere Transportrettungsmittel sowie Zusammenarbeit mit den Transportkapazitäten Dritter,
- Luftrettung, insbesondere deren Standorte und Einsatzindikation für Primär- und Sekundäreinsätze,
- Sonderrettungsdienste, deren Einrichtungen und Helferinnen und Helfer,
- Großschadensereignis einschließlich der Planung, der Qualifikation und der Aufgaben der besonderen Beteiligten in der rettungsdienstlichen Einsatzleitung,
- Genehmigungsvoraussetzungen für den Krankentransport und die Notfallrettung sowie
- ehrenamtliche Ersthelfer-Systeme.

### III. Alternativen

Keine.

Bislang war der Rettungsdienstplan eine untergesetzliche Regelung mit unklarer Rechtsnatur. Der Gesetzgeber hat mit Erlass des Rettungsdienstgesetzes den klaren Auftrag erteilt, diesen durch eine Verordnung zu erlassen.

Eine Verwaltungsvorschrift hätte dieses Ziel nicht im selben Maße erreichen können. Das gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass den Vorschriften zur Planung des Rettungsdienstes durch den Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg teilweise Außenwirkung zuerkannt wurde. Zudem ist der Rettungsdienst in Baden-Württemberg privatrechtlich organisiert, sodass es eine Vielzahl von außerhalb der Verwaltung stehenden Akteuren und Adressaten gibt.

Auch inhaltlich bestehen keine Alternativen zu den vorliegenden Regelungen. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die neuen Regelungen zur Planung des Rettungsdienstes. Der Gesetzgeber hat sich bewusst dafür entschieden, eine Verordnungsermächtigung in das Rettungsdienstgesetz aufzunehmen. Mit der vorliegenden Verordnung entspricht das Innenministerium diesem gesetzgeberischen Auftrag und setzt ihn um. Darüber hinaus ermöglichen die Fortschritte in der rettungsdienstlichen Dokumentation eine Planung anhand medizinischer Kriterien. So können die Bedarfe der Patientinnen und Patienten bereits in der Planung in den Fokus genommen werden. Diesen beiden Faktoren wird durch die neuen Planungskriterien Rechnung getragen.

Die vorgenommenen Konkretisierungen der landesgesetzlichen Regelungen sind darüber hinaus erforderlich, um eine landesweit einheitliche Durchführung des Rettungsdienstes zu sichern. Dies hat zum Ziel, eine einheitliche Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in Baden-Württemberg zu gewährleisten.

#### IV. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Festlegungen und die Berechnungsschemata wird sich die Infrastruktur des Rettungsdienstes im Land verändern. Dies kann zu einem Anstieg der förderungsfähigen Investitionsmaßnahmen und somit auch zu einem Anstieg des Förderbedarfes führen. Wie jedoch bereits auf S. 3 der Begründung zum Rettungsdienstgesetz (Landtagsdrucksache 17/6611) ausgeführt, erfolgt die Förderung lediglich im Rahmen der vom Haushaltsgesetzgeber zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel, sodass für das Land keine finanziellen Auswirkungen zu erwarten sind.

Die Erforderlichkeit zusätzlicher personeller Ressourcen auf Seiten des Landes ist nicht zu erwarten.

Finanzielle Auswirkungen auf die Kommunen oder andere öffentlich-rechtliche Körperschaften, Anstalten und Stiftungen sind ebenfalls nicht zu erwarten.

#### V. Bürokratievermeidung, Prüfung Vollzugstauglichkeit

Die Regelungen zur Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen, die das Kernstück dieser Verordnung darstellen, betreffen die Planung der rettungsdienstlichen Vorhaltungen durch die Bereichsausschüsse. Sie sind inhaltlich komplex. Die Regelungen verfolgen aber den Anspruch, die rettungsdienstlichen Vorhaltungen am

Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Da dieser je nach der zugrundeliegenden Fallgestaltung eine andere Ausprägung hat, führt dies zwangsläufig zu vielschichtigen Planungsvorschriften. Die Normierung dient in dieser Hinsicht gleichzeitig der Transparenz. Sie richtet sich zudem an die fachlich versierten Bereichsausschüsse.

Die Rechtsverordnung enthält darüber hinaus Regelungen zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens im Bereich der Genehmigung von Krankentransport und Notfallrettung. Sie führt diesbezüglich bereits bestehende Regelungen, die in mehreren unterschiedlichen Regelungswerken enthalten waren, im selben rechtlichen Rahmen zusammen. Durch die in der Verordnung enthaltenen Regelungen werden demnach keine neuen bürokratischen Hürden geschaffen.

Möglichkeiten für zusätzliche Entlastungen bestehen dabei nicht. Gerade im Bereich dieser Genehmigungen ist nach der Verordnung zwar nach wie vor eine Vielzahl von Nachweisen vorzulegen. Die Patientinnen und Patienten, die durch die Unternehmen versorgt und transportiert werden, sind allerdings auch besonders schutzbedürftig. Vor diesem Hintergrund ist das Verfahren angesichts des hohen Kontrollbedarfs und der Sicherheitsanforderungen im Bereich Rettungsdienst erforderlich. Darüber hinaus gelten die fraglichen Genehmigungen für vier Jahre und die Zahl der in diesem Bereich tätigen Unternehmen ist überschaubar.

## VI. Wesentliche Ergebnisse des Nachhaltigkeits-Checks

Die Regelungen haben Auswirkungen auf den Bereich „Bedürfnisse und gutes Leben“. Sie beeinflussen Wohl und Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger durch ihren Effekt auf die Bereiche Lebensqualität und Gesundheit (IV. 2.). Denn die Regelungen verbessern die rettungsdienstliche Versorgung und richten sie an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten aus. Die Gesundheitsversorgung wird dadurch weiter optimiert.

Die Regelungen erlauben zudem einen gezielteren Umgang mit den rettungsdienstlichen Ressourcen, indem rettungsdienstliche Vorhaltungen an den Punkten konzentriert werden, an denen sie auch gebraucht werden. Dies hat auch positive Auswirkungen auf den Bereich „Ressourcenverbrauch“ im Rahmen der „ökologischen Tragfähigkeit“ (II.).

## VII. Wesentliche Ergebnisse des Digitalauglichkeits-Checks

Die systematische Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung ist strukturell an mehreren Stellen des Regelungsvorhabens angelegt. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die Übermittlung von Daten und Informationen in § 6 Absatz 3, § 10 Absatz 2, § 16 Absatz 4, § 19 Absatz 3, § 59 Absatz 4 und § 73, aber auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungssektoren (insbesondere § 1 Absatz 2) oder – soweit möglich – die Stellung von Anträgen (§ 12 Absatz 2).

Regelungen für Verwaltungsverfahren sind insbesondere in Teil 9 enthalten. Hier werden bereits bestehende Regelungen zusammengeführt und im Gesetz vorgesehene Verordnungsermächtigungen genutzt. Grundsätzlich sind Verwaltungsverfahren einfach, wirtschaftlich, zügig, transparent, digitaltauglich, belastungssarm und vollzugstauglich zu gestalten. Die vorliegenden Verfahren sind in sich komplex und erfordern die Vorlage einer Vielzahl von Unterlagen. Wie oben beschrieben dürfte sich die Anzahl der Genehmigungen angesichts der langen Gültigkeitsdauer und der begrenzten Anzahl der tätigen Unternehmen eher in Grenzen halten.

Die Entwicklung plattformbasierter und medienbruchfreier Lösungen ist im vorliegenden Bereich daher angesichts der geringen Fallzahl und der zahlreichen erforderlichen Nachweise bei gleichzeitigem hohen Kontrollbedarf angesichts hoher Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen nicht angezeigt. Sollte sich aus der Rücksprache mit den Genehmigungsbehörden doch perspektivisch das Erfordernis einer digitalen Vollabwicklung ergeben, so würde dem keine der Normen entgegenstehen.

Die Vorschriften erfordern, dass mit dem Nachweis eventueller Vorstrafen auch besonders schutzbedürftige personenbezogene Daten verarbeitet werden. Dies ist jedoch im Rahmen des Betriebes eines Gewerbes, das besondere Sorgfalt erfordert, üblich.

## VIII. Verhältnismäßigkeitsprüfung bei Berufsreglementierungen

Die Verordnung enthält mehrere Einschränkungen im Hinblick auf die Berufswahl. Das betrifft insbesondere

- Vorgaben zur Qualifikation des Personals der Integrierten Leitstellen und der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg

- Vorgaben zur Qualifikation des Personals auf den Luftrettungsmitteln und Intensivtransportwagen sowie
- Konkretisierungen der gesetzlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung des Krankentransportes und der Notfallrettung.

Darüber hinaus sind im Hinblick auf die Berufsausübung der Telenotärztinnen und Telenotärzte Einschränkungen enthalten.

Bei einigen Vorgaben handelt es sich nicht um neue Vorschriften, sondern lediglich um die Normierung bereits bestehender Regelungen ohne feste Rechtsnatur oder um die Zusammenführung in einem Regelungswerk.

Die Regelungen verfolgen den Zweck, die Patientinnen und Patienten zu schützen. Im Bereich des Rettungsdienstes haben die Ausübenden in der Regel mit verletzten und erkrankten, teilweise auch mit multimorbidem Personen zu tun. Es müssen oft auch innerhalb kürzester Zeit und auch aus der Ferne erhebliche medizinische Entscheidungen getroffen werden. Darüber hinaus erfordern hochspezialisierte Maßnahmen und besonderes Equipment eine fundierte Qualifizierung.

Die Vorschriften sind geeignet, um das Ziel des Schutzes der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Sie sind auch erforderlich. Mildere Mittel, um das angestrebte Ziel zu erreichen, sind nicht ersichtlich. Denkbar wäre bei den Vorgaben zur Qualifikation lediglich, auf eine Freiwilligkeit der Ausübenden zu vertrauen. Gerade in diesem hochsensiblen Bereich stellt dies aber keine Alternative zu entsprechenden Regelungen dar.

Die Regelungen sind auch verhältnismäßig. Das durch sie verfolgte Ziel der Gesundheit der Patientinnen und Patienten überwiegt die Einschränkung der Berufswahl- und Ausübungsfreiheit. Sie enthalten insbesondere Anerkennungsmöglichkeiten im Hinblick auf bereits erworbene Qualifikationen und Erfahrungen. Hierzu wird detailliert in der Einzelbegründung bei den jeweiligen Regelungen ausgeführt.

## IX. Sonstige Kosten für Private

Durch die neuen Planungskriterien wird es voraussichtlich zu einer Änderung der rettungsdienstlichen Vorhaltungen kommen. Wie genau diese sich auswirken, ist

schwer vorherzusagen. Denn die vorgesehene Eintreffzeit als Planungsfrist bezieht sich anders als die bisherige Hilfsfrist nur auf die Einsätze, bei denen es aus medizinischen Gründen auf ein rasches Eintreffen ankommt. Darüber hinaus wird die Prähospitalzeit zum Planungskriterium für Einsätze, in denen die Patientin oder der Patient vor allem von einem schnellen Eintreffen in der Versorgungseinrichtung profitiert.

Sofern es durch die Regelungen zu einer Erhöhung der rettungsdienstlichen Vorhaltungen kommen sollte, würde dies im Ergebnis zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten führen. Dies führt aber gleichzeitig zu einer besseren und bedarfsgerechteren medizinischen Versorgung.

## X. Transparenz

### Transparenz

Im Vorfeld der Anhörung waren im Rahmen von Praxis-Checks (zumeist schriftliche Anhörungsrunden zu einzelnen Regelungen) an ausgewählten Regelungsinhalten fachkundige Organisationen beteiligt. Die Ergebnisse daraus wurden teilweise übernommen. Darüber hinaus waren einige Organisationen Mitglieder von Arbeitsgruppen, die Vorschläge für Anlagen entworfen haben.

Die fraglichen Organisationen waren die Kosten- und Leistungsträger im Rettungsdienst, die Stelle für trägerübergreifende Qualitätssicherung im Rettungsdienst (SQR-BW), die ADAC Luftrettung gGmbH, die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn), die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), die DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG, die Landesschule des Deutschen Roten Kreuzes, der Landesfeuerwehrverband Baden-Württemberg e. V., die Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg, die Interessengemeinschaft Privater Rettungsdienst Baden-Württemberg e. V., die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, die Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Landkreistag, das Sozialministerium und der Städtetag sowie Region der Lebensretter e. V.

Art und Umfang der Beteiligung können der nachfolgenden Tabelle sowie der Einzelbegründung der Normen entnommen werden.

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
ADAC Luftrettung gGmbH	München	Ja	Zulieferung von Informationen, Anhörung zu §§ 22-25 und zu § 52, Mitarbeit an Anlage 5 und Anlage 6
Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn)	Filderstadt	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 5
AOK Baden-Württemberg	Stuttgart	ja	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 5 und Anlage 6

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
ASB Baden-Württemberg e. V.	Stuttgart	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2 Anlage 4, Anlage 5 und Anlage 6
BWKG	Stuttgart	ja	Mitarbeit an Anlage 6
DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG	Filderstadt	nein	Anhörung zu § 52, Zulieferung von Informationen und Anhörung zu §§ 22-25, § 38 und §§ 45-49, Mitarbeit an Anlage 5
Deutsches Rotes Kreuz Landesschule gGmbH	Pfalzgrafenweiler	nein	Mitarbeit an Anlage 4

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
Landesfeuerwehrverband Baden-Württemberg e. V.	Filderstadt	ja	Mitarbeit an Anlage 4
Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg	Bruchsal	nein	Mitarbeit an Anlage 4
Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V.	Freiburg	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Zulieferung von Informationen für Teil 10, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 4, Anlage 5 und Anlage 6
DRK-Landesverband Baden-Württemberg e. V.	Stuttgart	nein	Zulieferung von Informationen für Teil 10, Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
			Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 4, Anlage 5 und Anlage 6
IKK classic	Dresden	Nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen
Interessengemeinschaft Privater Rettungsdienst Baden-Württemberg e. V.	Karlsruhe	nein	Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1 und Anlage 5
Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Berlin	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25,

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
			Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 4, Anlage 5 und Anlage 6
Karlsruher Institut für Technologie	Karlsruhe	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen
Landesärztekammer Baden-Württemberg	Stuttgart	nein	Anhörung zu § 42 und zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1, 5 und 6
Landkreistag Baden-Württemberg e. V.	Stuttgart	nein	Mitarbeit an Anlage 4
Malteser Hilfsdienst e. V.	Stuttgart	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25,

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
			Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 4, Anlage 5 und Anlage 6
Region der Lebensretter e. V.	Freiburg	nein	Zulieferung von Informationen für Teil 10
Sozialministerium	Stuttgart	Nein	Abstimmung von § 39
Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg	Stuttgart	nein	Vorschläge für §§ 4 – 7, die modifiziert übernommen werden konnten, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Mitarbeit an Anlage 1, Anlage 2, Anlage 5 und Anlage 6, größtenteils übernommener Vorschlag für Anlage 2

<b>Name</b>	<b>Sitz</b>	<b>Eintragung ins Transparenzregister</b>	<b>Art und Umfang der Beteiligung</b>
Städtetag Baden-Württemberg Kommunaler Landesverband, eingetragener Verein	Stuttgart	nein	Mitarbeit an Anlage 1 und Anlage 4
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	Stuttgart	nein	Mitarbeit an der Erstellung von Eckpunkten für die Notfallkategorien und die Zuordnung dazugehöriger Krankheitsbilder und Diagnosen, Anhörung zu §§ 22-25, Mitarbeit an Anlage 1 und Anlage 5
Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte	Rheinmünster	nein	Anhörung zu § 38 bis 48 und Anlage 6

## B. Einzelbegründung

### Teil 1

Teil 1 enthält grundsätzliche Regelungen zum Rettungsdienst.

#### Zu § 1

§ 1 dient der Konkretisierung der Vorgaben in § 1 RDG. Die Norm ordnet den Rettungsdienst in das Gefüge der unterschiedlichen Versorgungssektoren ein und präzisiert damit auch den Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger im Rettungsdienst.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt dar, dass der Rettungsdienst zwei wesentliche Funktionen hat: Er ist zum einen Teil der Gefahrenabwehr, denn er ist ein wesentlicher Akteur in dem Gesamtsystem der Hilfeleistung des Staates aus Zivilschutz, Katastrophenschutz und täglicher Gefahrenabwehr, welches durch das Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt der anerkannten Strukturen der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben getragen wird. Zum anderen ist er Teil der sektorenübergreifenden Notfall- und Akutversorgung und dient damit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

#### Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird das Zusammenwirken des Rettungsdienstes mit den anderen Sektoren der Akut- und Notfallversorgung beschrieben. Oberstes Ziel ist eine am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung. Wichtig für eine gute Versorgung ist, dass alle Sektoren ineinander greifen, zusammenarbeiten und sich ergänzen. Hierbei sollen vermehrt digitale Lösungen einbezogen werden („digitale Rettungskette“).

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 konkretisiert den gesetzlich vorgegebenen und definierten Begriff der Notfallrettung. Einsätze der Notfallrettung kennzeichnet demnach eine akute Gesundheitsgefahr bei gleichzeitiger Versorgungsdringlichkeit. Die Notfallrettung zielt dabei aber nicht von vorneherein auf eine abschließende Beseitigung der

Gesundheitsgefahr ab. Ihr primäres Ziel ist vielmehr, eine weitere Verschlechterung der akuten Situation zu verhindern und die Patientinnen und Patienten zeitnah der geeigneten Versorgungseinrichtung zuzuführen. Das schließt auch jene Fälle ein, in denen bereits der Rettungsdienst die Gesundheitsgefahr beseitigt und keine weitere Behandlung erforderlich ist.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 konkretisiert den Begriff des Krankentransportes.

Satz 2 dient der Klarstellung des diesbezüglichen subsidiären Sicherstellungsauftrages der Leistungsträger. Zur Sicherstellung ist erforderlich, dass auch in den Randzeiten in jedem Rettungsdienstbereich eine bedarfsgerechte Anzahl, zumindest aber ein Krankentransportwagen vorgehalten wird. Dies den Leistungsträgern aufzugeben ist mit Hinblick auf die Regelung des § 3 Absatz 1 RDG, die vertraglichen Regelungen und die Privilegierung im Rahmen der Genehmigung und in der Notfallrettung folgerichtig und sachgerecht. Die Verwendung eines Rettungswagens für den Krankentransport soll nach Möglichkeit vermieden werden.

#### Zu § 2

§ 2 definiert den Begriff der „Rettungskette“ und ordnet den Rettungsdienst in diesen Gesamtzusammenhang ein.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Zielsetzung und die Funktion der Rettungskette: Sie stellt den Ablauf der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten vom Entstehen der akuten Gesundheitsgefahr bis zur Ankunft in der jeweils passenden Versorgungseinrichtung dar. Die Glieder der Rettungskette stehen dabei für die einzelnen Beteiligten und die von ihnen vorgenommenen Schritte und Maßnahmen.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 zeigt die Beteiligten und Maßnahmen der Rettungskette auf. Sie beginnt mit den Laienersthelferinnen und Laienersthelfern (Absatz 2 Nummer 1). Jedermann – insbesondere zufällig anwesende Zeuginnen und Zeugen der Notlage – kann Laienersthelferin oder Laienersthelfer sein. Die Laienersthelferinnen und

Laienersthelfer haben erhebliche Bedeutung für das weitere Geschehen. Sie sichern die Verletzten oder Erkrankten ab, ergreifen lebensrettende Sofortmaßnahmen und alarmieren über den Notruf oder die sonstigen Möglichkeiten zur Notfallmeldung die Integrierte Leitstelle (Nummer 2). Nur wenn es zu dieser Alarmierung kommt, kann der professionelle Rettungsdienst zum Einsatz kommen.

