

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/6901

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

SQR-BW - Leuschnerstraße 43 - 70176 Stuttgart

Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

Ihr Ansprechpartner
Dr. Joachim Koster

Telefon 0711 2252-2260
Telefax 0711 2252-2276
E-Mail joachim.koster@sqr-bw.de
www.sqr-bw.de

19.08.2026

Anhörung zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes – Stellungnahme der SQR-BW

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns ausdrücklich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zur Neufassung des Gesetzes über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG) im Rahmen der Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen. An der einen oder anderen Stelle haben wir Optimierungsbedarf für die Formulierungen gefunden.

Vorbemerkung

An verschiedenen Stellen des Gesetzesentwurfs finden sich Formulierungen, die der Forderung nach landeseinheitlichen Standards Ausdruck verleihen. Dies steht möglicherweise im Widerspruch zu bisherigen Regelungen und auch zur im Entwurf des Rettungsdienstgesetzes in § 3(1) beschriebenen Ausgestaltung des Rettungsdienstes als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte, die gerade keine Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung darstellt.

Die Verankerung bzw. Hervorhebung von Telenotfallmedizin, die Stärkung der Rolle der Leitstellen mit- samt der differenzierten Abfrage sowie der Zentralen Stelle Rettungsdienst wird ausdrücklich begrüßt, ebenso die Möglichkeiten für eine künftige differenzierte, kategorienbasierte Planung.

Vor dem Hintergrund der noch nicht abgeschlossenen Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene könnte sich ggf. noch weiterer Änderungs- bzw. Harmonisierungsbedarf ergeben, sodass es unter Umständen sinnvoll sein könnte, die Beendigung des dortigen Gesetzgebungsverfahrens abzuwarten.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung zum Gesetzestext:

Zu § 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich Absatz 3

Der Absatz bringt den berechtigten Wunsch zur Vermeidung gesundheitlicher Notfälle und der Fehlbelastung des Rettungsdienstes zum Ausdruck, ohne jedoch zu konkretisieren, welche Maßnahmen dazu dienlich sind, das ausgesprochene Ziel zu erreichen. Welche konkreten Schnittstellen sind in dem Absatz gemeint? Sind das technische Schnittstellen zwischen den Integrierten Leitstellen und den Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen? Warum werden die Schnittstellen nicht zumindest beispielhaft genannt? Wer genau soll mit wem zusammenarbeiten, um Fehlbeanspruchungen des Rettungsdienstes vorzubeugen und insbesondere gesundheitliche Notfälle komplett zu vermeiden? Hierzu gehören beispielsweise auch Maßnahmen zur Gesundheitserziehung der Bevölkerung, die in die Bildungssysteme integriert werden müssen. Hier hat der Rettungsdienst allenfalls einen begrenzten Einfluss. Einen zusätzlichen erheblichen Einfluss auf die genannten Ziele hat die Leistungsfähigkeit der niedergelassenen Versorgung. Wenn diese nicht umfänglich leistungsfähig und verfügbar ist, helfen auch perfekte Schnittstellen nichts, da es dann trotzdem keine Übernahme und hinreichende Versorgung von Patientinnen und Patienten in diese Richtung gibt.

Zu § 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich Absatz 5

Der Begriff Rettungsdienst subsumiert im Regelfall die Teileinheiten Notfallrettung und Krankentransport, wie auch in der DIN 13050 entsprechend definiert ist. Es erschließt sich nicht, den genehmigungsbasierten Krankentransport als außerhalb des Systems zu definieren.

Zu § 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich Absatz 6 Satz 6

Der hier genannte Begriff des Schwerpunkts der Leistungserbringung ist nicht näher definiert und damit der individuellen Auslegung anheimgestellt. Damit wird die an anderer Stelle erwünschte Einheitlichkeit von Regelungen konterkariert. Wie genau definiert sich der Schwerpunkt der Leistungserbringung? Eine Patientenbehandlung wird bei zahlreichen Notfalleinsätzen vor Ort begonnen, aber während des Transports fortgesetzt. Wie genau ermittelt man in solchen Situationen den Schwerpunkt der Leistungserbringung?