Die Integrierte Leitstelle trifft anschließend die erforderlichen Maßnahmen. Sie nimmt die Alarmierung entgegen und entscheidet, welche jeweils erforderlichen Einsatzmittel des professionellen Rettungsdienstes sie disponiert. Sofern dies in der jeweiligen Situation sinnvoll erscheint, alarmiert sie zudem ehrenamtliche Kräfte außerhalb des professionellen Rettungsdienstes wie die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer und die Helper-vor-Ort-Systeme. Bis zu deren Eintreffen muss sie in bestimmten Fällen die Alarmierenden zudem telefonisch zu weiteren Maßnahmen wie beispielsweise der Reanimation anleiten. Dies ist gerade bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand von erheblicher Bedeutung.

#### Zu Absatz 3

Die Rettungskette endet mit der Aufnahme der Patientin oder des Patienten in die entsprechende Versorgungseinrichtung. Absatz 3 enthält hierbei Konkretisierungen zur Auswahl der Versorgungseinrichtung.

#### Zu Absatz 4

Die Glieder der Rettungskette müssen möglichst lückenlos ineinandergreifen, um für die Patientinnen und Patienten das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Ansonsten kann die Kette „abreißen“ und dadurch eine optimale Versorgung beeinträchtigen. Absatz 4 verpflichtet die Planenden auf Landes- und Bereichsebene daher, ihre Planung daran auszurichten, dass die Maßnahmen möglichst gut ineinandergreifen und zeitliche Verzögerungen vermieden werden. Dabei ist zu beachten, dass die Rettungskette nicht allein den Rettungsdienst im Sinne des Rettungsdienstgesetzes umfasst. Die Planungen des Rettungsdienstes können nur die Integrierten Leitstellen und die Notfallrettung beeinflussen. Inwieweit Laienersthelferinnen und Laienersthelfer sowie ehrenamtliche Ersthelfersysteme verfügbar und leistungsfähig sind, kann durch den Rettungsdienst nicht beeinflusst werden.

#### Zu § 3

§ 3 regelt die Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit anderen Stellen, anderen Ländern und dem Ausland.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 bezieht sich auf die Anforderung von Hilfeleistung bei anderen Stellen und anderen Organisationen. In Betracht kommen dabei grundsätzlich alle Stellen oder Organisationen, deren Unterstützung in der konkreten Situation erforderlich ist, um den rettungsdienstlichen Einsatz bedarfsgerecht durchführen zu können. Satz 2 konkretisiert für den Bereich des Katastrophenschutzes, dass dessen Einheiten über die Integrierte Leitstelle bei den Katastrophenschutzbehörden anzufordern ist. Satz 3 legt fest, dass dies im Bereich der technischen Hilfe bei der Feuerwehr erfolgt. Die Anforderung erfolgt hierbei stets über oder durch die Integrierten Leitstellen in Abstimmung mit den Einsatzkräften vor Ort.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 zählt die Vereinbarungen auf, die mit der Schweiz und Frankreich beziehungsweise den dortigen Gebietskörperschaften geschlossen wurden. Nicht separat aufgeführt sind sonstige Absprachen, die im zwischenstaatlichen Bereich bestehen. Dies gilt beispielsweise für die Anforderung von Luftrettungsmitteln schweizerischer Luftrettungsunternehmen.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass sonstige örtliche Absprachen über die Durchführung grenzüberschreitender rettungsdienstlicher Zusammenarbeit möglich sind. Diese sind den Regierungspräsidien, dem Innenministerium und dem Landesausschuss für den Rettungsdienst mitzuteilen. Damit wird gewährleistet, dass die Aufsichts- und Kontrollbefugnisse der genannten Stellen gewahrt werden können.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass Art und Umfang der Zusammenarbeit in den Bereichsplänen niederzulegen sind. Dies dient der Sicherstellung der Transparenz und erleichtert die Aufgabenerledigung sowohl der Selbstverwaltung als auch der Aufsichtsbehörden und des Landesausschusses für den Rettungsdienst.

## Teil 2

Teil 2 enthält die Grundsatzregelungen zur Planungrettungsdienstlicher Vorhaltungen.

Zu § 4

§ 4 regelt die Einteilung der Einsätze der Notfallrettung in Notfallkategorien. An der Erstellung der Norm hat die SQR-BW mitgewirkt.

Für die Erarbeitung der Notfallkategorien und die Zuordnung der jeweiligen Diagnosen, Maßnahmen und Befunde zu diesen Kategorien wurde durch die Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen im Rettungsdienst eine Arbeitsgruppe beauftragt, die inhaltliche Vorarbeit für die vorgesehenen Regelungen zur Planung in der Notfallrettung zu leisten. Hierbei wurde gezielt auf eine breite und notfallmedizinische Besetzung geachtet. Vertreten waren alle Leistungserbringer in der luft- und bodengebundenen Notfallrettung, mehrere Ärztliche Leitungen Rettungsdienst und Notfallmedizinerinnen und Notfallmediziner, die Kostenträger und die SQR-BW.

Neben den Notfallkategorien nach § 6 Absatz 2 Satz 4 RDG sollten weitere versorgungsrelevante Notfallkategorien für Notfallrettungseinsätze ohne höchste Eilbedürftigkeit festgelegt werden. Die Zuordnung einzelner Diagnosen und Zustände zu den Notfallkategorien sollte unter Berücksichtigung der ursprünglich für das Projekt „Entwicklung und Validierung von Planungskriterien fürrettungsdienstlich relevante Strukturen als Grundlage für eine landeseinheitliche Planungsmethodik im Rettungsdienst in Baden-Württemberg unter besonderer Berücksichtigung logistischer Aspekte“ (EVRALOG-BW) erstellten Notfall- und Patientenkategorien erfolgen. Auf dieser Grundlage haben insbesondere die in der Arbeitsgruppe vertretenen Notfallmedizinerinnen und Notfallmediziner die einzelnen Diagnosen geprüft und auf fachlicher Basis die Zuordnung vorgenommen.

Das Ergebnis führte zu einem geeinten Vorschlag an den Landesausschuss für den Rettungsdienst. Dieser empfahl in seiner 84. Sitzung am 10. Dezember 2024, das Ergebnis in den Regelungen im Rettungsdienstplan zu berücksichtigen.

Zu Absatz 1

Die Nummern 1 bis 6 erläutern die einzelnen Notfallkategorien. Das Rettungsdienstgesetz gibt zwei Notfallkategorien mit Eintreff- und Prähospitalzeit vor. Darüber hinaus ist eine Notfallkategorie für Einsätze notwendig, für die keine höchste

Eile besteht. Hierfür wird nach notfallmedizinischer Bewertung der Arbeitsgruppe eine planerische Eintreffzeit von bis zu 30 Minuten festgelegt. Der festgelegte Zielerreichungsgrad trägt dabei der Tatsache Rechnung, dass diese Einsätze zum Großteil auch ohne Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten erfolgen.

Über diese Notfallkategorien hinaus besteht der planerische Bedarf, auch die Einsätze zu berücksichtigen, die keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden können. Dies ist notwendig, um alle Einsätze, die Rettungsmittel binden, erfassen zu können. Dadurch besteht die Möglichkeit, derartige Einsätze planerisch besser analysieren und Fehleinsätze vermeiden zu können. Beispielsweise sind dies Einsätze ohne Patientenkontakt, Einsätze mit unvollständigen beziehungsweise fehlerhaften Datensätzen sowie Einsätze, die retrospektiv keine rettungsdienstliche Versorgung erfordert hätten. Diese werden in zwei weiteren Notfallkategorien erfasst.

#### Zu Nummer 1

Nummer 1 erläutert die Notfallkategorie 1. Diese umfasst Notfalleinsätze, bei denen die Patientinnen und Patienten von einer schnellstmöglichen notfallmedizinischen Versorgung vor Ort profitieren. Bei den dieser Notfallkategorie zugeordneten Maßnahmen, Befunden und Diagnosen liegt eine akute vitale Bedrohung vor, die präklinisch durch notfallmedizinische Maßnahmen abgewendet oder zumindest positiv beeinflusst werden kann.

Beispiele hierfür sind der Herz-Kreislauf-Stillstand oder eine lebensbedrohliche Verengung der Atemwege. Bei beiden Krankheitsbildern ist entscheidend, dass so schnell wie möglich vor Ort eine zielgerichtete notfallmedizinische Therapie eingeleitet wird. Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand ist dies neben der bestenfalls durch Ersthelferinnen und Ersthelfer begonnenen Herzdruckmassage die Frühdefibrillation und im Verlauf die erweiterten Maßnahmen der Reanimation. Bei der Verengung der Atemwege ist dies das Freimachen der verlegten Atemwege.

#### Zu den Buchstaben a und b

Die Formulierung in den Buchstaben a und b greift den Wortlaut des § 6 Absatz 2 RDG auf beziehungsweise ergänzt diesem nach § 6 Absatz 4 Nummer 1 RDG. Dieser lehnt sich wiederum weitgehend an die Formulierung von § 35 Absatz 5a und § 38 Absatz 1 der Straßenverkehrs-Ordnung an. Das zusätzliche Adjektiv „akut“ stellt in Ergänzung zur Formulierung in der Straßenverkehrs-Ordnung klar, dass nicht alle Fälle der Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten unter die Notfallkategorie

1 fallen. Es geht vielmehr um diejenigen Fälle, in denen eine unmittelbar drohende Gesundheitsgefahr abzuwenden ist. Zusätzliche Voraussetzung ist nach Buchstabe b, dass diese drohende Gesundheitsgefahr gerade auch durch eine Intervention am Einsatzort abgewendet werden kann. Dies stellt ein wichtiges Abgrenzungskriterium zur Notfallkategorie 2 dar, bei der die Intervention primär in einer geeigneten Versorgungseinrichtung erfolgen muss.

Darüber hinaus unterfallen auch solche Notfalleinsätze der Notfallkategorie 1, bei denen potenziell damit zu rechnen ist, dass schwer verletzte Personen zu versorgen sind. Dies kann beispielsweise bei Haus- oder Wohnungsbränden oder aber auch bei polizeilichen Lagen wie beispielsweise einer Amok-Lage der Fall sein. Nicht davon erfasst sind rein präventive Absicherungsmaßnahmen für die Einsatzkräfte. Diese sind kein Teil der Notfallrettung.

## Zu Nummer 2

Nummer 2 erläutert die Notfallkategorie 2. Diese umfasst diejenigen Notfalleinsätze, bei denen die Patientinnen und Patienten in erster Linie von einer klinischen Versorgung entscheidend profitieren. Daher wird bei dieser Notfallkategorie die Prähospitalzeit als Planungskriterium herangezogen. Die Behandlung am Einsatzort dient vorrangig dazu, den Gesundheitszustand so weit zu stabilisieren, dass die Patientinnen und Patienten transportfähig sind.

Beispiele für die Notfallkategorie 2 sind der Schlaganfall oder der akute Herzinfarkt. Bei den dieser Notfallkategorie zugeordneten Diagnosen ist es für das Ergebnis und die Prognose des oder der Betroffenen von entscheidender Relevanz, dass schnellstmöglich eine geeignete klinische Versorgung erfolgt. Präklinisch sind die therapeutischen Möglichkeiten auf stabilisierende Maßnahmen und die Behandlung von Begleitsymptomen beschränkt.

## Zu Nummer 3

Nummer 3 erläutert die Notfallkategorie 3. Diese umfasst sonstige Notfalleinsätze, bei denen eine zügige rettungsdienstliche Versorgung zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden, aber keine akut höchste Eile für eine notfallmedizinische Intervention oder die Verbringung in eine geeignete Zielklinik innerhalb eines definierten Zeitintervalls erforderlich ist.

Beispiel für die Notfallkategorie 3 ist ein leichtes Trauma der Extremitäten sowie ein einfacher geschlossener Bruch im Sprunggelenk oder im Arm, der nicht mit schweren Schmerzen einhergeht. Beide Krankheitsbilder stellen keine vitale Bedrohung der Patientin oder des Patienten dar. Hier ist für den Behandlungserfolg weder eine möglichst kurze Eintreffzeit noch eine Prähospitalzeit von Relevanz, eine Versorgung innerhalb von 30 Minuten durch den Rettungsdienst ist ausreichend.

Zu Nummer 4

Nummer 4 erläutert die Notfallkategorie 4. Diese umfasst Einsätze, die bei einer retrospektiven Betrachtung keine Indikation für die Notfallrettung darstellen.

Zu Nummer 5

Nummer 5 erläutert die Notfallkategorie 5. Diese umfasst Einsätze, bei denen eine Zuordnung zu einer anderen Notfallkategorie aufgrund unvollständiger Datensätze nicht möglich ist.

Zu Nummer 6

Nummer 6 erläutert die dringlichen Sekundäreinsätze. Bei diesen Einsätzen befinden sich die Patientinnen und Patienten bereits in einem Krankenhaus, ihr konkretes Krankheitsbild oder Verletzungsmuster kann dort aber nicht behandelt werden. Das Kriterium der Teilnahme am gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach Maßgabe der G-BA-Richtlinie dient der Abgrenzung beispielsweise von Reha-Kliniken oder Arztpraxen. Bei Krankenhäusern im Ausland wird von dieser Voraussetzung abgesehen. Das Kriterium der Inanspruchnahme der angeordneten Sonder- und Wegerechte unterstreicht, dass es sich um dringliche Einsätze handeln muss. Wie stets erfolgt die Anordnung auch hier durch die Integrierte Leitstelle.

Zu Absatz 2

Absatz 2 verweist für die detaillierte Zuordnung der Notfallkategorien zu den Einsätzen auf Anlage 1. Diese wurden in mehr als zehn Sitzungen von der Arbeitsgruppe erarbeitet. Durch die zahlreichen Notfallmedizinerinnen und Notfallmediziner wurden aktuelle medizinische Erkenntnisse berücksichtigt. Die Tabellen konkretisieren die Vorgaben für die im Bereich der Notfallrettung

üblicherweise auftretenden Gesundheitszustände beziehungsweise Befunde oder Maßnahmen und ordnen diese der entsprechenden Notfallkategorie zu.

Für die Zuordnung von Einsätzen zu einer Notfallkategorie waren medizinische Kriterien ausschlaggebend. Hierbei sollten möglichst alle relevanten Informationen, die erfasst werden und geeignet sind, auch berücksichtigt werden. Grundlage für die Kategorien bilden die im MIND vorgesehenen Diagnosen. Die Zuordnungen sind jedoch nicht zwingend an eine Diagnose geknüpft, sondern können auch davon unabhängig eine zutreffende Zuordnung zu einer Kategorie ermöglichen. Daher wurden übergeordnete Kriterien in Form von Befunden und Maßnahmen festgelegt, welche per se die Zuordnung eines Einsatzes zur Notfallkategorie 1 definieren – und zwar unabhängig von Diagnosen. Die Grundlage für die Auswahl der Werte bildeten die zur Berechnung des M-NACA vorgesehenen Werte. Auf diese Weise konnten bei zahlreichen Diagnosen übereinstimmende Entscheidungskriterien „vor die Klammer“ gestellt werden. Die konkrete Umsetzung der Planungsberechnungen kann so sicherer und mit einem geringeren Aufwand erfolgen.

Mit diesen Festlegungen wurde in der als Anlage 1 beiliegenden Tabelle eine Zuordnung von Befunden, Maßnahmen und Diagnosen zu den einzelnen Kategorien vorgenommen. Darin finden sich die übergeordneten Kriterien anhand Befunden beziehungsweise Maßnahmen und die nach Krankheitsbildern zusammengefassten Diagnosen mit Zuordnung zur jeweiligen Notfallkategorie. Eingeflossen sind hierbei notfallmedizinische Überlegungen und Empfehlungen sowie der etablierte M-NACA-Score. Ausdrücklich nicht einbezogen wurden wirtschaftliche Erwägungen.

Prinzipiell gilt: Sofern ein Einsatz aufgrund verschiedener Merkmale unterschiedlichen Notfallkategorien zugeordnet werden kann, wird der Fall immer der dringlichsten Kategorie zugeordnet. Soweit ein übergeordnetes Kriterium erfüllt ist, erfolgt beispielsweise automatisch die Zuordnung zur Kategorie 1 beziehungsweise 2 unabhängig von der Diagnose. Auch bei Diagnosen, die in der Tabelle der Kategorie 3 oder 4 zugeordnet werden, muss berücksichtigt werden, dass diese Zuordnung nur dann zum Tragen kommt, wenn alle übergeordneten Merkmale nicht zutreffen. Kritische Fälle sind damit bereits durch die übergeordneten Kriterien berücksichtigt.

Satz 2 enthält eine Verpflichtung zur regelmäßigen Überprüfung anhand der Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung. Dadurch sollen auch die Erkenntnisse aus der Praxis und neue medizinische Entwicklungen berücksichtigt werden.

Zu § 5

§ 5 definiert die Grundsätze der Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen. An der Erstellung der Norm hat die SQR-BW mitgewirkt. Dabei sind insbesondere deren Erkenntnisse und Ergebnisse im Zusammenhang mit der nunmehr seit rund anderthalb Jahrzehnten stattfindenden Qualitätssicherung eingeflossen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Planung der Rettungswagenvorhaltung für Notfalleinsätze.

Zu Nummer 1

Nummer 1 regelt, dass die in § 6 Absatz 2 Nummer 1 RDG genannte Eintreffzeit von zwölf Minuten mit einer Zielerreichung von 95 Prozent für Einsätze der Notfallkategorie 1 gilt.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt, dass die in § 6 Absatz 2 Nummer 2 RDG genannte Prähospitalzeit von 60 Minuten mit einer Zielerreichung von 80 Prozent für Einsätze der Notfallkategorie 2 gilt.

Als Planungskriterium ist die Prähospitalzeit beschränkt auf die Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen. Durch diese Vorhaltungen kann der Weg zur Patientin oder zum Patienten und damit nur ein Teil des genannten Zeitablaufs beeinflusst werden.

Der Zielerreichungsgrad von 80 Prozent begründet sich folglich damit, dass die Prähospitalzeit die Gesamtdauer des Notfallrettungseinsatzes beschreibt und von verschiedenen Faktoren abhängig ist. Sie beginnt mit dem Eingang des Anrufes bei der Integrierten Leitstelle. Gesprächszeit, Dispositionszzeit der Rettungsmittel sowie Eintreffzeit am Notfallort liegen im Einflussbereich der rettungsdienstlichen Planung. Aber schon die medizinische Versorgung vor Ort ist abhängig vom Patientenzustand und damit mehr oder weniger zeitaufwändig. Die Erreichbarkeit der geeigneten Zielklinik und damit die Transportzeit zwischen dem Notfallort und der Klinik wird maßgeblich durch die Lage der spezialisierten Zielkliniken bestimmt.

Vor diesem Hintergrund ist der gewählte Zielerreichungsgrad von 80 % ambitioniert. Er bedeutet keinesfalls, dass ein Fünftel der Patientinnen und Patienten dadurch einer erhöhten Lebensgefahr ausgesetzt sind, weil sie planerisch unversorgt

gelassen werden. Er trägt vielmehr der Tatsache Rechnung, dass bestimmte zeitliche Faktoren durch eine Erhöhung der rettungsdienstlichen Vorhaltung nicht mehr ausgeglichen werden können. Die Patientinnen und Patienten sind auch in diesen Fällen in der Obhut medizinischen oder gar ärztlichen Rettungsdienstpersonals und kommen ganz überwiegend auch nicht wesentlich später beim Zielklinikum an. Derzeit beträgt die Prähospitalzeit im Median 55 Minuten und in 95 Prozent der Fälle maximal rund eineinhalb Stunden (Qualitätsbericht SQR-BW 2023 S. 71 Abbildung 49 und S. 74 Abbildung 54).

Darüber hinaus müssen die Planung rettungsdienstlicher Vorhaltungen und die Versorgung im Einzelfall voneinander getrennt werden. Auch bei einem Fall der Notfallkategorie 2 ist bei der Disposition der Notfallrettung nach § 24 grundsätzlich das Rettungsmittel zu disponieren, das den Notfallort am schnellsten erreicht. Eine rasche Erstversorgung vor Ort und ein zügiger Weitertransport sind demnach sichergestellt.