Wir empfehlen daher, eine klare Definition zu formulieren. Eine Möglichkeit wäre folgende Festlegung: Sobald die Versorgung an Einsatzstellen geografisch außerhalb von Schleswig-Holstein erfolgt, ist das schleswig-holsteinische Rettungsdienstgesetz für diesen Einsatz nicht mehr maßgeblich – unabhängig vom Transportziel. Eine andere Möglichkeit wäre der Bezug des schleswig-holsteinischen Rettungsdienstgesetzes auf Rettungsmittel, die ihre „Heimatwache“ in Schleswig-Holstein haben – unabhängig vom Einsatzort.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen Absatz 1 Satz 1

Die im ersten Satz verwendete Reduktion der Notfallrettung auf den präklinischen Bereich ist aus unserer Sicht problematisch. Es gibt Situationen, bei denen das rettungsdienstliche Personal auch in Krankenhäusern eine notfallmedizinische Versorgung durchführen muss (z. B. keine akut- oder notfallmedizinische Versorgung in Häusern der Spezialversorgung oder Reha-Kliniken). Entsteht aus der Formulierung „präklinisch“ möglicherweise ein Nachteil durch diese Formulierung in dem Sinn, dass der Rettungsdienst gar nicht berechtigt sei, in Kliniken eine notfallmedizinische Behandlung anzuwenden? Ein mittelbarer Zusammenhang hierzu besteht auch hinsichtlich der Fragestellung, ob Notfall- und bestimmte Intensivverlegungen nicht auch Bestandteil der Notfallrettung sein können/sollen (vgl. hierzu auch Regelung des Absatzes 6 im vorliegenden Entwurf).

Zu § 2 Begriffsbestimmungen Absatz 6 Satz 1

„Behandlungseinrichtung“ ist ein rechtlich unklarer Begriff. Darunter können Arztpraxen, Reha-Kliniken, Tageskliniken und vieles Andere verstanden werden. Das könnte dazu führen, dass ein Notfall in einer Arztpraxis oder in einer Reha-Klinik nicht als Primär-, sondern als Sekundäreinsatz zu zählen ist mit all den sich hieraus ergebenden Konsequenzen, beispielsweise für die Rettungsmitteldisposition, Qualitätssicherung oder die rettungsdienstliche Planung.

In Baden-Württemberg erfolgte daher die bewusste Entscheidung, für die planerische Definition von Sekundärtransporten nur Verlegungen zwischen zwei Krankenhäusern heranzuziehen, die am System der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, weil man nur hier belastbare Hinweise darauf hat, dass diese Häuser über eine notfallmedizinische Expertise und Ausrüstung verfügen. Dies gilt allerdings nicht für die meisten Reha-Kliniken, Arztpraxen oder andere ambulante Einrichtungen. Patientinnen und Patienten, die sich in Einrichtungen befinden, wo dies nicht (sicher) der Fall ist, unterscheiden sich de facto nicht von Patientinnen oder Patienten, die im Primäreinsatz zu Hause oder im öffentlichen Raum versorgt werden, solche Einsätze werden daher in Baden-Württemberg auch konsequent planerisch wie Primäreinsätze behandelt.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen Absatz 7 Satz 1

Warum schreibt man beim Sekundärtransport von Beförderung und reduziert die Begriffsbestimmung des Intensivtransports auf die medizinische Betreuung? Zum Transport gehört die Beförderung mit dazu.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen Absatz 12

Bei enger/wörtlicher Auslegung dieser Begriffe könnte offenbleiben, dass das Abfragesystem auch für Fälle verwendet werden soll, die einerseits nicht über eine Notrufleitung in der Leitstelle ankommen und bei denen es sich andererseits vom "Charakter" nicht um Notrufe/Notfälle handelt, jedoch trotzdem über das Abfragesystem entsprechend bearbeitet oder gesteuert werden sollen.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen Absatz 15