### Zu Nummer 3

Nummer 3 regelt, dass für Einsätze der Notfallkategorie 3 eine Eintreffzeit von 30 Minuten in 80 Prozent der Fälle gilt. Der Wortlaut des RDG normiert weder eine Eintreffzeit noch einen dazugehörigen Zielerreichungsgrad für weitere versorgungsrelevante Einsätze. Die Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 RDG eröffnet jedoch die Möglichkeit, weitere Notfallkategorien und die dazugehörenden Zeiten und Zielerreichungsgrade festzulegen. Die in der Notfallkategorie 3 aufgeführten Einsätze grenzen sich von jenen der Notfallkategorien 1 und 2 dadurch ab, dass nicht „akut“ höchste Eile geboten sein muss, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden. Es muss dennoch eine zeitnahe Versorgung durch die Notfallrettung erforderlich sein. Beispielhaft können dies Verletzungen wie ein unkompliziert gebrochenes Bein ohne starke Schmerzen oder Fehlregulationen des Kreislaufs ohne vitale Bedrohung sein. Dies ist auch der Grund dafür, dass die Eintreffzeit und der Zielerreichungsgrad bei der Notfallkategorie 3 von jenen bei der Notfallkategorie 1 abweichen.

### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Planungsfrist und die Zielerreichung bei der Planung der bedarfsgerechten Vorhaltungen für bodengebundene Notarzteinsätze. Die Eintreffzeit und die Zielerreichung sind nicht identisch mit der Eintreffzeit beim

Rettungswagen. Hintergrund dieser planerischen Überlegung ist, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen des Notarzteinsatzfahrzeugs zunächst durch die Besatzung des Rettungswagens erfolgen kann beziehungsweise ärztliche Maßnahmen überhaupt erst getroffen werden können, wenn diese vorbereitenden Handlungen, wie zum Beispiel die Erfassung von Vitalparametern, erfolgt sind.

Die Zielvorgabe von 15 Minuten passt das notärztlich besetzte Rettungsmittel hierbei in das Gesamtsystem ein. Durch die erweiterten Möglichkeiten zur Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter können diese mittlerweile lebensrettende Interventionen bereits vor Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes durchführen. Zudem können sie bereits mit den erforderlichen Maßnahmen und insbesondere einem Monitoring beginnen. Diese schaffen die Voraussetzung für die weitere notärztliche Intervention.

Aufgrund dessen wird die planerische Zeitspanne bis zum Eintreffen des notärztlich besetzten Rettungsmittels etwas weiter festgelegt als beim Rettungswagen. Wichtig ist dabei weiterhin eine Flächenabdeckung mit notärztlich besetzten Rettungsmitteln sicherzustellen, dies wird mit 15 Minuten umgesetzt. Um die Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter voll auszuschöpfen und dennoch eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Vorhaltung zu ermöglichen und dabei auch die künftig flächendeckende Vorhaltung an Luftrettungsmitteln sowie das telenotärztliche System einzubeziehen, ist hier ein Erreichungsgrad von 80 % sachgerecht.

### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt für die Planung der Vorhaltungen von Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeugen bei dringlichen Sekundäreinsätzen eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 80 Prozent der Fälle. Die Festlegung einer Eintreffzeit und des dazugehörigen Zielerreichungsgrades beruht auf der Verordnungsermächtigung in § 6 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 RDG.

Bei dringlichen Sekundäreinsätzen handelt es sich in der Regel um Verlegungen von Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe oder mit einer erforderlichen Spezialisierung. Bei diesen Einsätzen ist in erster Linie die Eintreffzeit das geeignete Planungskriterium. Die Prähospitalzeit ist demgegenüber noch stärker als bei Primärverlegungen von externen Faktoren abhängig (zum Beispiel von der Übergabezeit vom abgebenden Krankenhaus an das transportierende Rettungsmittel) und scheidet mithin als geeignetes

Planungskriterium aus. Da die Patientinnen und Patienten bereits ärztlich versorgt werden, ist eine Abweichung von der bei Primäreinsätzen geltenden Eintreffzeit und vom dort vorgesehenen Zielerreichungsgrad gerechtfertigt. Notfalleinsätze in ambulanten Versorgungseinrichtungen wie beispielsweise Arztpraxen sind als Primäreinsätze zu betrachten.

#### Zu Absatz 4

Nach Absatz 4 sind bei der Planung die Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen Notfallrettung nach Anlage 2 heranzuziehen. Sie enthalten detaillierte Erläuterungen zu ihrer Anwendung.

#### Zu § 6

§ 6 nimmt neben der Planungsfrist weitere Zeiten im Einsatzablauf in den Blick. Ziel ist es, insbesondere die Struktur- und Prozessqualität durch das Erkennen von Optimierungspotenzialen zu verbessern.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält eine nicht abschließende Darstellung der Zeiten, die hierbei in Betracht kommen.

#### Zu den Absätzen 2 und 3

Die Absätze 2 und 3 enthalten konkrete Vorgaben für die Gesprächsannahmezeit, die Ausrückzeit und die dabei jeweils zu beachtende Zielerreichung. Sie beruhen auf Erkenntnissen aus der Qualitätssicherung durch die SQR-BW. Bei Nichterreichung dieser Vorgaben sind Optimierungsmaßnahmen zu planen und umzusetzen.

#### Zu § 7

§ 7 regelt, dass die überregionalen Grundzüge der Planung durch die landesweite Begutachtung festgelegt werden. Die hierfür erforderlichen Daten werden entweder von den am Rettungsdienst beteiligten Organisationen oder Stellen der SQR-BW zugeliefert (zum Beispiel für die Erfassung der Planungsfristen) oder aber es handelt sich um solche Daten, die allgemein bekannt sind (zum Beispiel Straßennetz oder topografische Daten). Zu den überregional festzulegenden Grundzügen gehören dabei auch die Versorgungsbereiche von Rettungswachen und Notarztstandorten.

Für die Festlegung der Standorte für die rettungsdienstlichen Vorhaltungen werden in der landesweiten Begutachtung Suchräume vorgegeben.

## Teil 3

Teil 3 enthält Regelungen zur Organisationsstruktur der Gremien des Rettungsdienstes sowie des Qualitätssicherungssystems auf Landesebene und auf lokaler Ebene.

### Abschnitt 1

Abschnitt 1 enthält die Regelungen zu den landesweiten Gremien und zum landesweiten Qualitätssicherungssystem.

#### Zu § 8

§ 8 konkretisiert die Regelungen in § 8 RDG zum Landesausschuss für den Rettungsdienst. Um der Transparenz der Selbstverwaltung Rechnung zu tragen, wird vorgeschrieben, dass die Vorgaben und Ergebnisprotokolle des Landesausschusses für den Rettungsdienst auf der Internetseite des Innenministeriums in geeigneter Weise veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt, sobald die Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst der Ergebnisniederschrift zugestimmt haben. Satz 2 trägt den datenschutzrechtlichen Vorschriften Rechnung. Wie in allen nachfolgenden Fällen der Veröffentlichung von Vorgaben oder Protokollen auf der Internetseite des Innenministeriums gilt, dass bei der Veröffentlichung im Interesse der besseren Auffindbarkeit auf eine gebündelte Darstellung der rettungsdienstlichen Inhalte zu achten ist.

#### Zu § 9

§ 9 regelt die Zusammensetzung und die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen.

#### Zu Absatz 1

Die Arbeitsgruppe „Grundsätze und Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit“ wurde vom Landesausschuss für den Rettungsdienst in seiner zweiten Sitzung am 1. Dezember 1983 eingesetzt. In ihrer Sitzung am 11. Februar 2014 hat sich die Arbeitsgruppe „Grundsätze und Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit“ auf Vorschlag des

Innenministeriums in AG Grundsatzfragen (AGG) umbenannt. Durch die neue Bezeichnung sollte der Entwicklung folgend dem Aufgabenprofil der Arbeitsgruppe Rechnung getragen werden.

Die Vorschrift spricht den Vorsitz der AG Grundsatzfragen dem Innenministerium zu. Der Vorsitz wird von der Referatsleitung des zuständigen Fachreferats im Innenministerium wahrgenommen. Die Vorschrift regelt zudem die Zusammensetzung der Mitglieder der AG Grundsatzfragen sowie die Möglichkeit der Hinzuziehung weiterer sachkundiger Personen als Gast. Über die Hinzuziehung entscheidet die Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen durch Beschluss oder das Innenministerium.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgabe der AG Grundsatzfragen sowie deren Berechtigung, Unterarbeitsgruppen zu bilden und mit Aufgaben beauftragen zu können.

## Zu § 10

§ 10 definiert die Elemente des landesweiten Qualitätssicherungssystems und legt die SQR-BW als zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 RDG fest. Im Folgenden wird für die zentrale Stelle daher die Bezeichnung SQR-BW verwendet.

## Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Tätigkeiten weiter ausgeführt. Die SQR-BW unterstützt alle Beteiligten am Rettungsdienst bei deren Aufgabe, die Qualität im Rettungsdienst zu sichern und weiterzuentwickeln. Wesentliche Aufgabe der SQR-BW ist die regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität des Rettungsdienstes auf Grundlage von Qualitätsindikatoren, um Qualitätsdefizite zu erkennen und die Beteiligten hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung zu beraten. Zudem stellt Absatz 1 klar, dass die Mitwirkung der Beteiligten erforderlich ist, damit die SQR-BW ihre Aufgaben auch erfüllen kann. Dies betrifft insbesondere die in Absatz 2 weiter konkretisierte Datensatzlieferung. Wie diese Mitwirkung auszusehen hat, wird weiter ausgeführt, indem auch die Mitwirkung am Gestuften Dialog einschließlich der Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Rahmen des festgelegten Qualitätssicherungsverfahrens genannt wird.

Der Gestufte Dialog ist ein Verfahren, in dem rechnerisch auffälligen Ergebnissen nachgegangen wird und unmittelbar mit der Datenerhebung und Dokumentation befasste Personen um die Einschätzung und Bewertung ihrer Indikatorergebnisse gebeten werden. Auf diese Weise sollen wichtige Erkenntnisse zur Ergebnisbewertung (zum Beispiel nicht berücksichtigte Einflussfaktoren) gewonnen werden. Das Verfahren soll somit die Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten aufdecken und die SQR-BW sowie alle Beteiligten am Rettungsdienst unterstützen, Qualitätsdefizite als solche zu erkennen und die Einleitung geeigneter Maßnahmen zu deren Beseitigung zu ermöglichen. Falls erforderlich, werden konkrete Ziele definiert, deren Erreichung nach Ablauf des festgelegten Zeitraums überprüft wird.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 erläutert die Basis der Arbeitsgrundlage des Qualitätssicherungssystems. Das ist die Übermittlung der landesweit einheitlich spezifizierten Datensätze durch die Beteiligten am Rettungsdienst. Zu übermitteln sind die Daten der Integrierten Leitstellen, wie auch die Daten aller Rettungsmittel der Notfallrettung. Die Datensatzspezifikation für Leitstellendaten und die Datensatzbeschreibung der Minimalen Notfalldatenspezifikation können auf der Internetseite der SQR-BW ([www.sqr-bw.de](http://www.sqr-bw.de)) in der Infothek abgerufen werden. Satz 3 legt die Frist für die Datenübermittlung fest.

#### Zu Absatz 3

Änderungen am jeweils konsentierten landesweit einheitlichen spezifizierten Datensatz nach Absatz 2 sind innerhalb der in Absatz 3 genannten Frist von sechs Monaten nach dem Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst in die Dokumentations- und Einsatzleitsysteme zu integrieren. Dies soll sicherstellen, dass neue Anforderungen im Datensatz rasch umgesetzt werden und die gelieferten Daten vergleichbar bleiben.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 nennt weitere Regelungen, die zur Erfüllung des landesweiten Qualitätssicherungssystems verbindlich sind. Der Absatz hat Hinweischarakter und nennt den Beteiligten die verschiedenen Quellen – Rahmenkonzeption einerseits, beschlossene Umsetzungsmaßnahmen anderseits.

#### Abschnitt 2

Abschnitt 2 enthält Regelungen zur Organisation auf lokaler Ebene.

### Zu § 11

§ 11 regelt über den Verweis auf Anlage 3 die Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche.

#### Zu Absatz 1

Aus Absatz 1 ergibt sich über den Verweis auf Anlage 3 die örtliche Ausdehnung der Rettungsdienstbereiche. Die bisherige Einteilung wird dabei unverändert übernommen.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG ihre örtlichen Untergliederungen mit der Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes beauftragen können. Diese Regelung ist insbesondere für die Leistungsträger von Belang, die über regionale Untergliederungen verfügen. Durch das Weisungsrecht wird sichergestellt, dass die Leistungsträger bei ihren Untergliederungen die landesweit einheitliche Einhaltung der Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes und dieser Verordnung überwachen und verbindlich einfordern können.

### Zu § 12

§ 12 beschreibt die Aufgaben und die Zusammensetzung der Bereichsausschüsse.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 weist die Verantwortung für die Planung und Gestaltung des Rettungsdienstes auf örtlicher Ebene den Kosten- und Leistungsträgern zu. Der Bereichsausschuss übernimmt somit auf örtlicher Ebene spiegelbildlich die Aufgaben, die der Landesausschuss für den Rettungsdienst auf Landesebene übernimmt. Der Bereichsausschuss hat dabei die Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst zu beachten.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zuteilung der Stimmrechte. Die Anzahl der den Kostenbeziehungsweise Leistungsträgern jeweils zustehenden Sitze ergibt sich aus § 10 Absatz 1 und 2 RDG. Dabei ist jedem Leistungsträger, der Vorhaltungen übernommen hat, unabhängig von der Anzahl der Vorhaltungen mindestens ein stimmberechtigter Sitz einzuräumen. Die Verteilung von eventuell noch freien weiteren stimmberechtigten Sitzen hat sodann unter Berücksichtigung des Anteils der übernommenen Vorhaltungen zu erfolgen. Dabei kann ein stimmberechtigter Sitz auch auf bis zu drei Leistungsträger verteilt werden. Das zugehörige Stimmrecht wird abwechselnd in einem festen Turnus für einen bestimmten Zeitraum ausgeübt. Der eingeräumte Zeitraum sollte dabei in der Regel ein Kalenderjahr umfassen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Rechte der beratenden Mitglieder.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt das Anhörungsrecht der privaten Krankentransportunternehmen im örtlichen Bereichsausschuss.

Zu § 13

§ 13 regelt die Planungen auf Bereichsebene.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die lokale Planung durch den Bereichsausschuss unter Beachtung der durch die landesweite Begutachtung festgelegten Grundzüge zu erfolgen hat. Der Bereichsausschuss hat dabei weitere regionale Besonderheiten in seine planerischen Überlegungen und Entscheidungen einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass der Bereichsausschuss die örtliche Verteilung der Rettungswachen und Notarztstandorte jährlich im Hinblick auf die jeweils geltenden Fristen zu überprüfen hat. In Absatz 2 wird dabei ausdrücklich auch das Instrument einer dynamischen Gebietsabdeckung erwähnt, um Versorgungslücken zu schließen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass bestehende selbstfahrende Notarztsysteme vom Bereichsausschuss jährlich zu überprüfen und bis spätestens 31. Dezember 2027 aufzulösen sind. Hintergrund ist, dass eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten bei einer Notarztindikation voraussetzt, dass sich die Notärztin oder der Notarzt auf der Anfahrt bereits auf den Fall vorbereiten kann und am Einsatzort von einer qualifizierten, nichtärztlichen Kraft unterstützt wird. Die Regelbesetzung eines Notarzteinsatzfahrzeuges ist dem Selbstfahrermodell daher überlegen.

#### Zu § 14

§ 14 regelt, welche Festlegungen und Darstellungen ein Bereichsplan enthalten muss.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 betrifft die Festlegung der notwendigen Strukturen für die Notfallrettung, nämlich der Notarztstandorte und der Rettungswachen mitsamt der Anzahl der Rettungsmittel sowohl der gesetzlichen Leistungsträger als auch der bestandsgeschützten privaten Unternehmen.

#### Zu Absatz 2

Auch Absatz 2 konkretisiert in den Nummern 1 bis 6, was in den Bereichsplan aufzunehmen ist. Allerdings handelt es sich bei den aufgeführten Vorhaltungen nur um nachrichtliche Darstellungen und nicht um eine abschließende Aufzählung. Die nachrichtliche Darstellung ist aus Gründen der Transparenz geboten.

Die in Nummer 1 erwähnten Betriebszeiten der Krankentransportwagen unterliegen keiner Bedarfsplanung. Für die Leistungen des Krankentransportes ist vielmehr – vorbehaltlich des subsidiären Sicherstellungsauftrags der gesetzlichen Leistungsträger – der freie Wettbewerb eröffnet.

Bei den in Nummer 2 erwähnten Vorhaltungen besonders eingerichteter Transportrettungsmittel werden die Intensivtransportwagen landesweit durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt. Das gilt auch für sonstige Vorhaltungen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen, die Konzepte unterliegen, die außerhalb des Bereichsplanes festgelegt werden. Im

Hinblick auf Schwerlast-Rettungswagen sind Konzepte vom Bereichsausschuss zu erstellen, die sich am konkreten Bedarf orientieren müssen.

Im Hinblick auf die in Nummer 3 genannten Transportvorhaltungen Dritter ist insbesondere auf die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen hinzuweisen. Die Verantwortung für die Beschaffung sowie den Betrieb der mobilen Intensiveinheiten liegt bei den Perinatalzentren Level 1. Diese haben grundsätzlich auch die Transportbegleitung und die Kompatibilität mit den Rettungsmitteln sicherzustellen (§ 39).

Die in den Nummern 4 und 5 erwähnten Vorhaltungen der Sonderrettungsdienste und der Luftrettung werden nicht vor Ort durch die Bereichsausschüsse, sondern auf Landesebene festgelegt.

Die in Nummer 6 erwähnte Festlegung der Dienstorganisation der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte erfolgt durch die genannten Personen grundsätzlich in eigener Verantwortung. Die Dienstplanung der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst erfolgt durch den Bereichsausschuss unter Beteiligung aller Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 RDG und bestandsgeschützten Unternehmen, § 65 Absatz 4.

### Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 sind Art und Umfang der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit darzulegen. Auch hierbei handelt es sich um eine nachrichtliche Darstellung. Denn die Festlegung erfolgt außerhalb des Bereichsplanes im Rahmen von Absprachen zwischen den jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den benachbarten Rettungsdienstbereichen.

### Zu § 15

§ 15 regelt die Modalitäten für Festlegungen der Vorhalteerweiterungen in der bodengebundenen Notfallrettung und die Auswahl der Leistungsträger. Ebenso ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen eine neue Auswahlentscheidung über beschlossene und bereits auf einen Leistungsträger übertragene Vorhalteerweiterungen möglich ist.

### Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 sind die Vorgaben der §§ 4 bis 7 bei der Abwägungsentscheidung über Vorhalteerweiterungen zu beachten.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Fristen, die für die Ausweitung von Betriebszeiten vorhandener Rettungsmittel, für die bauliche Ertüchtigung eines bestehenden und für den Bau eines neuen Standortes gelten. Das abgestufte Fristenmodell trägt dem Umstand Rechnung, dass je nach Art der genannten Vorhalteerweiterung mit einem unterschiedlichen zeitlichen Vorlauf zu rechnen ist. Bei einem Neubau ist der Vorlauf erfahrungsgemäß am längsten, da neben der Grundstückssuche gegebenenfalls noch die Baureife eines Grundstücks herbeigeführt werden muss. Dies ist teilweise auch von Faktoren abhängig, die von dem ausgewählten Leistungsträger nicht beeinflussbar sind.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Auswahlverfahren für die Übernahme einer Vorhalteerweiterung. Da die Erbringung von Leistungen der bodengebundenen Notfallrettung in die Bereichsausnahme des § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fällt, ist hierfür kein vergaberechtliches Verfahren erforderlich. Daher ist der Kreis der in Frage kommenden Anbieter auf die gesetzlichen Leistungsträger begrenzt.

Nach Absatz 3 muss der Bereichsausschuss sicherstellen, dass die gesetzlichen Leistungsträger innerhalb von fünf Tagen Kenntnis vom Auswahlverfahren erlangen. Das Verfahren über die Auswahl ist dabei innerhalb von drei Monaten abzuschließen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst kann weitere Hinweise zu dem Auswahlverfahren erarbeiten, die allerdings rein empfehlenden Charakter haben.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass der Leistungsträger, der die neue Vorhaltung betreiben soll, dem Bereichsausschuss einen Umsetzungszeitplan vorzulegen hat. Damit wird eine Transparenz der Planung schon zu einem frühen Zeitpunkt gegenüber dem Bereichsausschuss sichergestellt.

## Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt in Fortschreibung des vorausgehenden Absatzes, dass mögliche Probleme bei einer fristgerechten Umsetzung frühzeitig dem Bereichsausschuss gemeinsam mit den Überlegungen zu möglichen Übergangslösungen mitzuteilen sind. Sowohl Absatz 4 als auch Absatz 5 tragen damit dafür Sorge, dass der Bereichsausschuss alle Informationen hat, die er für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 10 Absatz 3 RDG benötigt.

## Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt, dass der Bereichsausschuss Übergangslösungen beschließen muss, wenn eine beschlossene Vorhalteerweiterung nicht fristgerecht umgesetzt werden kann und zugleich zu erwarten ist, dass die Übergangslösung schneller realisiert werden kann.

Die Nummern 1 bis 6 regeln dabei sehr detailliert, was bei Übergangslösungen zu beachten ist. Insbesondere die Nummern 2, 3 und – hinsichtlich der Pflicht zur halbjährlichen Überprüfung beim Einsatz von Fremdpersonal – Nummer 4 dienen dem Ziel, dass die Kosten für Übergangslösungen nicht unverhältnismäßig hoch werden. Nummer 4 bestimmt daneben, dass – soweit ein gesetzlicher Leistungsträger für die Realisierung einer Übergangslösung eine Kooperation mit einer anderen Stelle eingehen muss – diese Kooperation für mindestens vier Jahre vereinbart werden soll. Dies dient der Planungssicherheit für den Kooperationspartner.

Nummer 5 soll dazu dienen, dass anstelle einer Übergangslösung für eine ursprünglich beschlossene Vorhalteerweiterung ausnahmsweise auch eine dauerhafte, alternative Vorhalteerweiterung an einem anderen Ort in Betracht kommen kann. Der dahinterstehende Gedanke ist, dass ein Festhalten an der ursprünglich beschlossenen Vorhalteerweiterung nicht sinnvoll ist und damit auch die Rechtfertigung für eine zeitweise Überbrückung entfällt, wenn eine Verwirklichung der favorisierten Vorhalteerweiterung auf absehbare Zeit nicht möglich ist. Es ist daher konsequent, in diesen Fällen vorrangig weiter nach einer dauerhaften Lösung an einer anderen Örtlichkeit zu suchen.

Nummer 6 stellt klar, dass auch Kosten für Übergangslösungen Kosten des Rettungsdienstes sind. Die Planungsgrundlagen für bauliche Anlagen des

Rettungsdienstes als Anlage der VwV Förderung Rettungsdienst vom 11. August 2022 (GABI, S. 719) sind hierbei nicht anwendbar.

#### Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt, dass Übergangslösungen auch dann zu prüfen sind, wenn sich Umsetzungsschwierigkeiten erst zu einem späteren Zeitpunkt herausstellen.

#### Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt, dass der Leistungsträger verpflichtet ist, dem Bereichsausschuss mitzuteilen, wenn die Umsetzung der Vorhalteerweiterung auch trotz der Übergangslösung nicht möglich ist. Damit stellt Absatz 8 zugleich sicher, dass der Bereichsausschuss seine Entscheidung bis hin zur Prüfung eines neuen Auswahlverfahrens auf einer umfassenden Tatsachengrundlage treffen kann.

Der Bereichsausschuss kann auch die Durchführung eines neuen Auswahlverfahrens prüfen, sofern ein Leistungsträger aus Gründen, die er zu vertreten hat, die übertragene Vorhalteerweiterung nicht umsetzen kann. In die Prüfung des Bereichsausschusses hat dabei auch die Erwägung einzufließen, ob ein neues Auswahlverfahren zu einer schnelleren Umsetzung führen würde.

#### Zu Absatz 9

Absatz 9 regelt, dass der Bereichsausschuss auch dann gehalten ist, die Durchführung eines Auswahlverfahrens zu prüfen, wenn es bei einer bestehenden Vorhaltung eines Leistungsträgers zu einem Ausfall von mindestens 10 Prozent der Vorhaltestunden innerhalb eines halben Jahres kommt. Bei der Prüfung hat der Bereichsausschuss auch abzuwägen, ob bei einer Übertragung der Vorhaltung auf einen anderen Leistungsträger mit weniger Ausfällen zu rechnen wäre.

### Teil 4

Teil 4 trifft Regelungen zu den Integrierten Leitstellen und der Disposition, den Besonderen Leitstellen sowie zum Telenotärztlichen System.

#### Abschnitt 1

Abschnitt 1 trifft grundsätzliche Regelungen.

## Zu § 16

§ 16 regelt die Organisation der Integrierten Leitstellen.

### Zu Absatz 1

Absatz 1 legt fest, dass in jedem Rettungsdienstbereich höchstens eine Integrierte Leitstelle zu betreiben ist. Bereichsübergreifende Leitstellen sind anzustreben und in den genannten Fällen zu prüfen. Anstehende erhebliche Investitionen liegen dabei insbesondere vor, wenn ein Neubau erforderlich wird.

### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die Integrierte Leitstelle durch den im Rettungsdienstbereich leistungsstärksten Leistungsträger im Rettungsdienst betrieben wird. Dies ist in allen Rettungsdienstbereichen in Baden-Württemberg das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Laut Vereinbarung des damals für den Rettungsdienst zuständigen Sozialministeriums mit den DRK-Landesverbänden Baden-Württemberg und Südbaden vom 22. April 1976 „dienen vom DRK betriebene Rettungsleitstellen als Einsatzzentrale für alle, die im jeweiligen Rettungsdienstbereich Aufgaben des Rettungsdiensts wahrnehmen“. Dem DRK wurde damit die Aufgabe und Befugnis übertragen, die Leitstellen als Einsatzzentralen im Rettungsdienst zu betreiben. Die übrigen Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 RDG werden angemessen beteiligt, sofern sie das wünschen.

### Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die Integrierten Leitstellen auf die Informationen des landesweiten Versorgungsnachweises zugreifen.

### Zu Absatz 4

Die Offenlegung der in Absatz 4 genannten Leitstellendaten dient der Transparenz hinsichtlich des Einsatzgeschehens für alle Leistungserbringer. Sie dient insbesondere auch der Wahrung der Gleichbehandlung der Krankentransportunternehmen im Rahmen der Disposition des Krankentransportes nach § 11 Absatz 3 Satz 2 RDG.

### Zu Absatz 5

Absatz 5 nimmt Bezug auf das Betriebshandbuch Digitalfunk BOS und regelt, dass die Integrierte Leitstelle als Taktische Betriebsstelle fungiert und somit eine wichtige Rolle im Digitalfunkbetrieb einnimmt. Details und weitere Veröffentlichungen zum Digitalfunk finden sich hier: <https://digitalfunk.baden-wuerttemberg.de>.

## Zu § 17

§ 17 regelt die Anforderungen an die Qualifikation und die personelle Besetzung in den Integrierten Leitstellen. Damit konkretisiert die Norm die Festlegungen in § 12 Absatz 2 RDG.

## Zu Absatz 1

Die Vorgaben für die Qualifikation der Besetzung der Integrierten Leitstellen werden in Anlage 4 geregelt. Diese enthält ein neues Qualifizierungskonzept, das durch eine Arbeitsgruppe aus Innenministerium, Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg, DRK Landesschule, Städtetag, Landkreistag, DRK Landesverbänden und Landesfeuerwehrverband erarbeitet wurde. Das neue Konzept ist zukunftsorientiert und wirtschaftlich abbildbar und berücksichtigt insbesondere die unterschiedlichen Bedarfe großer und kleiner Integrierter Leitstellen. Kernelement des neuen Konzeptes ist eine Modularisierung der Qualifikation unter Einbezug der leitstellenspezifischen Inhalte. Hierfür sind, ausgehend von den Bedarfen in den Integrierten Leitstellen, sowohl Notrufsachbearbeiterinnen und Notrufsachbearbeiter als auch Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten vorgesehen. Für die Praxisanleitung von Auszubildenden nach dem neuen Qualifizierungskonzept sind in den Integrierten Leitstellen qualifizierte Kräfte vorgesehen.

Ziel und Zweck der Regelungen ist in erster Linie die Sicherstellung eines hohen Niveaus im Gesundheitsschutz. Die Anforderungen dienen konkret der Sicherheit und dem Schutz der Patientinnen und Patienten, die den Rettungsdienst als Teil der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen.

Die Festlegung von Qualifikationsvoraussetzungen in Form von Weiterbildungsvoraussetzungen und Weiterbildungszielen einschließlich einer abschließenden Prüfung zur Kontrolle des Qualifizierungserfolgs ist geeignet und erforderlich. Denn diese Regelungen stellen sicher, dass nur entsprechend qualifiziertes und befähigtes Personal in der Integrierten Leitstelle tätig werden kann. Insbesondere in der Situation eines Notfalls, aber auch beim Krankentransport sind die meist verletzten oder kranken Patientinnen und Patienten besonders

schutzbedürftig. Sie sind darauf angewiesen, dass die Entgegennahme und Bearbeitung eines Hilfeersuchens durch das Leitstellenpersonal professionell und fachgerecht erfolgt. Die Vorschriften enthalten auch Regelungen zum Bestandsschutz und solche, die eine Anerkennung bereits erworbener Qualifikationen und Erfahrungen ermöglichen. Ein milderer Mittel ist nicht ersichtlich.

Die Festlegungen sind auch verhältnismäßig und angemessen. Der Schutz der Berufswahl- und Berufsausübungsfreiheit steht bei den Qualifikationsvoraussetzungen für das Leitstellenpersonal dem Patienten- und Gesundheitsschutz gegenüber. Da im Bereich des Rettungsdienstes gerade auch bei der Tätigkeit des Leitstellenpersonals der besonders sensible Bereich von Leib, Leben und Gesundheit der Menschen unmittelbar tangiert ist, sind besonders hohe Anforderungen an die Qualifikation des Leitstellenpersonals zu stellen.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Besetzung der Integrierten Leitstellen. Unabdingbar ist, dass während der Betriebszeit mindestens zwei ausgebildete Leitstellendisponentinnen oder Leitstellendisponenten vor Ort in der Integrierten Leitstelle aktiv im Dienst sind. Eine Einfachbesetzung kann die hohen Anforderungen an eine Integrierte Leitstelle nicht erfüllen. Die darüberhinausgehende Besetzung muss ebenfalls durch qualifiziertes Leitstellenpersonal erfolgen. Durch den Verweis auf Absatz 1 können dies künftig sowohl Leitstellendisponentinnen oder Leitstellendisponenten als auch Notrufsachbearbeiterinnen oder Notrufsachbearbeiter sein. Der Einsatz von Personal, das über keine landesweit festgelegte Qualifizierung verfügt, nicht unter den Bestandsschutz fällt und nicht anerkannt ist, ist nicht zulässig.

Satz 4 und 5 ermöglichen dem über die Mindestbesetzung nach Satz 1 und 2 hinausgehenden Leitstellenpersonal, unter den genannten Voraussetzungen bei der Tätigkeit der Entgegennahme und Bearbeitung von Notrufen und Hilfeersuchen die Arbeit von einem anderen Ort als der Integrierten Leitstelle aus zu erbringen. Dies gilt nicht für die Disposition von Rettungsmitteln. Sofern die genannten erforderlichen Rahmenbedingungen auch aus Sicherheitsgründen festgelegt, vereinbart und gewährleistet sind, kann dies im genannten Umfang von höchstens 30 Prozent des gesamten im Dienst befindlichen bedarfsgerechten Leitstellenpersonals erfolgen. Damit soll dem Leitstellenpersonal unter den genannten Voraussetzungen die Möglichkeit von Homeoffice und der Arbeit von einem anderen Ort aus in gewissem Umfang ermöglicht werden. Dies dient angesichts des Fachkräftemangels auch dazu, die notwendigen Fachkräfte im modernen Arbeitsmarkt im Bereich des

Leitstellenpersonals im Rettungsdienst zu halten beziehungsweise dafür zu gewinnen. Die Rahmenbedingungen dafür müssen festgelegt sein und den Anforderungen an die sensible und wichtige Tätigkeit entsprechen.

#### Zu Absatz 3

Durch die Integrierten Leitstellen ist es wie bisher organisatorisch sicherzustellen, dass das Leitstellenpersonal bei Bedarf kurzfristig verstärkt wird. Für rettungsdienstliche Lagen benötigt es hierfür die entsprechende Qualifikation. Gegebenenfalls können für die Bearbeitung von feuerwehrtechnischen Flächenlagen (beispielsweise Unwetter) spezifisch geschulte Bearbeiterinnen und Bearbeiter eingesetzt werden, die jedoch nur lagespezifische Anrufe und keine Notrufe bearbeiten dürfen.

#### Zu Absatz 4

Die Integrierten Leitstellen stellen die bedarfsgerechte Ausstattung mit qualifiziertem Personal sicher. Dennoch können im Einzelfall und zeitlich begrenzt Situationen entstehen, die eine regelhafte Besetzung unmöglich machen. In diesen Fällen können die Regierungspräsidien als Aufsichtsbehörden Ausnahmen zulassen. Wichtig hierbei ist ein konkreter Zeitplan, wie die regelhafte Besetzung schnellstmöglich wieder sichergestellt wird.

#### Zu Absatz 5

Die Regelung dient dazu, eine Flexibilisierung der Ausbildungsvorschriften zu ermöglichen. Um eventuelle neue landesweite Konzepte zeitnah nach deren Verabschiedung umsetzen zu können, wird in Absatz 5 eine Ausnahme geregelt. Demnach kann das Innenministerium eine Ausnahme von der nach Absatz 1 bisher geltenden Qualifizierung zulassen. Voraussetzung ist die Verabschiedung eines neuen Konzeptes zur Qualifizierung von Leitstellenpersonal in den zuständigen Gremien von Rettungsdienst und Feuerwehr auf Landesebene.

#### Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt, dass die Integrierten Leitstellen die Fortbildung des Leitstellenpersonals eigenständig sicherstellen müssen und gibt aufgabenbezogene Inhalte für die Fortbildungen vor. Wichtig ist dabei neben der Vermittlung von theoretischem Wissen in Form von Unterrichtssequenzen oder Onlineseminaren

auch das Training der praktischen Anwendung. Dies kann in praktischen Fallbeispielen und Übungen oder in aufwendigen Simulationsszenarien erfolgen. Um dies sicherzustellen werden mindestens acht Stunden Praxis vorgeschrieben.

#### Zu § 18

§ 18 regelt die technische Ausstattung der Integrierten Leitstellen.

#### Zu Absatz 1

Die Integrierten Leitstellen müssen so ausgestattet sein, dass sie ihre Aufgaben im Rettungsdienst nach § 11 RDG reibungslos und zuverlässig erfüllen können. Die Ausstattung umfasst unter anderem ein digitales Kommunikations- und Einsatzleitsystem. Die Vorgabe einer landesweit einheitlichen softwaregestützten Notrufabfragesystematik dient dazu, das Leitstellenpersonal bei der Notrufabfrage zu unterstützen und einen einheitlichen Qualitätsstandard zu erreichen. Daher ist es bedarfsgerecht und zielführend, wenn die unterstützende Software die einheitliche Systematik abbildet.

Insbesondere zur bereichsübergreifenden Disposition ist die schnelle Übergabe eines Einsatzes an die benachbarte Integrierte Leitstelle notwendig. Daher müssen interoperable IT-Systeme zur bruchfreien Einsatzübergabe zwischen den Integrierten Leitstellen sichergestellt werden.

#### Zu Absatz 3

Die Verarbeitung von Standortdaten nach Absatz 3 dient der Positionsbestimmung von Anruferinnen und Anrufern bei der Nutzung einer Notrufnummer. Dadurch können insbesondere die Notfallorte auch außerhalb bebauter Gebiete besser lokalisiert werden. Insbesondere die Dienste „Advanced Mobile Location“ beziehungsweise „Emergency Location Service“ ermöglichen diese Funktion bei den gängigen Betriebssystemen iOS und Android der Mobilfunkgeräte.

#### Zu Absatz 4

Um den Integrierten Leitstellen eine effektive Disposition zu ermöglichen, ist es erforderlich, die aktuellen Standorte der Rettungsmittel zu kennen. Für eine landeseinheitliche Parametrierung der Einsatzleitsysteme und darauf aufbauend eine

einheitliche Dispositionsstrategie werden einheitliche Parameter festgelegt und in allen Einsatzleitsystemen angewendet.

#### Zu Absatz 6

Die Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117 ist anzustreben, um eine wechselseitige digitale Fallübergabe zwischen dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, der in Baden-Württemberg durch die Kassenärztliche Vereinigung organisiert und verantwortet wird, und den Integrierten Leitstellen zu ermöglichen. Damit können die Anrufenden direkt in die passende Versorgungsstruktur vermittelt werden. Die digitale Vernetzung dieser beiden Rufnummern wird auch im Rahmen der geplanten Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene angestrebt.

#### Zu § 19

§ 19 trifft Regelungen zum Leitstellenbeirat, zu seiner Besetzung und zu seinen Aufgaben. In dessen Sitzungen werden die Leistungserbringer und das nach § 48 RDG für die Fachaufsicht zuständige Regierungspräsidium im Rettungsdienstbereich über alle grundsätzlichen Angelegenheiten und Entwicklungen informiert. Die Leistungserbringer können in Leitstellenangelegenheiten bedarfsgerechte Maßnahmen für den Rettungsdienstbereich beschließen.

#### Zu § 20

§ 20 regelt die bereits bisher geltenden Grundsätze der Kostenverteilung in den Integrierten Leitstellen. Eine entsprechend hälftige Aufteilung der Kosten der Integrierten Leitstellen ist bislang in sehr vielen Integrierten Leitstellen vereinbart worden und hat sich bewährt. Abweichungen sind bei Vereinbarung durch die Träger möglich.

#### Zu § 21

§ 21 regelt die bereits bisher geltenden Grundsätze für die Festlegung und Erhebung des Leitstellenentgeltes sowie für die Finanzierung der Oberleitstelle Baden-Württemberg.

#### Zu den Absätzen 1 bis 5

Die Grundsätze und das Verfahren zur Festlegung des Leitstellenentgeltes auf Basis der Kosten und Einsätze des Vorjahres entsprechen der bisherigen Vorgehensweise und haben sich etabliert und bewährt.

#### Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Finanzierung der Kosten der Aufgabenerfüllung durch die Oberleitstelle Baden-Württemberg.

#### Abschnitt 2

Abschnitt 2 regelt die Dispositionsgrundsätze. Sie gelten für alle Vermittlungen von Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung und Krankentransport) durch die Integrierten Leitstellen. Sie sind bei der Disposition durch das Leitstellenpersonal zu beachten und geben ihm Hinweise für die Erfüllung dieser Aufgabe.

#### Zu § 22

§ 22 regelt die Disposition der Rettungsmittel und die Einsatzstichworte.

#### Zu Absatz 1

Rettungsmittel werden für rettungsdienstliche Aufgaben vorgehalten und finanziert. Daher darf keine missbräuchliche Verwendung erfolgen, insbesondere nicht für andere Aufgaben der im Rettungsdienst beteiligten Organisationen. Zu Brändeinsätzen werden Rettungsmittel direkt alarmiert, sofern Verletzte zu Einsatzbeginn nicht ausgeschlossen werden können. Sobald aber feststeht, dass keine Gesundheitsgefahr für Personen besteht, sind die Rettungsmittel wieder als einsatzbereit zu melden. Präventive Absicherungen beispielsweise für Atemschutzeinsätze der Feuerwehr sind nicht Aufgabe des Rettungsdienstes. Dies gilt auch für planbare Einsätze oder Zugriffe der Polizei ohne Hinweise auf verletzte oder erkrankte Personen.