Das Thema Fehlfahrt ist im Rettungsdienst sehr emotional besetzt. Eine allgemeingültige Definition für Fehlfahrten existiert nicht und alleine aus übermittelten rettungsdienstlichen Daten heraus ist es außerordentlich schwierig, Fehlfahrten zu identifizieren. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden darunter Einsätze verstanden, bei denen die Ressource Rettungsdienst überflüssig gewesen ist und die durch andere Versorgungsstrukturen ebenso hätten abgehandelt werden können. Was im vorliegenden Entwurf unter Fehlfahrten beschrieben wird, sind ambulante Behandlungen. Unter den ambulanten Behandlungen gibt es zahlreiche Fälle, bei denen nur durch den Einsatz der notfallmedizinischen Kompetenz eine ambulante Versorgung überhaupt erst möglich ist. Es ist nicht nachvollziehbar, warum generell ambulante Behandlungen mit Fehlfahrten gleichgesetzt werden sollen. Eine Fehlfahrt ist ein im rettungsdienstlichen Sprachgebrauch negativ konnotierter Begriff, der in dem Sinn verwendet wird, dass der Einsatz des Rettungsdienstes nicht erforderlich gewesen wäre. Die hier verwendete Definition umfasst aber zahlreiche Einsätze, bei denen eine qualifizierte notfallmedizinische Versorgung dazu beigetragen hat, dass Patientinnen oder Patienten nicht der stationären Behandlung zugeführt werden mussten, sondern fallabschließend ambulant versorgt werden konnten. Klassische Beispiele hierfür können Hypoglykämien, Blutdruckentgleisungen oder Hyperventilationen sein. Werden solche Einsätze als Fehlfahrten diskreditiert, könnte das in der fachlichen wie in der öffentlichen Wahrnehmung wenigstens ein Unverständnis im Sinne einer Herabwürdigung des Erfolgs der geleisteten Arbeit erzeugen. In der Außendarstellung und im Vergleich mit anderen Bundesländern könnte dadurch in Schleswig-Holstein eine außergewöhnlich hohe Anzahl an Fehlfahrten resultieren, möglicherweise würde hierdurch auch ein falscher Anreiz gesetzt, eine abschließende ambulante Behandlung durch den Rettungsdienst zu vermeiden.

Zu § 3 Aufgabenträgerschaft Absatz 2

An verschiedenen Stellen des vorliegenden Entwurfs kommt der Wunsch nach Landeseinheitlichkeit zum Ausdruck. Unter Kenntnisnahme der Regelungen des § 36: Wäre es denkbar, für die Luftrettung eine durchgängige Trägerstruktur auch unter den aktuellen Gegebenheiten zu etablieren?

Zu § 3 Aufgabenträgerschaft Absatz 4

Möglicherweise wäre es vorteilhaft, die hier dargestellte Bereitstellung gesetzlich oder in der Begründung näher zu definieren.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung Absatz 3

Nach hiesigem Kenntnisstand besteht insbesondere für die Wasserrettung und den Rettungsdienst auf den Inseln und Halligen eine regelmäßige Zusammenarbeit mit der Bundeswehr. Es stellt sich daher die Frage, ob die Einschränkung auf „Organisations- und Kommunikationsstrukturen“ in diesem Zusammenhang nicht zu eng gefasst sein könnte.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung Absatz 5

Hier wird ein sehr großer Spielraum inhaltlicher Art eingeräumt, da keinerlei Vorgaben zu dem Konzept gemacht werden. Sinnvoll wäre allerdings mindestens, eine zeitliche Vorgabe zu machen, bis wann das Konzept fertiggestellt sein soll. Weiterhin wäre zu überlegen, ob es nicht sinnvoller wäre, einen einheitlichen Sonderrettungsmitteltyp zu etablieren, der geeignet ist, Notfall- und Intensivtransporte auch adipöser sowie früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten abzuwickeln, jeweils nachdem diese bei Bedarf durch herkömmliche Rettungsmittel erst-/mitversorgt werden.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung Absatz 6 Satz 2

Wäre die Mitwirkung an Wissenschaft und Forschung nicht ebenso eine Aufgabe, die auf die Zentrale Stelle Rettungsdienst übertragen werden sollte? Wissenschaftliche Arbeiten in der Notfallmedizin sind in der überwiegenden Anzahl retrospektive datengestützte Untersuchungen. In der Zentralen Stelle Rettungsdienst steht hierfür perspektivisch der landesweit umfangreichste Datenbestand zur Verfügung.

Zu § 4 Aufgabenwahrnehmung Absatz 8

Es ist zu überlegen, bei der Speichervorgabe für die Integrierten Leitstellen vor dem Hintergrund der Telegenotfallmedizin und absehbarer europäischer Vorgaben auch die Videodokumentation zu berücksichtigen.