Für die bei einem Hausnotrufdienst gemeldeten Fälle darf der Rettungsdienst nur eingesetzt werden, wenn Hinweise auf eine rettungsdienstliche Indikation vorliegen. Auch für andere Hilfeleistungsersuchen ohne Hinweise auf eine medizinische oder rettungsdienstliche Indikation dürfen die Rettungsmittel nicht eingesetzt werden.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zuweisung eines Einsatzstichwortes zu jedem Einsatz. Wichtig ist dabei, dass dieses aus dem landeseinheitlichen Einsatzstichwortkatalog stammt, um eine bereichsübergreifende Disposition zu ermöglichen. Das Einsatzstichwort enthält mehrere einsatzrelevante Informationen, darunter auch die Dringlichkeit.

Die Dringlichkeiten sollen den Integrierten Leitstellen die Möglichkeit eröffnen, jeweils spezifische Maßnahmen hinterlegen und die Bearbeitung der Einsätze auch in der Notfallrettung strukturieren zu können. Dabei wird versucht, auf die Notfallkategorien Bezug zu nehmen, auch wenn diese erst retrospektiv aus der medizinischen Dokumentation zugeordnet werden können. Die Dringlichkeiten 1, 2, 3P und 3 entsprechen den auf Grundlage der Notrufabfrage angenommenen Notfallkategorien 1, 2 und 3.

Dadurch kann im Rahmen der Qualitätssicherung erhoben werden, wie genau die einzelnen Integrierten Leitstellen im Rahmen der Notrufabfrage auf die tatsächliche Notfallkategorie schließen können. Dies wird zu einem erheblichen Anteil aufgrund situationsimmanent fehlender Informationen in den Integrierten Leitstellen niemals möglich sein. Dennoch kann es hilfreich sein, um in geeigneten Fällen Optimierungsmöglichkeiten in der Notrufabfrage identifizieren und umsetzen zu können. Die Strukturierung der Einsatzbearbeitung in den Integrierten Leitstellen ermöglicht etwaige Anpassungen und Optimierungen im Rahmen der Planung, sie definiert keinen Anspruch auf die Einhaltung der genannten Zeiten im Einzelfall.

Bei Einsätzen der Dringlichkeiten 1 und 2 erfolgt die Anfahrt grundsätzlich unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten. Die Dringlichkeiten der Notfallkategorie 3 berücksichtigen, dass je nach Gefahrenlage die Anfahrt mit (3P) oder ohne (3) Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten erfolgen kann. Sollte zum Beispiel ein Sturz im Freien mit ungünstigen Umgebungsbedingungen (insbesondere Witterung) oder starken Schmerzen in Ruhe vorliegen, kann dieser Einsatz mit Priorität unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten bedient werden. Die Dringlichkeiten 4, 5, 6 und 7 dienen nur der Strukturierung und Unterstützung innerhalb der Integrierten Leitstelle. Sie haben keine planerische Auswirkung oder sonstige Relevanz und sind nicht Primäreinsätzen der Notfallrettung zugeordnet.

## Zu § 23

§ 23 regelt, wann ein Rettungsmittel „geeignet“ ist.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass Rettungsmittel nur indikationsgerecht eingesetzt werden dürfen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen stets einzuhalten sind. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der starken Belastung und Beanspruchung des Rettungsdienstpersonals wichtig.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt Rahmenbedingungen dafür fest, wann ein Rettungsmittel im Ausnahmefall auch nach Dienstende eingesetzt werden kann. Hierbei wird Bezug auf die in § 4 festgelegten Notfallkategorie 1 genommen, die eine schnelle Erstversorgung erfordert. In diesen Fällen soll durch die Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten eine Abwägung erfolgen, inwieweit ein dringender Behandlungsbedarf für eine Erstversorgung vor Ort besteht, der den Einsatz über das Dienstende hinaus rechtfertigt. Dabei ist für den sich anschließenden Transport ein anderes Rettungsmittel vorzusehen, um das notwendige Dienstende nicht unnötig hinauszuzögern.

Zu Absatz 4

Der Bereichsausschuss hat die Aufgabe, die bedarfsgerechten Vorhaltungen festzulegen. Dies schließt neben Beginn und Ende der Vorhaltezeiten auch mögliche Unterbrechungen und Einschränkungen der Vorhaltungen ein. Somit gehören auch Pausenregelungen zu den Regelungsbefugnissen des Bereichsausschusses. Die Integrierten Leitstellen haben grundsätzlich Weisungsbefugnis gegenüber den Rettungsmitteln und müssen die Regelungen zur Vorhaltung umsetzen. Dazu gehören auch Pausenregelungen, die durch die Integrierten Leitstellen zu koordinieren und zu ermöglichen sind. Zudem wird bei Einsätzen der Notfallkategorien 1 und 2 nach einer Abwägung eine Unterbrechung der Pause ermöglicht.

Zu § 24

§ 24 regelt die Disposition in der Notfallrettung.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die Integrierte Leitstelle das geeignete Rettungsmittel aufgrund des Meldebildes indikationsgerecht disponiert. In den Fällen nach Satz 2 muss sehr schnell eine lebensrettende Maßnahme vor Ort eingeleitet werden, insbesondere bei einem Kreislaufstillstand. Dann ist es erforderlich, jeglichen Zeitvorteil zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls zu nutzen und die Alarmierung weiterer Rettungsmittel und Einsatzkräfte im Sinne einer erweiterten Rettungskette zu prüfen und gegebenenfalls vorzunehmen.

#### Zu Absatz 2

Über die Formulierung der „akut“ höchsten Eile wird Bezug auf die in § 4 festgelegten Notfallkategorien 1 und 2 beziehungsweise in der Disposition die Dringlichkeiten 1 und 2 genommen. Die Integrierte Leitstelle muss bereits bei ihren Dispositionentscheidungen die Auswirkungen auf die Eintreff- und Prähospitalzeit berücksichtigen. Dabei ist aufgrund der Eile grundsätzlich das ersterreichende geeignete Rettungsmittel zu disponieren.

Ein Abweichen vom Vorschlag ist beispielsweise möglich, wenn das Fahrzeug im Sinne des § 23 nicht geeignet ist. Für Fälle der Dringlichkeit 2 ist dies zudem möglich, wenn der Einsatz eines weiter entfernten Rettungsmittels einsatztaktische Vorteile bringt, ohne dass dies zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen führt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Notfallort von zwei Rettungswachen ähnlich schnell erreichbar ist und nur an der etwas weiter entfernten Wache noch mehrere Rettungswagen einsatzbereit sind. Gleiches gilt, wenn ein freier Rettungswagen das Versorgungsgebiet einer besetzten Rettungswache durchfährt und seine erneute Einsatzbindung dazu führen würde, dass das Versorgungsgebiet seiner eigenen Rettungswache nicht mehr abgedeckt wäre.

In diesen und vergleichbaren Konstellationen könnte auch auf ein Rettungsmittel zurückgegriffen werden, das nicht dem georeferenzierten Vorschlag entspricht. Dadurch wird erreicht, dass die Gesamtgebietsabdeckung nach wie vor gewährleistet ist und damit die Eintreffzeit eingehalten werden kann. Kann aufgrund eines Einsatzes ein Gebiet absehbar nicht mehr durch vorhandene Vorhaltungen abgedeckt werden, so soll eine dynamische Gebietsabdeckung in Betracht gezogen werden.

### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Primärindikationen für ein notärztlich besetztes Rettungsmittel, die im Landeseinheitlichen Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg (Anlage 5) festgelegt sind.

Dabei wird bewusst auf das notärztlich besetzte Rettungsmittel Bezug genommen, das die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten und nicht wie in Absatz 1 den Notfallort an Straßen am schnellsten erreicht. So wird korrespondierend mit der Regelung in § 46 Absatz 2 Nummer 1 klargestellt, dass der Einsatz eines Luftrettungsmittels nur dann erfolgen soll, wenn es unter Beachtung der örtlichen Gegebenheiten die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten voraussichtlich als erstes notärztlich besetztes Rettungsmittel erreicht und dadurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil erreicht werden kann. Insbesondere sind die Transferzeiten vom Landeplatz zum Notfallort in die Abwägung einzubeziehen. Denn oft kann das Luftrettungsmittel nur mit einem Abstand zur Einsatzstelle landen.

Zudem wird die Abweichungsmöglichkeit vom Vorschlag entsprechend Absatz 2 für das notärztlich besetzte Rettungsmittel geregelt.

### Zu Absatz 4

Im Sinne einer schnellen Versorgung der Patientinnen und Patienten darf die Disposition nicht durch Bereichsgrenzen eingeschränkt werden. Jedoch kann die anfordernde Integrierte Leitstelle nicht immer erkennen, ob das angefragte Rettungsmittel im Sinne von § 23 geeignet oder zur Gesamtabdeckung erforderlich ist. In diesen Fällen kann die für das Rettungsmittel örtlich zuständige Leitstelle das Einvernehmen versagen und es kann keine bereichsübergreifende Disposition erfolgen.

### Zu Absatz 5

Ein georeferenzierter Einsatzmittelvorschlag impliziert auch den bereichsübergreifenden Einsatz von Luftrettungsmitteln, also innerhalb des gesamten Landes und gegebenenfalls auch über Landesgrenzen hinweg.

### Zu Absatz 6

Für Einsätze ohne akut höchste Eile, also Einsätze der Notfallkategorie 3, sind bei der Auswahl des geeigneten Rettungsmittels neben dem schnellen Eintreffen die genannten weiteren Aspekte zu berücksichtigen. Dies gilt auch, wenn diese Einsätze unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten erfolgen. Insbesondere greifen hier die Ausnahmeregelungen nach § 23 Absatz 3 und 4 nicht.

#### Zu Absatz 8

Wenn Krankentransportwagen zu Erstmaßnahmen eingesetzt werden und sich am Notfallort herausstellt, dass entgegen des Meldebildes keine Indikation für einen Rettungswagen vorliegt, so kann der Transport durch den Krankentransportwagen erfolgen.

#### Zu § 25

§ 25 regelt Grundsätze und Rahmenbedingungen für die Disposition im Krankentransport. Der Einsatz des logistisch am besten geeigneten Krankentransportwagens berücksichtigt im Sinne einer rettungsdienstbereichsübergreifenden Disposition, wie die Krankentransportanforderungen so disponiert werden können, dass die Aufträge unter logistischen, regionalen und wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll verknüpft und organisiert werden können, um Leerfahrten zu vermeiden. Sofern die Patientin oder der Patient den Wunsch nach der Beauftragung eines bestimmten Unternehmens äußert, sind die logistischen Aspekte und die Patientenwünsche gegeneinander abzuwägen. Den Patientinnen und Patienten sind Alternativen sowie mögliche Verzögerungen des Transportes durch die Festlegung auf den jeweiligen Leistungserbringer durch die Integrierte Leitstelle offen darzulegen.

Kliniken und Arztpraxen dürfen selbst keine Wünsche äußern. Sie können der Integrierten Leitstelle aber Wünsche der Patientinnen und Patienten übermitteln.

#### Abschnitt 3

Abschnitt 3 regelt Auftrag und Aufgaben der besonderen Leitstellen Oberleitstelle Baden-Württemberg und Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg.

#### Zu § 26

Gemäß § 11 Absatz 9 RDG kann das Innenministerium für überregionale oder spezielle Aufgaben die Einrichtung besonderer Leitstellen festlegen oder diese Aufgaben auf bestehende Integrierte Leitstellen übertragen. Das Innenministerium ist danach ermächtigt, Einzelheiten zur Zuständigkeit, zur Aufgabenstellung und zu den Befugnissen besonderer Leitstellen und zur Übertragung von überregionalen oder speziellen Aufgaben auf bestehende Integrierte Leitstellen durch Rechtsverordnung zu regeln. Als besondere Leitstellen hat das Innenministerium die Oberleitstelle Baden-Württemberg und die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg eingerichtet. Dazu wurden jeweils spezielle Vereinbarungen geschlossen.

Für die Einrichtung der Oberleitstelle Baden-Württemberg wurde im Jahr 2000 eine Vereinbarung zwischen dem damals für den Rettungsdienst zuständigen Sozialministerium, den DRK-Landesverbänden Baden-Württemberg und Baden und dem DRK Kreisverband Stuttgart e. V. geschlossen. Die Kostenträger haben dem zugestimmt.

Für die Einrichtung der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg wurde 2007 eine Vereinbarung zwischen dem damals für den Rettungsdienst zuständigen Sozialministerium, der Deutschen Rettungsflugwacht e. V. und den DRK-Landesverbänden Baden-Württemberg und Baden, vertreten durch den DRK-Kreisverband Stuttgart als Betreiber der Oberleitstelle Baden-Württemberg, geschlossen.

Beide Vereinbarungen enthalten Regelungen zu Einrichtung, Betrieb, Aufgaben und Finanzierung.

## Zu § 27

Die Oberleitstelle Baden-Württemberg nimmt bei besonderen Einsatzlagen Koordinierungs- und Unterstützungsauflagen zur Sicherung der rettungsdienstlichen Versorgung in Baden-Württemberg wahr. Träger ist der DRK-Landesverband Baden-Württemberg. Sie ist in der Integrierten Leitstelle Stuttgart eingerichtet und rund um die Uhr erreichbar.

## Zu § 28

In § 28 werden die bereits bisher vorgesehenen, bewährten und etablierten Aufgaben der Oberleitstelle Baden-Württemberg im Einzelnen festgelegt.

## Zu Absatz 1

Die Kernaufgabe der Oberleitstelle Baden-Württemberg ist es, die Integrierten Leitstellen bei der Bewältigung von besonderen Einsatzlagen wie insbesondere Großschadensereignissen zu unterstützen.

Zudem können im Einzelfall auf Anordnung des Innenministeriums weitere Aufgaben wahrgenommen werden. Dies kann bei besonderen Lagen und Einsätzen mit landesweitem Bezug erforderlich sein. Bewährt hat sich dies bereits bei der Koordination von Verlegungen über weite Strecken im Rahmen der Corona-Pandemie und der Aufnahme von kriegsverletzten Patientinnen und Patienten aus der Ukraine.

## Zu Absatz 4

Die Oberleitstelle Baden-Württemberg führt eine landesweite Übersicht über die genannten Einsatzmittel.

Zu den Luftrettungsmitteln nach Nummer 3 gehören dabei ergänzend auch Großraumrettungshubschrauber und Search and Rescue-Hubschrauber der Bundeswehr sowie Luftrettungsmittel angrenzender Staaten.

## Zu § 29

Intensivtransporte und luftgebundene Sekundäreinsätze erfolgen bereichsübergreifend. Daher übernimmt die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg die Koordinierung und Disposition aller boden- und luftgebundenen Intensivtransporte sowie aller luftgebundenen Sekundäreinsätze. Eine zentrale Koordinierung der genannten Einsätze hat sich bewährt.

## Zu § 30

§ 30 regelt die weiteren Aufgaben der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg und ihre Besetzung.

## Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt detailliert die einzelnen Aufgaben der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg grundsätzlich rund um die Uhr erreichbar ist. Die Intensivtransportmittel werden im Gegensatz hierzu nicht rund um die Uhr vorgehalten. Deshalb sind im Rahmen der Erreichbarkeit insbesondere an die personelle Besetzung der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg unterschiedliche Maßstäbe anzulegen. Während der Dienstzeiten der Intensivtransportwagen und der tagverfügbaren Luftrettungsmittel ist eine Besetzung mit entsprechend medizinisch qualifiziertem Personal nach § 31 notwendig. Außerhalb dieser Zeiten kann die Erreichbarkeit bedarfsgerecht über eine Rufbereitschaft oder einen Hintergrunddienst sichergestellt werden.

## Zu § 31

Im Rahmen von Intensivtransporten und luftgebundenen Sekundärverlegungen sind teils umfangreiche und komplexe medizinische Abstimmungen notwendig. Daher regelt § 31 die personelle Besetzung der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg. So wird sichergestellt, dass zusammen mit der ärztlichen Beratung nach § 30 Absatz 1 Nummer 3 alle für den Transport erforderlichen Absprachen erfolgen können.

Die geforderte Absolvierung eines von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin zertifizierten Intensivtransportkurses ist eine subjektive Berufswahlregelung nach Art. 12 Absatz 1 GG. Gemäß der vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung vertretenen 3-Stufen-Theorie ist diese Regelung geeignet, erforderlich und angemessen. Sie verfolgt als legitimen Zweck die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität, die Abwehr einer abstrakten Gefahr für das wichtige Gemeinschaftsgut Gesundheit und Leben und ist geeignet dies über den Nachweis des Kurses sicherzustellen. Ein milderer Eingriff, also auf der ersten Stufe der 3 Stufen-Theorie, ist nicht möglich, da es gerade um die Qualifikation des konkret eingesetzten Personals geht.

## Abschnitt 4

Abschnitt 4 konkretisiert die Vorgaben für das Telenotärztliche System, die Telenotärztinnen und Telenotärzte sowie zum Benutzungsentgelt in diesem Kontext.

Zu § 32

§ 32 regelt, wie das Telenotärztliche System eingesetzt werden soll.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht eine durchgängige Verfügbarkeit des Telenotärztlichen Systems vor.

Zu Absatz 2

Das Telenotärztliche System ist darauf ausgelegt, dem Rettungsdienstpersonal vor Ort notärztliche Expertise ohne die physische Anwesenheit einer Notärztin oder eines Notarztes zur Verfügung zu stellen. In vielen Fällen bedarf es aber deren persönlicher Anwesenheit, da neben der fachlichen Expertise auch die manuellen Fähigkeiten erforderlich sind.

Bei Vorliegen einer notärztlichen Indikation nach dem Notarztindikationskatalog alarmiert die Integrierte Leitstelle grundsätzlich ein notärztlich besetztes Rettungsmittel. Sofern der Rettungswagen vor dem notärztlich besetzten Rettungsmittel vor Ort ist, kann das Telenotärztliche System überbrückend zum Einsatz kommen. So können bereits erste notärztliche Maßnahmen begonnen werden. Auch bei der Nachforderung eines notärztlich besetzten Rettungsmittels kann das Telenotärztliche System überbrückend zum Einsatz kommen.

Ist bereits ein Rettungswagen vor Ort, kann auf Grundlage von dessen Lageeinschätzung das Telenotärztliche System auch isoliert, also ohne die Alarmierung eines notärztlich besetzten Rettungsmittels, zum Einsatz kommen. Dies ist insbesondere bei der Diagnosestellung und der Applikation von Medikamenten, die nicht auf der Basis der Vorabdelegation oder nicht eigenverantwortlich erfolgen kann, sinnvoll. Auch bei einer Transportverweigerung durch die Patientin oder den Patienten kann das Telenotärztliche System verwendet werden.

Darüber hinaus kann das Telenotärztliche System die vor Ort anwesenden Rettungskräfte einschließlich der Notärztinnen und Notärzte beraten und unterstützen.

Darüber hinaus kann das Telenotärztliche System auch bei notärztlich begleiteten Sekundäreinsätzen eingesetzt werden, sofern manuelle notärztliche Fertigkeiten nicht erforderlich sind.

#### Zu § 33

Das Telenotärztliche System bietet die Möglichkeit, ortsunabhängig notärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen. Um das Potential des Telenotärztlichen Systems voll auszunutzen, müssen die Telenotärztlichen Zentralen bei Belastungsspitzen in der Lage sein, sich gegenseitig zu unterstützen. Um dies zu ermöglichen, ist darauf zu achten, dass das Telenotärztliche System von vorneherein mit einer einheitlichen Technik und Software betrieben wird. Die Telenotärztlichen Zentralen werden zudem vernetzt und sind damit interoperabel und redundant.