Zu § 5 Aufgabenwahrnehmung Absatz 1

In Baden-Württemberg wurden im Rahmen der Notfallkategorien Konstellationen definiert, bei denen die Einhaltung einer möglichst kurzen Prähospitalzeit medizinisch sinnvoll erscheint. Dies gilt insbesondere auch für zahlreiche Tracerdiagnosen. In Anbetracht der teilweise weiten Distanzen zu geeigneten Zielkliniken wird in Baden-Württemberg der frühzeitige Einsatz der Luftrettung bewusst fokussiert. Die Begrifflichkeit "unerlässlich" des vorliegenden Entwurfs ist für diese Konstellationen jedoch nicht zwingend passend und könnte dazu führen, dass die Luftrettung deutlich restriktiver zum Einsatz kommen könnte. Das dürfte, auch vor dem Hintergrund des Rettungsdienstes und der medizinischen Versorgungsstrukturen auf Inseln und Halligen, nicht unbedingt im Interesse der Patientinnen und Patienten liegen. Wir regen daher an, stattdessen eine Formulierung zu wählen wie beispielsweise: *wenn sie für die Einsatzbewältigung mit medizinischen Vorteilen verbunden ist.*

Zu § 8 Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur Absatz 1

Mutmaßlich soll mit den hier abgefassten Formulierungen die Anforderung an ein Mindestnetz rettungsdienstlicher Infrastruktur formuliert werden. Die Formulierung „regelmäßig innerhalb von höchstens zwölf Minuten nach Alarmierung durch die Integrierte Leitstelle“ legt zunächst nahe, dass jeder Notfall an Straßen planerisch mit einer Eintreffzeit von 12 Minuten nach Alarmierung bedient werden können muss mit einer Erfüllungsquote von 100 %. Im Widerspruch dazu steht in der Begründung zu § 9, dass die Zwölf-Minuten-Marke zukünftig nicht mehr für alle Einsätze gelte. Mutmaßlich ist hiermit die Disposition gemeint. Wenn aber dieser planerische Ansatz gewählt wird, erscheint eine Einsatzkategorisierung (§ 9) überflüssig, da die Kapazität der Rettungsmittel durch diese planerische Vorgabe ausreichen muss, um alle Einsätze mit dieser Dringlichkeit bedienen zu können. In Verbindung mit den Regelungen im § 9 zu rettungsdienstlichen Einsatzkategorien sowie in Ermangelung einer Definition, was „regelmäßig innerhalb von höchstens zwölf Minuten“ beispielsweise hinsichtlich eines Erreichungsgrads bedeuten soll, stellt sich jedoch die Frage, für welche rettungsdienstlichen Einsätze dann tatsächlich welche Planungs-

und Interventionsvorgaben gelten sollen. Die Begründung zu § 9 ist in der vorliegenden Fassung möglicherweise im Widerspruch zu den Regularien des § 8 und dessen Begründung. Alle vier Fundstellen zu diesem Thema (also § 8 mit Begründung und § 9 mit Begründung) sollten im Wortlaut genauer aufeinander abgestimmt werden.

Zu § 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien Absatz 2

Die Regularien in diesem Absatz lassen offen, ob die beabsichtigten Einsatzkategorien zur Planung, zur Disposition oder für beides dienen sollen. Die Einsatzkategorien als reines Dispositionsinstrument zu nutzen und von der Planung vollständig zu entkoppeln, erscheint nicht konsequent. Wenn bestimmte Konstellationen zukünftig nicht mehr der Zwölf-Minuten-Frist unterliegen sollen, dann muss für diese Einsätze auch planerisch kein Rettungsmittel einkalkuliert werden, welches theoretisch in der Lage wäre, die Zwölf-Minuten-Frist einzuhalten. Genau dies gibt aber § 8 in der aktuellen Formulierung vor („regelmäßig innerhalb von höchstens zwölf Minuten“).

Wenn das „standardisierte Notrufabfrageprotokoll“ die Hilfeersuchen kategorisieren soll und diese Kategorien den im ersten Satz des Absatzes genannten Einsatzkategorien entsprechen sollen, dann dürften das sehr kleinteilige Kategorisierungen werden, die wiederum für die Planung mutmaßlich zu kleinteilig würden.

Zu § 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien Absatz 2 und 3

Absatz 3 formuliert die Anforderung an die Träger des Rettungsdienstes, Notfallkategorien zu erstellen, ohne deren Ausgestaltung und Ziel in irgendeiner Form anzudeuten. Auch die Begründung zu § 9 schafft hier keine Klarheit. Die Begründung legt nahe, dass die Reaktionszeit auch die in der Leitstelle erforderliche Anrufannahmezeit und Gesprächszeit beinhaltet, damit beginnt die Reaktionszeit mit dem Notrufeingang in der Leitstelle. Dies steht aber im Widerspruch mit der planerischen Vorgabe, die erst mit der Alarmierung des Rettungsmittels beginnt. Wenn die planerische Vorgabe nur die Zeit ab Alarmierung, also die Ausrück- und Fahrzeit der Rettungsmittel berücksichtigt, andererseits aber Einsatzkategorien vergeben werden, bei denen die Zwölf-Minuten-Frist bereits mit dem Notrufeingang in der Leitstelle beginnt, kann diese Einsatzkategorie – sofern diese den Anspruch verfolgt, der tatsächlichen Reaktionszeit für die Patientin oder den Patienten zu entsprechen, gar nicht verwirklicht werden.

Unklar ist ebenfalls, anhand welcher Kriterien mögliche Vor-Ort- und Transportzeiten festgemacht werden sollen. Die Vor-Ort-Zeiten sind nach unserer Erfahrung sehr unterschiedlich, je nachdem ob ein RTW alleine oder zusätzlich ein notarztbesetztes Rettungsmittel oder weitere Fachdienste (z. B. Wasserrettung, Feuerwehr, ...) an der Versorgung beteiligt sind sowie vom zu behandelnden Krankheits- oder Verletzungsbild. Die Transportzeiten variieren mit dem Einsatzort, den dort zur Verfügung stehenden Krankenhäusern und ebenfalls vom zu behandelnden Krankheits- oder Verletzungsbild ganz erheblich. Unklar bleibt weiterhin, ob die Einsatzkategorien anhand medizinischer oder einsatztaktischer Kriterien definiert werden sollen.

Es wäre daher klarer, hier feste Zielvorgaben zu den einzelnen Einsatzkategorien vorzugeben.

Zu § 13 Rettungsmittel Absatz 1

Es ist zu überlegen, ob bei den jeweiligen Vorgaben tatsächlich die konkrete Normausgabe oder nur die Norm aufgeführt werden sollte.

Zu § 13 Rettungsmittel Absatz 1 Unterabsatz 4

Bei der Anforderung für den Akut-KTW erschließt sich nicht, warum hier tatsächlich Krankenkraftwagen Typ C eingesetzt werden sollen, da die vorgesehene Besetzung aus (zusatzqualifizierten) Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern besteht.

Zu § 13 Rettungsmittel Absatz 1 Unterabsatz 5

Während sich Einsatzzweck und der mögliche Zusatznutzen von AEF erschließen, ist dies umgekehrt bei REF nicht der Fall. Vor dem Hintergrund eines weiterhin bestehenden Fachkräftemangels bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ist zu berücksichtigen, dass diese entweder auf einem REF oder auf einem RTW, aber nicht gleichzeitig Dienst versehen können. In der Konsequenz kann das dazu führen, dass für bestimmte Einsätze die Reaktionszeiten durch REF verkürzt werden, aber die Versorgungs- und Transportzeiten durch einen Mangel an (besetzten) RTW deutlich verlängert werden. Versorgungszeiten könnten auch deshalb ansteigen, weil für verschiedene Interventionen mehrere Fachkräfte erforderlich sein können und daher während der Zeit der alleinigen Tätigkeit des REF nicht oder nur mit Verzögerung durchgeführt werden können. Unter Berücksichtigung der auch in Schleswig-Holstein teils weiten Transportentfernungen zu geeigneten Zielkliniken scheint es wesentlich zielführender zu sein, die knappe Ressource der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auf RTW einzusetzen die dann im Team mit Rettungssanitätern in einer gesicherten und geschützten Umgebung (RTW) neben der Versorgung auch den Transport übernehmen können. Vergleiche der Fahrzeiten von notarztbesetzten Rettungsmitteln mit RTW (s. Qualitätsberichte der SQR-BW) zeigen, dass bei NEF kaum kürzere Fahrzeiten vorzufinden sind als bei RTW - NEF wiederum sind hinsichtlich der Fahrzeugdimensionen vergleichbar mit den derzeit anzutreffenden REF bzw. AEF. Deutlich kürzere Reaktionszeiten könnten daher durch REF nur mit einem sehr dichten Verfügbarkeits-Netz erzielt werden. Es dürfen Zweifel geäußert werden, ob hierfür ausreichend Personal rekrutiert werden kann, ohne negative Auswirkung auf die Besetzung anderer Rettungsmittel.