Zum Telenotärztlichen System gehört darüber hinaus die technische Ausstattung der Rettungswagen.

#### Zu § 34

§ 34 spezifiziert die Anforderungen an die Telenotärztinnen und Telenotärzte. Die fachlichen Anforderungen werden – wie bei den anderen Notärztinnen und Notärzten auch – durch die Landesärztekammer festgelegt.

Darüber hinaus ist durch die Arbeitgeber darauf zu achten, dass die Telenotärztinnen und Telenotärzte auch auf dem notärztlich besetzten Rettungsmittel eingesetzt werden. Dies schränkt die Berufsausübung der Telenotärztinnen und Telenotärzte ein. Ziel dieser Einschränkung ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Wenn die Telenotärztinnen und Telenotärzte zum Einsatz kommen, ist das notärztlich besetzte Rettungsmittel nicht oder noch nicht am Notfallort. Sie tragen damit eine erhebliche ärztliche Verantwortung. Aus diesem Grunde ist es unerlässlich, dass die Telenotärztinnen und Telenotärzte Einsatzerfahrung als Notärztinnen und Notärzte haben und die Arbeitsabläufe sowie die Herausforderungen kennen, die sich vor Ort stellen. So wird darüber hinaus sichergestellt, dass die Telenotärztinnen und Telenotärzte auch die Grenzen des Telenotärztlichen Systems kennen. Die Einschränkung ist damit geeignet.

Sie ist auch erforderlich. Mildere Mittel sind nicht ersichtlich. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Umfang der regelmäßigen Tätigkeit auf dem Rettungswagen nicht explizit vorgegeben wird.

Der Eingriff ist auch verhältnismäßig. Einem geringfügigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gemäß Artikel 12 des Grundgesetzes steht das Interesse der potenziellen Patientinnen und Patienten an der Wahrung ihrer Gesundheit gegenüber. Er ist damit durch vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls gerechtfertigt.

## Zu § 35

§ 35 enthält Regelungen zu den Kosten des Telenotärztlichen Systems, den Benutzungsentgelten und der Vergütung der beteiligten Telenotärztinnen und Telenotärzte.

## Teil 5

Teil 5 enthält die Vorgaben zum bodengebundenen Rettungsdienst.

### Abschnitt 1

Abschnitt 1 enthält Regelungen zu den Rettungsmitteln und Einrichtungen des bodengebundenen Rettungsdienstes.

## Zu § 36

§ 36 konkretisiert abschließend die Vorgaben für die Rettungsmittel im bodengebundenen Rettungsdienst.

## Zu den Absätzen 2 und 5

Zur Festlegung der Gestaltung der Rettungsmittel verweist Absatz 2 auf die entsprechenden DIN-Vorschriften und die Vorgaben aus den §§ 38 und 39. Absatz 5 stellt klar, dass diese Vorgaben für die Sonderrettungsdienste nicht gelten.

## Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die Anforderung, dass die Rettungsmittel der bodengebundenen Notfallrettung landesweit einheitlich nach demselben Mindeststandard ausgestattet sein müssen. Dies ist erforderlich, um eine landesweit einheitliche Mindestversorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die rettungsdienstliche Selbstverwaltung verständigt sich hierzu regelmäßig unter der

Federführung des Landes auf Grundsätze zur Mindestausstattung, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Diese Vorgabe kann auf der Internetseite des Innenministeriums (<https://im.baden-wuerttemberg.de>) abgerufen werden.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält Vorgaben für den Einsatz des Notarztwagens. Dieser kann nur im Einzelfall zum Einsatz kommen, wenn ein Notarzteinsatzfahrzeug nicht ordnungsgemäß besetzt werden kann. Eine planerische Berücksichtigung ist nicht zulässig.

#### Zu § 37

§ 37 regelt die Einsatzindikationen der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes. Die Norm spezifiziert damit, wann welches Rettungsmittel zum Einsatz kommt.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert die Indikationen für den Einsatz des Rettungswagens. Er ist bei einem Notfall grundsätzlich zu alarmieren.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 erläutert, in welchen Fällen ein Notarzteinsatzfahrzeug indiziert ist.

Der als Anlage 5 beigelegte Notarztindikationskatalog konkretisiert diese Fälle. Er wurde unter der Federführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst Koordination mit Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger im Rettungsdienst, der agswn und der Landesärztekammer Baden-Württemberg entwickelt. Bei der Festlegung der Indikationen wurden die erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch die Vorabdelegation berücksichtigt.

Die Indikationen orientieren sich nicht an Krankheitsbildern, sondern an Leitsymptomen. Das trägt den situationstypischen Erkenntnismöglichkeiten der Integrierten Leitstelle Rechnung: Diese muss auf der Grundlage der durch die Patientinnen oder Patienten oder Dritte meist aus der medizinischen Laiensphäre fachmündlich geschilderten Situationsbeschreibung eine Entscheidung über die zu

disponierenden Rettungsmittel treffen. Dabei verbleibt der Disponentin oder dem Disponenten aber ein gewisser Spielraum. Dieser soll helfen, auch auf atypische Fallgestaltungen angemessen reagieren zu können.

Wenn eine Notarztindikation vorliegt, kommen Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeug immer gemeinsam zum Einsatz. Da es aber zu Fällen kommt, in denen das Notarzteinsatzfahrzeug die Einsatzstelle vor dem Rettungswagen erreicht, ermöglicht auch seine medizinisch-technische Ausrüstung die Primärversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 erläutert darüber hinaus deklaratorisch die Indikationen für den Einsatz des Krankentransportwagens. Absatz 3 Satz 1 zitiert die Regelung in § 1 Absatz 3 RDG, Absatz 3 Satz 2 zitiert die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung des Krankentransportes.

Zu § 38

§ 38 regelt Spezifikationen für den Einsatz besonders eingerichteter Transportrettungsmittel. Dies betrifft zum einen den Einsatz von Intensivtransportwagen, zum anderen den Einsatz von Schwerlast-Krankentransportwagen oder Schwerlast-Rettungswagen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 verweist für die Anforderungen an die personelle Ausstattung von Intensivtransportwagen auf die landesweiten Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten. Aus Gründen der Normklarheit sind diese Grundsätze dieser Verordnung als Anlage 5 beigefügt.

Zu dieser Norm wurde die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte angehört.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Schwerlast-Rettungswagen oder Schwerlast-Krankentransportwagen. Die bedarfsgerechte Versorgung ist in jedem Rettungsdienstbereich sicherzustellen. Inwieweit ein Rettungsdienstbereich hierbei

ein eigenes Schwerlast-Transportmittel benötigt oder bereichsübergreifende Versorgungsbereiche geschaffen werden müssen, ist unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Einsatzzahlen der Vorjahre zu ermitteln.

Für Einsätze der Notfallrettung werden die in der Norm aufgeführten Transportrettungsmittel nicht regelhaft für die Erstversorgung und Stabilisierung der Patientinnen und Patienten vor Ort eingesetzt, sondern für deren anschließenden Transport in die Versorgungseinrichtung. Die Versorgung vor Ort wird durch die in § 36 Absatz 2 Nummer 1 und 2 genannten Rettungsmittel durchgeführt und ist damit auch für die genannten Patientinnen und Patienten sichergestellt. Wenn der Bedarf an besonders eingerichteten Transportrettungsmitteln bereits vorab feststeht, können diese direkt oder in der Notfallrettung parallel eingesetzt werden. Wenn sich der Bedarf erst vor Ort herausstellt, werden diese Rettungsmittel unverzüglich nachgefordert.

#### Zu § 39

§ 39 regelt Transportkapazitäten, die im Kontext rettungsdienstlicher Einsätze zum Einsatz kommen können. Für deren Vorhaltung ist aber nicht der Rettungsdienst zuständig, sondern andere Stellen, die hierfür mit dem Rettungsdienst zusammenarbeiten.

#### Zu Absatz 1

Der Infektionsrettungswagen kommt nur bei hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Erkrankungen zum Einsatz. Er soll es ermöglichen, Patientinnen und Patienten in Isolation zu transportieren und dabei die Exposition Dritter, aber auch der Besatzung so gering wie möglich zu halten. Der Infektionsrettungswagen wird durch das Sozialministerium vorgehalten. Der Rettungsdienst unterstützt entsprechende Transporte, indem er die erforderliche Besatzung stellt und den Transport durchführt.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zusammenarbeit mit den Perinatalzentren beim Transport von Früh- und Reifgeborenen. Die Perinatalzentren des Levels 1 müssen aufgrund der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz. S. 15 684), zuletzt geändert am 17.

Oktober 2024 (BArz AT 20.01.2025 B4) in der jeweils geltenden Fassung in der Lage sein, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensiveinheit in das Perinatalzentrum zu transportieren. Daraus ergibt sich die Verpflichtung für die Perinatalzentren, entsprechende mobile Intensiveinheiten vorzuhalten.

Der Rettungsdienst verfügt über Rettungswagen, mit denen er den Transport durchführt. Soweit für das entsprechende System erforderlich, stellt er auch die Aufnahmehalterungen und Tragen zur Verfügung, um die Inkubatoren auf den Rettungstragen zu fixieren. Zwischen den Bereichsausschüssen und den Perinatalzentren sind die hierfür erforderlichen Absprachen zu treffen. Dazu gehören auch Absprachen mit der Luftrettung sowie die Organisation des Rücktransports der mobilen Intensiveinheit und des Personals in das Perinatalzentrum im Einzelfall.

Für den Transport von Früh- und Reifgeborenen können durch Dritte auch besonders eingerichtete Fahrzeuge wie Baby-Notarztwagen vorgehalten werden. Deren Einsatz wird durch diese Norm nicht ausgeschlossen.

#### Zu § 40

Auf Basis der „Planungsgrundlagen für bauliche Anlagen des Rettungsdienstes“ als Anlage der VwV Förderung Rettungsdienst wird die Förderungsfähigkeit von Investitionskosten von baulichen Maßnahmen festgelegt. Die Planungsgrundlagen legen keine zwingenden baulichen Vorgaben fest. Den Leistungsträgern steht es frei, bei den baulichen Ausführungen von Rettungswachen von den „Planungsgrundlagen für bauliche Anlagen des Rettungsdienstes“ abzuweichen. Sollten dadurch Mehrkosten entstehen, sind diese durch den Leistungsträger selbst zu finanzieren und der Eigenanteil erhöht sich entsprechend.

Bei der Planung von baulichen Ausführungen von Rettungswachen sind die allgemein anerkannten Regeln der Technik grundsätzlich zu beachten.

#### Abschnitt 2

Abschnitt 2 enthält die Regelungen zum Personal des bodengebundenen Rettungsdienstes.

#### Zu § 41

§ 41 enthält die Grundregelung zum Einsatz des Rettungsdienstpersonals. Welches Rettungsdienstpersonal jeweils geeignet ist, ergibt sich aus den Besetzungsregelungen des Rettungsdienstgesetzes. Es ist stets darauf zu achten, dass ausreichend Personal vorhanden ist, damit die Aufgaben erfüllt werden können und die Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist.

Zu § 42

§ 42 spezifiziert die Vorgaben zur allgemeinen Fortbildungspflicht.

Zu Absatz 1

Absatz 1 macht deutlich, dass die allgemeine Fortbildungspflicht nach § 16 Absatz 3 RDG durch die Leistungsträger und die Leistungserbringer sicherzustellen ist. Diese müssen auch prüfen, ob das gesamte Personal an einer geeigneten Fortbildung teilgenommen hat. Sinn und Zweck der Fortbildungspflicht ist es insbesondere, für den jeweiligen beruflichen Rahmen die bereits erworbene fachliche Kompetenz zu erhalten und neue fachliche Entwicklungen und Erkenntnisse zu vermitteln. Die Fortbildung muss sich daher am Einsatzbereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren. In Frage kommen beispielsweise Fortbildungen und Trainingseinheiten zur Durchführung des Rettungsdienstes, zu Hygienemaßnahmen oder auch zur Dokumentation. Wichtig ist dabei neben der Vermittlung von theoretischem Wissen in Form von Unterrichtssequenzen oder Onlineseminaren auch das Training der praktischen Anwendung. Dies kann in praktischen Fallbeispielen und Übungen oder in aufwendigen Simulationsszenarien erfolgen. Um dies sicherzustellen werden mindestens acht Stunden Praxis vorgeschrieben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass die Fortbildung der Notärztinnen und Notärzte in ihrer eigenen Verantwortung liegt und verweist deklaratorisch auf die Vorgaben der Berufsordnung der Landesärztekammer. Da Notärztinnen und Notärzte und das Rettungsdienstpersonal im Einsatz zusammenwirken, eröffnet dieser Absatz den Leistungsträgern zudem die Möglichkeit, auch eine gemeinsame Fortbildung für ärztliches Personal und Rettungsdienstpersonal anzubieten.

Zu dieser Vorschrift wurde die Landesärztekammer Baden-Württemberg beteiligt.

Zu § 43

§ 43 konkretisiert die besonderen Gründe in § 16 Absatz 1 Satz 3 RDG, von der geforderten Besetzung von Rettungswagen mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter als zur Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten verantwortlichen Person im Ausnahmefall abzuweichen. Da eine weitere Ausbildung der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nicht mehr möglich ist, beschränkt sich die Einsatzmöglichkeit auf Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die bis Ende 2025 ihr aktives Arbeitsleben beenden.

Der Einsatz ist dem örtlich zuständigen Regierungspräsidium durch die Leistungserbringer in der Notfallrettung, für welche die jeweilige Rettungsassistentin oder der jeweilige Rettungsassistent tätig wird, nach Kenntniserlangung in pseudonymisierter Form unter Mitteilung des Geburtsdatums der Rettungsassistentin oder des Rettungsassistenten, des Einsatzzeitraums sowie des letzten Arbeitstages anzugeben. Das Regierungspräsidium kann intervenieren, wenn es die Voraussetzung der Ausnahmeregelung nicht als gegeben erachtet.

Zu § 44

§ 44 trifft Regelungen zu den Kosten des Einsatzes der Notärztinnen und Notärzte.

Zu Absatz 1

Absatz 1 verweist hierfür deklaratorisch auf die „Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Nichtvertragsärzten“.

Zu Absatz 2

Für die Einbeziehung niedergelassener oder freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte fordert Absatz 2 den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung und gibt Hinweise zu deren Inhalt. Die geforderte Vertragsstrafenregelung trägt dabei dem Schutz der Patientinnen und Patienten Rechnung. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass alle Ärztinnen und Ärzte eine entsprechende Dokumentation durchführen, an der Qualitätssicherung mitwirken und die rettungsdienstlichen Regelungen beachten.

Teil 6

Teil 6 regelt die Luftrettung.

## Abschnitt 1

Abschnitt 1 enthält die grundsätzlichen Regelungen.

### Zu § 45

§ 45 regelt die Grundsätze der Luftrettung in Baden-Württemberg.

#### Zu den Absätzen 1 und 2

Grundsätzlich sind die Luftrettungsstandorte im Tagesbetrieb einsatzbereit (Absatz 1). Tagesbetrieb ist die Zeit von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang. Durch Absatz 1 Satz 2 wird die Möglichkeit eröffnet, darüberhinausgehende Betriebszeiten zu bestimmen. Dies kann eine Erweiterung der Betriebszeiten in die sogenannten (Tages-)Randzeiten (das heißt auch in der Dämmerung), wie auch der Betrieb an 24 Stunden pro Tag (ganztägig) sein. Derzeit ist das in Villingen-Schwenningen stationierte Luftrettungsmittel „Christoph 11“ 24 Stunden täglich im Einsatz. Das Land hat zudem festgelegt, dass der in Stuttgart (Pattonville) stationierte „Christoph 51“ das zweite, 24 Stunden im Einsatz befindliche Luftrettungsmittel Baden-Württembergs wird. Das luftfahrtrechtliche Genehmigungsverfahren hierfür muss noch abgeschlossen werden.

Die Luftrettung ergänzt den bodengebundenen Rettungsdienst. Die planerischen Vorgaben für die Verteilung der Luftrettungsstandorte regelt Absatz 2. Die planerischen Einsatzzeiten sind in dieser Verordnung identisch mit jenen festgeschrieben, die Grundlage der Struktur- und Bedarfsanalyse der Luftrettung in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2020 des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) Klinikum der Universität München sind. Jene Eintreffzeiten werden planerisch erreicht, wenn das Luftrettungsmittel von seinem Luftrettungsstandort aus startet. Das Land legt die Standorte der Luftrettungsmittel fest (§ 6 Absatz 8 RDG). Während tagsüber eine Planungsgröße von 20 Minuten gilt, gilt nachts eine Planungsspanne von 30 bis 40 Minuten. Dies ist dadurch sachlich begründet, dass nachts andere Flug- und Sichtbedingungen herrschen, so dass hierdurch eine längere Flugzeit benötigt wird.

Genauso wie bei den Standortfestlegungen trifft das Land als Träger der Luftrettung, § 4 Absatz 1 RDG, auch die Entscheidung, ob ein Luftrettungsmittel mit etwaigen Sonderausstattungen wie einer Rettungswinde ausgestattet ist (Absatz 2 Satz 3). Den Bedarf an sowie die Standorte für die Luftrettungsmittel mit Rettungswinde legt

das Land nach vorheriger Beratung mit den Sonderrettungsdiensten fest. Soweit ein solcher Luftrettungsstandort im Wege der Vergabe ausgeschrieben wird, wird die Rettungswinde in der Leistungsbeschreibung als Ausstattung gefordert werden. Wenn ein Bedarf für die Ausstattung eines Luftrettungsmittels – bei schon bestehender Beauftragung – besteht, so wird das Land die Bedarfsnotwendigkeit mit den in Baden-Württemberg tätigen Sonderrettungsdiensten beraten.

### Zu Absatz 3

Ein Luftrettungsmittel ist nicht nur für die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Klinik, eines Ortes, eines Landkreises oder eines Rettungsdienstbereiches da, sondern ist ein überregionales Rettungsmittel. Der landesweite Bedarf an sowie die Standorte der Luftrettungsmittel werden aufgrund ihrer bereichsübergreifenden, überregionalen Bedeutung durch das Land festgelegt. Die in Absatz 2 genannten Kriterien sind hierbei maßgeblich. Vor der Bekanntgabe von Standortentscheidungen werden die Kostenträger angehört, da diese das System finanzieren. Die Standortfestlegung muss den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit entsprechen.

### Zu den Absätzen 4 bis 6

Mit Absatz 4 wird die Zusammenarbeit mit der Bundeswehr, die als Leistungsträger im Sinne des RDG in Betracht kommt, für den Bereich der Luftrettung geregelt. Absatz 5 grenzt die Luftrettung von Such- und Bergungstätigkeiten ab. Der Luftrettungsdienst unterstützt auch die Sonderrettungsdienste im Bedarfsfall (Absatz 6).

### Zu § 46

§ 46 regelt die Einsatzindikationen der Rettungsmittel der Luftrettung. An der Entstehung der Vorschrift waren die ADAC Luftrettung gGmbH und die DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG beteiligt.

### Zu den Absätzen 1 bis 5

Absatz 1 stellt klar, dass alle in Baden-Württemberg stationierten Luftrettungsmittel für Notfalleinsätze (Primäreinsätze) wie auch Sekundäreinsätze einschließlich der Intensivtransporte eingesetzt werden (Dual-Use). Primär- und Sekundäreinsätze mit Luftrettungsmitteln sind gleichwertige Bestandteile der Notfallrettung.

Die Absätze 2 und 3 regeln die Indikationen für den Einsatz eines Luftrettungsmittels bei Primäreinsätzen.

Absatz 4 regelt, wann ein Luftrettungsmittel bei Sekundäreinsätzen zum Einsatz kommt. Die Regelung verweist neben den medizinischen Gründen, welche die Nutzung erforderlich machen, auch auf die Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg.

Mit Absatz 5 wird die Zusammenarbeit mit dem Search and Rescue-Dienst abgebildet (siehe Begründung zu § 45 Absatz 4).

## Abschnitt 2

Abschnitt 2 enthält die Regelungen zu den Einrichtungen und dem Personal.

### Zu § 47

§ 47 definiert den Begriff der Luftrettungsstation. Es ist der Standort für ein Luftrettungsmittel, von dem aus Einsätze im Rahmen des Luftrettungsdienstes zur Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Sonderrettungsdienste geflogen werden. Die flächendeckende Versorgung von Baden-Württemberg ist Ziel der Planung der Luftrettungsstandorte. Insoweit nimmt Satz 2 Bezug auf die planerischen Grundlagen von § 45 Absatz 2 und 3.

### Zu § 48

§ 48 regelt, welche Luftrettungsstationen und Luftrettungsmittel sowohl aktuell als auch künftig zum Einsatz kommen.

#### Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Standorte der Luftrettungsmittel nach § 6 Absatz 8 RDG örtlich benannt, wie sie aufgrund der Bedarfs- und Strukturanalyse durch das Land Baden-Württemberg festgelegt wurden. Die abschließende Aufzählung enthält demnach nicht nur die bereits bestehenden Standorte, sondern auch jene, die derzeit geplant und vergaberechtlich ausgeschrieben werden.

#### Zu Absatz 2

Aufgrund der geografischen Lage Baden-Württembergs können auch die in anderen Ländern stationierten Luftrettungsmittel (insbesondere aus Rheinland-Pfalz und Bayern) wie auch die des Auslands (insbesondere aus der Schweiz) ergänzend zur Versorgung angefordert werden. Dieser länderübergreifenden Zusammenarbeit trägt Absatz 2 Rechnung. Entsprechende Vereinbarungen bestehen mit der Schweiz, Österreich und Frankreich.

#### Zu § 49

§ 49 regelt die personelle Ausstattung des Luftrettungsdienstes. Bei der Erstellung der Vorschrift wurde Referat 46.2 Luftverkehr, Flugplätze und Flugbetrieb des Regierungspräsidiums Stuttgart beteiligt.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 erwähnt deklaratorisch, dass für die Erbringung der Luftrettung neben den Vorgaben des RDG auch die sonstigen rechtlichen Vorgaben einzuhalten sind. Dies gilt insbesondere für die genannten luftfahrtrechtlichen Vorschriften. Deren Einhaltung wiederum wird von den dafür zuständigen Stellen, beispielsweise der Landesluftfahrtbehörde (angesiedelt beim Regierungspräsidium Stuttgart), sichergestellt. Die Vorgaben des Luftfahrt-Bundesamtes sind von den Luftrettungsunternehmen ebenfalls einzuhalten. Mit der Vereinheitlichung der Formulierung von Satz 1 und 2 ist keine inhaltliche Änderung gegenüber der Vorgängerregelung verbunden.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 legt die Mindestanforderungen für die personelle Besetzung, insbesondere mit medizinischem Personal, fest. Dies entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung für die Besetzung von Intensivtransporthubschraubern. Die geforderte Absolvierung eines von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin zertifizierten Intensivtransportkurses ist eine subjektive Berufswahlregelung nach Art. 12 Absatz 1 GG. Gemäß der vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung vertretenen 3-Stufen-Theorie ist diese Regelung geeignet, erforderlich und angemessen. Sie verfolgt als legitimen Zweck die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität, die Abwehr einer abstrakten Gefahr für das wichtige Gemeinschaftsgut Gesundheit und Leben und ist geeignet dies über den Nachweis des Kurses sicherzustellen. Ein milderer

Eingriff, also auf der ersten Stufe der 3 Stufen-Theorie, ist nicht möglich, da es gerade um die Qualifikation des konkret eingesetzten Personals geht.

## Teil 7

Teil 7 regelt die Grundlagen der Sonderrettungsdienste. Neben Festlegungen zur Einsatzindikation und zur personellen Ausstattung regelt der Teil, wer über den Bedarf an Einrichtungen der Sonderrettungsdienste entscheidet und wie diese kommunikationstechnisch ausgestattet sein müssen.

## Teil 8

Teil 8 regelt die Vorgaben zum Großschadensereignis.

### Abschnitt 1

Abschnitt 1 enthält die Regelungen zur Planung für ein Großschadensereignis. Der Begriff des Großschadensereignisses ist dabei weit auszulegen. Er unterscheidet sich in seinem Inhalt nicht vom bisher verwendeten Begriff des Massenanfalls von Verletzten und Erkrankten (ManV). Der gewählte Begriff dient lediglich der Vereinheitlichung mit der DIN 13050.

#### Zu § 58

§ 58 regelt die Planung für ein Großschadensereignis.

#### Zu den Absätzen 1 bis 3

Diese Planung ist in jedem Rettungsdienstbereich zu leisten und durch die untere Katastrophenschutzbehörde zu koordinieren. Die Norm führt dabei aus, mit welchen Behörden Abstimmungen getroffen werden müssen. Sie enthält außerdem einen deklaratorischen Hinweis auf die bei der Planung zu beachtenden Regelungen und Abkommen. Hinweise für die Durchführung dieser Planungen können darüber hinaus der Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept) entnommen werden.

#### Zu den Absätzen 4 und 5

Absatz 4 regelt die planerischen Pflichten bei Großschadensereignissen in Bezug auf die Organisatorische Leitung Rettungsdienst und die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte. Der Bereichsausschuss muss hierbei – bei den Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzten gemeinsam mit der unteren Katastrophenschutzbehörde – sicherstellen, dass in bedarfsgerechter Anzahl Organisatorische Leitungen Rettungsdienst und Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte vorhanden sind. Darüber hinaus verpflichtet Absatz 5 die Bereichsausschüsse im Vorfeld zu geeigneten Planungen, um die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte zum Einsatzort zu transportieren. Die Leistungsträger werden verpflichtet, den Organisatorischen Leitungen Rettungsdienst hierzu ein Kommandofahrzeug zur Verfügung zu stellen.

#### Zu § 59

§ 59 regelt die Planung der Integrierten Leitstelle für ein Großschadensereignis.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, dass die Integrierte Leitstelle mit dem Bereichsausschuss eine Alarm- und Ausrückeordnung festlegen muss. Die Norm gibt hierzu eine beispielhafte, aber nicht abschließende Aufzählung möglicher Großschadensereignisse vor.

Die Planung ist auf Lagen zu erstrecken, in denen mit der Entstehung eines Großschadensereignisses jederzeit gerechnet werden muss. Wann dies der Fall ist, kann auch von den örtlichen Gegebenheiten abhängig sein.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 zeigt Maßnahmen auf, die getroffen werden können. Hierzu muss generell eine Unterstützung des Rettungsdienstes vor Ort sowohl in quantitativer, aber auch in qualitativer Hinsicht erfolgen. Nummer 4 soll dabei auch die Planung rettungsdienstbereichsübergreifender Hilfen umfassen. Entsprechende Planungen sind mit den Bereichsausschüssen der betroffenen Rettungsdienstbereiche abzustimmen.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt zudem detailliertere Grundsätze für die Alarmierung von Organisatorischer Leitung Rettungsdienst und Leitender Notärztin oder Leitendem Notarzt. Wenn ein Großschadensereignis nach Absatz 1 vorliegt, sind grundsätzlich beide zu alarmieren (Nummer 1).

Darüber hinaus wird unabhängig vom Vorliegen eines Großschadensereignisses in den Nummern 2 und 3 festgelegt, wann ein erhöhter operativ-taktischer beziehungsweise medizinischer Koordinierungsaufwand vor Ort besteht. In diesen Fällen besteht ebenfalls ein Alarmierungserfordernis. Für den Einsatz der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst bedarf es hierfür der Alarmierung von mindestens drei Rettungswagen, für den Einsatz der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte von mindestens drei notärztlich besetzten Rettungsmitteln. Dies soll eine landeseinheitliche Grundlage für den Einsatz sicherstellen.

Im Rahmen eines Großschadensereignisses kommen grundsätzlich sowohl die Organisatorische Leitung Rettungsdienst als auch die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte zum Einsatz. Nur ausnahmsweise kann es auch zur isolierten Alarmierung der beiden besonderen Beteiligten kommen, wenn im konkreten Fall voraussichtlich entweder lediglich ein medizinischer oder lediglich ein operativ-taktischer Koordinierungsbedarf besteht.

Sofern generell keine Notarztindikation besteht, bedarf es in der Regel auch keiner medizinischen Koordination, auch wenn mehrere nicht-notärztlich besetzte Rettungsmittel im Einsatz sind.

Vorstellbar ist auch, dass lediglich ein medizinischer, aber kein operativ-taktischer Koordinierungsaufwand besteht. Ein denkbarer Beispieldfall wäre die spontane Übelkeit einer Vielzahl von Personen. In diesem Fall kann – je nach Fallgestaltung – eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt erforderlich sein, um die Betroffenen zu sichten und zu entscheiden, ob es eines Transportes ins Krankenhaus bedarf. Isolierte Einsätze der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes dürften jedoch insgesamt seltener auftreten.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 weist auf die Unterstützungsmöglichkeit durch die Oberleitstelle Baden-Württemberg hin. Inwieweit die Integrierten Leitstellen diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, bleibt ihnen jedoch selbst überlassen. Sie müssen der Oberleitstelle Baden-Württemberg vorbereitend die für eine Hilfeleistung erforderlichen Daten digital zur

Verfügung stellen. Um diese aktuell zu halten, ist eine quartalsweise Aktualisierung erforderlich, aber auch ausreichend. Es bleibt den Integrierten Leitstellen selbstverständlich unbenommen, bei wesentlichen Änderungen auch Zwischenmeldungen zu machen.

## Abschnitt 2

Abschnitt 2 trifft Regelungen zu den besonderen Beteiligten beim Großschadensereignis. Dies sind die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte (Unterabschnitt 1) und die Organisatorische Leitung Rettungsdienst (Unterabschnitt 2). Zudem werden Regelungen zu deren Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten getroffen (Unterabschnitt 3).

### Zu § 60

§ 60 konkretisiert die Aufgaben der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte. Diese koordinieren die medizinische Versorgung.

### Zu § 61

§ 61 regelt die Bestellung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte. Voraussetzung ist, dass die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte sich während der Dienstzeit zumindest in der Nähe ihres Einsatzbereiches aufhalten (Absatz 3). Denkbar ist hierbei insbesondere eine Bestellung am Ort des Arbeitsplatzes oder am Wohnort.

Die Absätze 2, 4, 5 und 6 regeln die Durchführung der Bestellung. Absatz 4 regelt insbesondere die Verpflichtung der Krankenhaussträger, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit den bei ihnen beschäftigten Notärztinnen und Notärzten den Dienst als Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt zu ermöglichen. Dies ist eine Folge der Verpflichtung aus § 18 RDG, denn auch Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte sind Notärztinnen und Notärzte.

Absatz 7 schließt mit dem deklaratorischen Hinweis auf die Amtshaftung. Diese gilt nur für die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte, denn sie handeln bei Großschadensereignissen als rettungsdienstliche Einsatzleitung und haben ein diesbezügliches Weisungsrecht gegenüber den übrigen anwesenden Notärztinnen und Notärzten sowie dem Rettungsdienstpersonal. Ihre Aufgabe unterscheidet sich

damit wesentlich von den Aufgaben der Notärztinnen und Notärzte im „normalen“ Rettungsdiensteinsatz, denn sie erfüllen eine hoheitliche Aufgabe.

#### Zu § 62

§ 62 enthält die Pflichten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte.

##### Zu Absatz 1

Die Diensteinteilung der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte erfolgt grundsätzlich durch einen Dienstplan. Alternativ kommt die Alarmierung aller Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte ohne verbindliche Einteilung in Betracht, wenn die Verfügbarkeit dadurch ebenso sichergestellt ist. So können die örtlichen Gegebenheiten gut berücksichtigt werden.

##### Zu Absatz 2

Absatz 2 spezifiziert die Verpflichtung, dass die Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte ihre Dienstfähigkeit sicherstellen. Nach dieser Norm ist während der Diensteinteilung als Notärztin oder Notarzt beziehungsweise Telenotärztin oder Telenotarzt ein gleichzeitiger Dienst als Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt ausgeschlossen. Das hat den Hintergrund, dass diese bei Eintreten eines Großschadensereignisses bereits gebunden sind. Eine Schwächung der rettungsdienstlichen Vorhaltung durch den Ausfall eines notärztlich besetzten Rettungsmittels oder einer Telenotärztin oder eines Telenotarztes muss unbedingt vermieden werden.

#### Zu § 63

§ 63 konkretisiert den Begriff der Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte aus § 22 Absatz 2 Satz 2 RDG.

#### Zu § 64

§ 64 konkretisiert die Aufgaben der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst.

Es ist insbesondere ihre Aufgabe, den Bedarf an der Einsatzstelle zu sichten und einzuschätzen sowie den Ablauf an der Einsatzstelle zu organisieren und zu koordinieren. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die örtliche Einteilung, die

Nachforderung weiterer Einsatzmittel sowie das Aufrechterhalten der Verbindung zu den nicht vor Ort befindlichen Kräften wie beispielsweise der Integrierten Leitstelle. Dadurch entlastet sie die Leitende Notärztin oder den Leitenden Notarzt von diesen Aufgaben und ermöglicht ihr oder ihm, sich auf die medizinischen Aufgaben zu konzentrieren. Unabhängig davon ist aber eine enge Abstimmung zwischen der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst und der Leitenden Notärztin oder dem Leitenden Notarzt zwingend erforderlich.

#### Zu § 65

§ 65 regelt die Weiterbildung zur Organisatorischen Leitung Rettungsdienst und die Übertragung der Aufgaben durch den Bereichsausschuss. Die Norm enthält insbesondere Ausführungen zu den erforderlichen Fachkenntnissen, aber auch zur Durchführung der Qualifizierung und ihrem Abschluss. Darüber hinaus ermöglicht sie den zuständigen Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst, außerhalb Baden-Württembergs erworbene Qualifizierungen anzuerkennen, soweit dadurch eine entsprechende Fachkenntnis erworben wurde.

Nach erfolgreicher Prüfung kann die Absolventin oder der Absolvent durch den Bereichsausschuss mit den entsprechenden Aufgaben betraut werden. Darüber hinaus sind Vorgaben zur Fortbildung enthalten.

#### Zu § 66

§ 66 regelt die Unterstützung durch Fachberaterinnen und Fachberater oder Sonderrettungsdienste, die bei entsprechenden Einsatzlagen durch Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte oder Organisatorische Leitungen Rettungsdienst angefordert werden können.

#### Zu § 67

§ 67 regelt die Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Einsatzleitung mit den Führungskräften von Feuerwehr und Katastrophenschutz, wenn Einsätze nach dem Feuerwehrgesetz oder dem Landeskatastrophenschutzgesetz vorliegen. Zu den Einsätzen nach dem Landeskatastrophenschutzgesetz zählt auch die Außergewöhnliche Einsatzlage.

## Teil 9

Teil 9 enthält Regelungen zur Genehmigung von Notfallrettung und Krankentransport.

## Abschnitt 1

Abschnitt 1 enthält die allgemeinen Regelungen.

### Zu § 68

§ 68 weist deklaratorisch noch einmal darauf hin, dass eine Teilnahme als privater Unternehmer an der Notfallrettung nur im Rahmen des Bestandsschutzes oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit einem Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 RDG möglich ist. Satz 2 wiederholt die Regelung von Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstes vom 15. Juli 1998 (GBI. S. 413, 418).

Darüber hinaus stellt die Norm in Absatz 2 klar, dass gesetzliche Leistungsträger und private Unternehmen im Krankentransport gleichgestellt sind. Das gilt sowohl im Hinblick auf das grundsätzliche Bestehen einer Genehmigungspflicht als auch im Hinblick auf die tägliche Arbeit.

### Zu § 69

§ 69 konkretisiert die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen von der Genehmigungspflicht. So sind die Hoheitsträger in der Wahrnehmung eigener Aufgaben und die Stadt- und Landkreise bei der Übernahme als subsidiäre Pflichtaufgabe von der Genehmigungspflicht befreit.

Das gilt auch für den betrieblichen Rettungsdienst, solange lediglich eine Tätigkeit auf dem Betriebsgelände stattfindet und die Patientinnen und Patienten dann auch nicht über öffentliche Straßen transportiert werden müssen.

## Abschnitt 2

Abschnitt 2 enthält die Genehmigungsvoraussetzungen.

### Zu § 70

§ 70 konkretisiert den gesetzlich vorgegebenen Begriff der „Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes“. Diese wird maßgeblich durch die wirtschaftlichen

Verhältnisse des Unternehmens bestimmt. Da der Rettungsdienst sowohl der Daseinsvorsorge als auch der Gefahrenabwehr zu dienen bestimmt ist, liegt es im allgemeinen Interesse, dass die Unternehmen hierfür eine gewisse finanzielle Rücklage nachweisen müssen. Denn sie müssen Gewähr dafür bieten, dass sie die Aufgabe dauerhaft erfüllen können.

Das Erfordernis der genannten finanziellen Rücklage ist zur Verwirklichung dieses Ziels geeignet. Bei der Festlegung von deren Höhe ist zum einen darauf zu achten, dass Spezialfahrzeuge und besondere betriebliche Anlagen erforderlich sind. Andererseits sollen die Voraussetzungen aber auch nicht überspannt werden, um die Hürden für eine Tätigkeit – gerade an deren Anfang – nicht zu hoch zu setzen. § 70 orientiert sich daher an den Werten der Berufszugangsverordnung für den Straßenpersonenverkehr, die entsprechende Werte für den Bereich der Personenbeförderung festlegt. Für den Betrieb eines Krankentransportunternehmens sind daher Rücklagen in mindestens dieser Höhe erforderlich.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält eine Sonderregelung für Kooperationen mit Körperschaften des öffentlichen Rechts und mit Werkrettungsdiensten. Bei Körperschaften des öffentlichen Rechts ist stets davon auszugehen, dass die in Absatz 1 genannten finanziellen Mittel gegeben sind.

Die Verpflichtung zur Vorhaltung von Werkrettungsdiensten besteht vor allem in Unternehmen mit einer großen Anzahl von Beschäftigten. Wenn ein Unternehmen einen eigenen Werkrettungsdienst betreiben kann, ist daher auch hier davon auszugehen, dass die erforderlichen finanziellen Voraussetzungen vorliegen.

## Zu § 71

§ 71 macht Ausführungen zur Prüfung der Zuverlässigkeit der Unternehmerin beziehungsweise des Unternehmers oder der Geschäftsführung.

## Zu Absatz 1

Sowohl im Bereich des Krankentransportes als auch im Bereich der Notfallrettung haben die Unternehmen mit Personen zu tun, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen besonders schutzbedürftig sind. Daher muss sichergestellt werden, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer beziehungsweise die

Geschäftsführung ihrer Verantwortung gerecht werden und die ihnen obliegenden Pflichten gewissenhaft erfüllen. Im Hinblick auf die auf der Seite der Patientinnen und Patienten betroffenen Schutzgüter sind hierbei alle denkbaren Hinweise auszuwerten und in die Betrachtung einzubeziehen. Je nach Situation kann hierbei beispielsweise auch die Anforderung eines erweiterten Führungszeugnisses bei der Unternehmerin oder dem Unternehmer in Frage kommen.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 nennt zusätzliche Anhaltspunkte für die Unzuverlässigkeit. Dies sind neben strafrechtlichen Verurteilungen auch Verstöße gegen das Personenbeförderungsrecht, soweit die Normen im Rahmen des Rettungsdienstes für anwendbar erklärt worden sind.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Genehmigungserleichterung für Kooperationen mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Bereits aufgrund ihrer Stellung als Hoheitsträger haben sie eine besondere Verpflichtung zur Zuverlässigkeit. Eine Zuverlässigkeitsüberprüfung ist daher in aller Regel entbehrlich.