Es ist nicht geregelt, wer die landeseinheitliche und für die Aufgabenerfüllung erforderliche Ausstattung definieren soll.

Zu § 13 Rettungsmittel Absatz 3

Es ist zu überlegen, ob bei den jeweiligen Vorgaben tatsächlich die konkrete Normausgabe oder nur die Norm aufgeführt werden sollte. Dies gilt hier insbesondere, weil ggf. zwischenzeitlich Medizin und Technik seit der letzten Normüberarbeitung Fortschritte aufzeigen, diese sind aber durch die Festlegung auf eine Normausgabe bis zu einer weiteren Überarbeitung des Rettungsdienstgesetzes nicht zu berücksichtigen.

Zu § 13 Rettungsmittel Absatz 4

Es ist nicht nachvollziehbar, warum für alle Rettungsmittel ein Bezug zur Normung hergestellt wird, für den RTH jedoch nicht (DIN EN 13718-2).

§ 14 Besetzung der Rettungsmittel Absatz 10

In diesem Absatz wird auf § 23 Rettungsdienstgesetz verwiesen, dieser Bezug ist offensichtlich fehlerhaft. Vermutlich ist § 22 gemeint, der § 23 Rettungsdienstgesetz behandelt das Thema Leitstellen und nicht Fortbildungen. Im § 22 wird allerdings nicht ausdrücklich auf Fortbildungen für den Einsatz auf Sonderrettungsmitteln eingegangen. Insbesondere für Rettungsmittel, die zum Transport von früh- und reifgeborenen Patientinnen und Patienten ausgestattet sind, wäre eine Spezifizierung der erforderlichen Qualifikation sinnvoll.

§ 16 Notarztindikationskatalog Absatz 2

Im Absatz 2 wird die Anforderung einer Risikoadjustierung an einen Notarzte Katalog gestellt. Unter Risikoadjustierung versteht man die statistische Berücksichtigung patientenbezogener Risikofaktoren, um Leistungsvergleiche zwischen unterschiedlichen medizinischen Versorgern, die jeweils unterschiedliche Patientenspektren behandeln, fair und valide zu gestalten. Das unterschiedliche Patientenkontingent wird dabei rechnerisch so angepasst, dass Unterschiede in Alter, Vorerkrankungen oder Krankheitsschwere das Ergebnis nicht verzerren. Eine solche Adjustierung kann nicht auf einen Notarzte Katalog angewandt werden. Insofern schlagen wir vor, risikoadjustiert durch einen passenden Begriff zu ersetzen.

§ 17 Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung

Der Paragraph umschreibt die Komponenten und Zwecke einer telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung. Es wird aber nirgends geregelt, ob das System in Schleswig-Holstein verpflichtend zum Einsatz kommen soll und ab wann.

§ 18 Experimentierklausel Absatz 5

Abschnitt 5 beschreibt die Möglichkeit, ein Versorgungskonzept dauerhaft in die reguläre Versorgung zu integrieren, wenn es sich im Rahmen der Experimentierklausel bewährt hat. Nicht geregelt ist, wer diese Entscheidung trifft. Kann dies beispielsweise jeder Träger für sich entscheiden, auch anhand von Erkenntnissen, die gar nicht im eigenen Zuständigkeitsbereich gewonnen wurden?

§ 19 Krankentransporte außerhalb des Rettungsdienstes

Siehe hierzu auch zu § 1 Ziel und Aufgabenbeschreibung, Geltungsbereich Absatz 5. Unklar ist, was genau unter dem Begriff „Bezirk“ in Absatz 1 Satz 3 zu verstehen ist.

§ 20 Leitung Medizinische Versorgung

Die Etablierung der Leitung Medizinische Versorgung könnte einen Eingriff in die Trägerhoheit hinsichtlich der Organisationsstruktur darstellen.