Bei Werkrettungsdiensten ist zu beachten, dass primäre Aufgabe des Unternehmens nicht die Erbringung von Rettungsdienst ist. Dennoch können sie wie andere Leistungsträger an der Notfallrettung teilnehmen und haben in diesem Rahmen Kontakt mit verletzten und erkrankten Personen. Es bedarf demnach auch hier einer verantwortlichen Person. Für die Zuverlässigkeit kann in diesem Fall auch auf eine durch die Unternehmerin oder den Unternehmer oder die Geschäftsleitung benannte Person abgestellt werden, welche die entsprechenden organisatorischen Befugnisse hat.

#### Zu § 72

§ 72 konkretisiert die Voraussetzung der Eignung der Unternehmerinnen und Unternehmer oder der Geschäftsführung. Inhaltlich wird die Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die fachliche Eignung von Krankentransportunternehmern vom 1. Juli 1999 (GBI. 1999, 349), die durch Artikel 121 der Verordnung vom 25. April 2007 (GBI. S. 252, 264) geändert worden ist, aufgehoben, ihre Vorgaben werden aktualisiert und in die neue Verordnung überführt.

Wie bereits in dieser Verordnung wird auch weiterhin zwischen einer medizinisch-fachlichen und einer personenbeförderungsrechtlichen Eignung unterschieden. Medizinisch-fachlich ist zumindest erforderlich, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer beziehungsweise die Geschäftsführung mindestens die Prüfung zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter abgelegt haben, wobei alternativ auch der Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit unter aktiver Teilnahme an der Notfallrettung in Frage kommt. In personenbeförderungstechnischer Hinsicht ist nach den Vorgaben zum Verkehr mit Taxen und Mietwagen eine mindestens dreijährige leitende Tätigkeit in einem entsprechenden Unternehmen erforderlich. Alternativ kann auch eine Prüfung abgelegt werden.

Beide Voraussetzungen sind durch einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses gerechtfertigt.

Die Forderung der personenbeförderungstechnischen Qualifikationen dient der Sicherheit des Verkehrs. Hierzu gehört beispielsweise, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer die Lenk- und Ruhezeitenregelungen kennt, aber auch, dass die Fahrzeuge entsprechend gewartet und in Stand gehalten werden. Sie liegen darüber hinaus auch im öffentlichen Interesse, wie die Kenntnis der sozialversicherungsrechtlichen und steuerrechtlichen Regelungen. Zudem muss sie oder er sich mit der kaufmännischen und finanziellen Führung des Betriebs auskennen. Dies kann zum einen durch den Nachweis einer entsprechenden Schulung erreicht werden. Zum anderen – analog zum Personenbeförderungsrecht – auch durch den Nachweis entsprechender beruflicher Praxis.

Die Regelung ist damit geeignet, um die Unternehmerin oder den Unternehmer mit dem notwendigen Kenntnissen auszustatten. Sie ist aber auch erforderlich. Mildere Mittel sind nicht ersichtlich, zumal die Regelung für den Nachweis auch das Vorliegen entsprechender beruflicher Erfahrungen genügen lässt.

Die Regelung ist auch verhältnismäßig. Sie greift zwar bereits in die Berufswahlfreiheit der Unternehmerin oder des Unternehmers ein. Sie enthält aber nur die Grundkenntnisse, die für die Regelung von Belang sind und auch beim Betrieb eines Taxi- oder Mietwagenunternehmens nachgewiesen werden müssen. Die Beschränkung der Berufsfreiheit dient dem legitimen Zweck, die ordnungsgemäße Durchführung des Betriebes zu gewährleisten, sodass weder die eigenen Mitarbeitenden noch Fremde gefährdet werden.

Die Forderung einer Qualifikation mindestens zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter dient dem Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten. Sie stellt sicher, dass die Unternehmerin oder der Unternehmer zumindest grundlegende medizinische Problematiken erkennen kann, sich seiner Verantwortung für die Patientinnen und Patienten bewusst ist und sein unternehmerisches Handeln daran ausrichtet.

Auch diese Regelung ist geeignet und erforderlich, um den Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Sie ist auch verhältnismäßig, denn das Schutzgut des Lebens und der Gesundheit der Patientinnen und Patienten überwiegt die Berufswahlfreiheit der Unternehmerin und des Unternehmers.

Auch beide Einschränkungen gemeinsam sind verhältnismäßig. Sie sind zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Betriebs von Krankentransport geeignet. Sie sind auch erforderlich und angemessen. Denn Krankentransport und Notfallrettung bedeuten letztlich die Beförderung von Personen, die besonderer medizinischer Pflege bedürfen. Aus diesem Grund sind für den Betrieb dieser Unternehmen zum einen die bewährten personenbeförderungsrechtlichen Voraussetzungen zu verlangen. Zum anderen bedarf es medizinischen Spezialwissens.

Angesichts der hohen Schutzgüter, die auf Seiten der Patientinnen und Patienten, aber auch auf Seiten der übrigen Verkehrsteilnehmenden in Frage stehen, sind sie gerechtfertigt. Denn die Intensität der potenziellen Gefahr überwiegt die Einschränkung der Berufsfreiheit.

## Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält die Möglichkeit für die Kooperationspartner, die fachliche Eignung durch die jeweiligen Leistungsträger zu erbringen. Dies setzt voraus, dass die Leistungsträger und ihre Kooperationspartner vertraglich eine engmaschige Kontrolle und Beratung vereinbaren. Dies und die Durchführung ist gegenüber der Genehmigungsbehörde nachzuweisen.

Die Vorschrift enthält darüber hinaus eine Ausnahmeregelung für bereits bestehende Kooperationsvereinbarungen. Aus der Sicht des Landes bestand zwar schon immer eine Genehmigungspflicht für kooperierende Unternehmen. Da die Rechtslage in der Vergangenheit jedoch Unklarheiten aufwies, können bereits seit Jahren beanstandungslos durchgeführte Kooperationen privilegiert werden.

## Zu § 73

§ 73 erlegt dem Unternehmen die Pflicht auf, nach der Genehmigungserteilung den örtlichen Bereichsausschuss oder die örtlichen Bereichsausschüsse seines Betriebsbereiches über seine Vorhaltung zu informieren und eventuelle Änderungen nach entsprechender Genehmigung der Änderungen mitzuteilen. Diese Regelung verfolgt den Zweck, dass die Vorhaltungen nachrichtlich in den Bereichsplan aufgenommen werden können.

## Teil 10

Teil 10 enthält die ehrenamtlichen Ersthelfersysteme. Sie sind nicht Teil des Rettungsdienstes, arbeiten aber eng mit diesem zusammen.

## Zu § 74

§ 74 regelt die Helfer-vor-Ort-Systeme.

### Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die Integrierte Leitstelle Helfer-vor-Ort-Systeme in geeigneten Fällen alarmiert, sofern im Rettungsdienstbereich solche vorhanden sind. Die Norm nimmt zudem Bezug auf § 23 RDG, der grundsätzliche Regelungen zu den Helfer-vor-Ort-Systemen und eine Verordnungsermächtigung enthält.

### Zu Absatz 2

Absatz 2 macht Vorgaben für die Dokumentation durch die Integrierte Leitstelle.

### Zu Absatz 3

Die in Absatz 3 genannte „Verordnung des Innenministeriums über die Mitwirkung von Helfer-vor-Ort-Systemen in Ergänzung zur Notfallrettung“ enthält detaillierte Regelungen unter anderem zu Organisation, Eignung, Ausbildung und Einsatzkriterien.

## Zu § 75

§ 75 ergänzt die Regelungen des § 24 RDG zu smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern und trifft in Ausführung der Verordnungsermächtigung nach § 24 Absatz 2 RDG Regelungen zu Eignung, Einsatzindikation, Einsatzdisposition, Alarmierung und Dokumentation. Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Vorschrift wurden Erfahrungen der DRK Landesverbände und von Region der Lebensretter e. V. abgefragt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt in Konkretisierung von § 24 Absatz 2 RDG, dass App-Alarmierungssysteme, die in einem Rettungsdienstbereich betriebsbereit verfügbar sind, von der Integrierten Leitstelle alarmiert werden müssen. Betriebsbereit verfügbar ist ein System, wenn gegenüber der Integrierten Leitstelle dargelegt ist, wer Betreiber ist und das System technisch und personell so aufgestellt ist, dass es unmittelbar alarmiert werden kann. Systembetreiber können zum Beispiel Hilfsorganisationen, Stadt- oder Landkreise, Stiftungen oder Vereine sein.

Die Finanzierung einschließlich der Anschlusskosten der Integrierten Leitstelle muss durch die Systembetreiber geklärt sein. § 24 Absatz 1 Satz 2 und 3 RDG stellen ausdrücklich klar, dass smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer ein wichtiger Teil der Rettungskette, jedoch nicht Teil des Rettungsdienstes sind. Ihr Einsatz unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger des Rettungsdienstes. Dementsprechend sind die Kosten für die Beschaffung, die Implementierung und den Betrieb eines App-Alarmierungssystems grundsätzlich keine Kosten des Rettungsdienstes, auch nicht der Integrierten Leitstelle.

Sofern in einem Rettungsdienstbereich mehrere App-Alarmierungssysteme betriebsbereit zur Verfügung stehen, sind diese parallel zu alarmieren. Ziel ist eine rettungsdienstbereichs- und systemübergreifende Alarmierung. Dafür sollen die App-Alarmierungssysteme interoperabel agieren und die Helferinnen und Helfer bei Alarmierungen gegenseitig und übergreifend einbinden. So kann die Hilfe bestmöglich eingesetzt werden und wird nicht durch die einzelnen Systeme auf deren Nutzerinnen und Nutzer und Verbreitungsgebiete begrenzt. Insbesondere wenn mehrere App-Alarmierungssysteme parallel in einem Rettungsdienstbereich alarmiert werden sollen, ist eine Interoperabilität herzustellen.

Die Systembetreiber können vom Land derzeit hierzu zwar nicht direkt verpflichtet werden, da die Systeme kein Teil des Rettungsdienstes sind. Die Interoperabilität soll aber eine Voraussetzung für die Alarmierung über die Integrierte Leitstelle werden.

Auf diesem Wege wird die Kommunikation mit der Leitstelle dahingehend möglich, dass diese die Anzahl der alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer möglichst steuern kann. Damit soll eine Rückkoppelung an die Systeme und die Integrierte Leitstelle zum Beispiel hinsichtlich der Einsatzannahme realisiert werden. Perspektivisch kann so auch eine etwaige Überalarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern vermieden werden.

Die Alarmierung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern ist mit der Alarmierung von Helfer-vor-Ort-Systemen nach § 74 abzustimmen, um eine bedarfsgerechte Alarmierung zu gewährleisten und ein ineinander greifen der Systeme im Sinne der Rettungskette sicherzustellen. Auch dies dient der Vermeidung einer eventuellen Überalarmierung.

## Zu Absatz 2

Absatz 2 legt Eignungskriterien und Mindestqualifikationen für die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer fest. Diese orientieren sich an der sanitätsdienstlichen Ausbildung der Hilfsorganisationen als bereits in der Praxis bewährte Qualifizierung. Darüber hinaus wird die Volljährigkeit als Eignungskriterium gefordert.

Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, die in Gesundheitseinrichtungen wie insbesondere Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung tätig sind, können nach Absatz 2 Satz 2 ebenfalls mitwirken, sofern sie an einem Reanimationstraining teilgenommen haben. Das gilt auch, wenn sie die Reanimation aufgrund ihrer Ausbildung und Tätigkeit erlernt haben und bestenfalls im Rahmen ihrer Tätigkeit regelmäßig trainieren und auffrischen. Dazu gehören insbesondere Personen mit einer Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und Medizinische Fachangestellte.

Im Rettungsdienst aktiv Tätige im Sinne von Absatz 2 Satz 3 sind Notärztinnen und Notärzte, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter oder Rettungshelferinnen und Rettungshelfer.

Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer sollten nach Absatz 2 Satz 4 über die Systembetreiber Zugang zu Angeboten der Nachsorge haben. Bei Bedarf müssen sie rasch und auf einfachem Wege psychosoziale

Unterstützung bei der Verarbeitung ihrer im Einsatz gemachten Erfahrungen erhalten. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, da es sich um ehrenamtliche und zum Teil nicht professionell im Bereich der Notfallversorgung tätige Personen handelt, die immer in lebensbedrohlichen Notfällen zum Einsatz kommen. Eine versicherungsrechtliche Absicherung für die ehrenamtlich tätigen smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer für Fremd- und Eigenschäden an Gesundheit, Körper und für Sachschäden muss gewährleistet sein.

#### Zu Absatz 3

Die Integrierte Leitstelle muss sich die Erfüllung der Vorgaben nach Absatz 2 vor der Einbindung des App-Alarmierungssystems durch den Systembetreiber versichern lassen. Damit soll die Erfüllung der wichtigen Vorgaben auf praktikable Weise sichergestellt werden.

#### Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Vorgaben zur Alarmierung. Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer werden grundsätzlich bei den Einsatzstichworten „Kreislauf-Stillstand“ und „Kreislauf-Stillstand mit Telefonreanimation (T-CPR)“ von der Integrierten Leitstelle alarmiert. Durch das schnelle Einleiten von lebensrettenden Maßnahmen kann das therapiefreie Intervall für die Patientinnen und Patienten gewinnbringend verkürzt werden.

Darüber hinaus können die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer auch beim Einsatzstichwort „Bewusstlosigkeit“ alarmiert werden. Die Alarmierung obliegt der Beurteilung der Integrierten Leitstelle im Einzelfall. Denn auch beim Vorliegen einer Bewusstlosigkeit kann eine lebensbedrohliche Situation vorliegen, in der ein Tätigwerden der Ersthelferinnen und Ersthelfer geboten erscheint.

Eine Alarmierung zu Einsätzen mit erkennbarem Gefährdungspotential hat nach Absatz 4 Satz 4 zu unterbleiben. In Satz 5 werden dafür typische Fallgestaltungen genannt. Eine Alarmierung für rein organisatorische Maßnahmen ist nach Satz 6 nicht zulässig, da dies nicht Aufgabe und Ziel des Einsatzes von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern ist.

#### Zu Absatz 5

Die Dokumentation der genannten Zeiten durch die Integrierte Leitstelle ist möglich, da die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer bei der Übernahme eines Einsatzes als Rettungsmittel im Einsatzleitsystem angelegt werden. Zum Zwecke der Auswertung der Einsätze im Kontext der Qualitätssicherung ist die Einsatzdokumentation unabdingbar. Die Dokumentation von Alarmierungs- und Eintreffzeit macht auch den Zeitvorteil bis zum Eintreffen des professionellen Rettungsdienstes sichtbar.

## Teil 11

Teil 11 enthält die Schlussvorschrift.

## Zu § 76

§ 76 regelt das Inkrafttreten der Verordnung. Zudem regelt er, dass die Verordnung über die fachliche Eignung von Krankentransportunternehmern außer Kraft tritt, da all ihre Regelungen in die vorliegende Rettungsdienstplanverordnung übernommen wurden und sie damit obsolet geworden ist.

## Zu Anlage 1

Anlage 1 enthält die Tabelle der Zuordnung der Einsätze zu den Notfallkategorien sowie die entsprechenden Wertetabellen. Diese sind nach § 4 Absatz 2 maßgeblich. Die Zuordnung erfolgte durch an der Notfallrettung in Baden-Württemberg aktiv beteiligte Notärztinnen und Notärzte aufgrund ihrer notfallmedizinischer Expertise und anhand medizinischer Kriterien.

Die angegebenen Zahlencodes beziehen sich dabei auf die Codeliste der „Minimalen Notfall Dokumentation“ (MIND4.0 mit Verlegungsmodul BW). Aus diesen Daten wird auch der M-NACA ermittelt, der teils für die Zuordnung der Einsätze zu den Notfallkategorien relevant ist. Die Datensatzbeschreibungen und die Kriterien zur Ermittlung des M-NACA können auf der Internetseite der SQR-BW ([www.sqr-bw.de](http://www.sqr-bw.de)) in der Infothek abgerufen werden.

Bei den einzelnen Notfallkategorien sollten möglichst alle Informationen, die für die Zuordnung relevant sein können, erfasst werden. Diese sind nicht zwingend an eine Diagnose geknüpft, sondern können davon unabhängig eine Zuordnung zu einer Kategorie ermöglichen. Daher wurden übergeordnete Kriterien in Form von Befunden und Maßnahmen festgelegt, welche per se und unabhängig von Diagnosen die

Zuordnung eines Einsatzes zu der Notfallkategorie 1 (Eintreffzeit bis 12 Minuten) definieren.

Zu Anlage 2

Anlage 2 enthält die Berechnungsschemata für die Planung der bodengebundenen Notfallrettung. An der Erstellung war im Wesentlichen die SQR-BW beteiligt. Nähere Ausführungen findet sich in der Anlage 2 selbst.

Zu Anlage 3

Anlage 3 enthält die geografische Einteilung des Landes in 35 Rettungsdienstbereiche. Die bisherige Einteilung wird dabei unverändert übernommen.

Zu Anlage 4

Anlage 4 enthält die Qualifikationsvoraussetzungen des Leitstellenpersonals.

Zu Anlage 5

Anlage 5 enthält den landeseinheitlichen Notarztindikationskatalog von Baden-Württemberg.

Die Leitstellendisponentinnen und Leitstellendisponenten hatten bis zu seiner Erarbeitung auf der Grundlage des Indikationskatalogs der Bundesärztekammer (BÄK) für den Notarzteinsatz in der Fassung vom 22. Februar 2013 über die Entsendung einer Notärztin oder eines Notarztes entschieden. Um der Veränderung des Einsatzwertes des Rettungswagens durch die Möglichkeiten zur Ausübung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Rechnung zu tragen, wurden in den letzten Jahren bereits in einigen anderen Ländern abweichende Indikationen für den Notarzteinsatz beschlossen.

Im November 2023 hat die BÄK zwar neue Empfehlungen für einen Indikationskatalog für den Notarzteinsatz herausgegeben. Darin werden Teile der genannten Entwicklungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt. Ausdrücklich unberücksichtigt bleibt jedoch die Möglichkeit zur Ausübung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, da die föderalen Organisationsstrukturen des Rettungsdienstes keine allgemeingültigen

Empfehlungen dazu möglich machen. Aus diesem Grund hat auch Baden-Württemberg nun einen eigenen Notarztindikationskatalog, der die baden-württembergischen Verhältnisse berücksichtigt.

An der Erstellung beteiligt waren unter der Federführung der Ärztlichen Leitung Koordination Baden-Württemberg die SQR-BW, die agswn, die ADAC Luftrettung gGmbH, die DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG, die Kosten- und Leistungsträger, die Interessengemeinschaft Privater Rettungsdienst Baden-Württemberg e. V. sowie die Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Der Notarztindikationskatalog Baden-Württemberg berücksichtigt insbesondere die Möglichkeiten der Vorabdelegation nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes und ist nach § 24 Absatz 3 bei der Disposition zu beachten.

#### Zu Anlage 6

Anlage 6 enthält die Grundsätze für die Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg.

An der Erstellung beteiligt waren die DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG, die ADAC Luftrettung gGmbH, die BWKG, die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die SQR-BW sowie die Kosten- und Leistungsträger.

Mit der Umsetzung der „Struktur- und Bedarfsanalyse der Luftrettung in Baden-Württemberg“ werden künftig alle in Baden-Württemberg stationierten Luftrettungsmittel im sogenannten Dual-Use-Betrieb für Primär- und Sekundäreinsätze einschließlich Intensivtransporte eingesetzt. Die bisherige Unterscheidung zwischen Rettungshubschrauber und Intensivtransporthubschrauber entfällt daher. Daraus folgt, dass künftig alle Luftrettungsmittel auch für den Intensivtransport geeignet sind und die Rettungsdienstplanverordnung Baden-Württemberg (RDPlanVO) einheitliche Regelungen für alle Luftrettungsmittel enthält. Hierdurch ist es nicht mehr erforderlich in die „Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten Baden-Württemberg“ explizite Regelungen zu Intensivtransporthubschraubern aufzunehmen.