§ 20 Leitung Medizinische Versorgung Absatz 2 Unterabsatz 1

Was genau ist mit „kontinuierlicher Einsatzbegleitung“ gemeint? Eine tatsächlich physische Anwesenheit/Supervision bei Notfalleinsätzen (falls ja: nach welchen Kriterien sind diese auszuwählen)? Oder ist darunter vielmehr eine retrospektive Analyse von rettungsdienstlichen Einsätzen anhand der Dokumentation zu verstehen? Auch hierzu wäre eine Konkretisierung – beispielsweise zum Umfang – hilfreich. Da hierfür die Einsicht in personenbezogene Daten erforderlich ist, wären schon aus datenschutzrechtlicher Sicht detailliertere Festlegungen sinnvoll.

§ 20 Leitung Medizinische Versorgung Absatz 2 Unterabsatz 2

Sofern tatsächlich pro Träger des Rettungsdienstes je eine Leitung Medizinische Versorgung einzurichten ist: Wie wird sichergestellt, dass die medizinischen Standardarbeitsanweisungen gemäß § 21 Absatz 2 für Schleswig-Holstein harmonisiert und landesweit einheitlich definiert werden?

§ 20 Leitung Medizinische Versorgung Absatz 3 Satz 2

Es werden hier Vorgaben zur Qualifikation und zum Erwerb fachspezifischer Kenntnisse gemacht, die sich ausschließlich auf die Teilaufgabe zum Qualitätsmanagement beziehen. Bezüglich der weiteren (und umfassenderen) Aufgaben wird nur die Voraussetzung einer mehrjährigen Einsatzerfahrung geregelt. Diese ist theoretisch erreicht, sobald die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter eine zweijährige Berufserfahrung hat. Dies scheint in Anbetracht der vorgesehenen Aufgaben nicht angemessen zu sein.

§ 22 Fortbildung

An mehreren Stellen wird die Möglichkeit von Online-Fortbildungen gefordert. Es wäre sinnvoll, den Anteil näher zu definieren, den Online-Fortbildungen am gesamten Fortbildungsumfang maximal einnehmen dürfen.

§ 22 Fortbildung Absatz 3 Satz 4

Bei den besonderen Aufgaben, für die spezielle Fortbildungen absolviert werden müssen, fehlen die Einsätze auf Spezialrettungsmitteln, insbesondere für Früh- und Reifgeborene.

§ 23 Integrierte Leitstelle Absatz 5

Wer definiert wann die landesweit einheitlichen Reaktions- und Erstbearbeitungszeiten?

Nach unserer Erfahrung macht eine gesetzliche Vorgabe für eine für jeden Einsatz (beispielsweise mit bzw. ohne initialer Sondersignalnutzung) gleiche Erstbearbeitungszeit kaum Sinn. Diese ist nicht nur vom Personal in der Leitstelle, sondern auch von der Verfügbarkeit passender Rettungsmittel abhängig und damit nicht alleine durch die Leitstelle beeinflussbar.

Eine Regelung, in welchen zeitlichen Abständen die personelle Besetzung der Leitstellen geprüft und ggf. angepasst werden muss, wäre ebenfalls sinnvoll.

§ 23 Integrierte Leitstelle Absatz 11

Für die Tätigkeit in der Koordinierungsstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte fehlen aufgabenbezogene Anforderungen an Qualifikation, Fortbildung und Erfahrung/Regelmäßigkeit.

§ 25 Qualitätsmanagement Satz 4

Angesprochen sind hier Daten zu Ergebnissen der rettungsdienstlichen Wirksamkeit, also sind insbesondere endgültige Diagnosen, Überleben, Verläufe etc. gemeint. Wie genau und wann sollen diese im Falle des Transportes in eine Behandlungseinrichtung dort erhobenen Daten dokumentiert werden und durch wen? Zum Zeitpunkt der Übergabe der Patientin bzw. des Patienten durch den Rettungsdienst in die Behandlungseinrichtung stehen dort die angesprochenen Daten noch nicht zur Verfügung, diese müssen also retrospektiv ermittelt oder übertragen werden. Sofern hier kein strukturierter und automatisierter Prozess definiert ist, wird diese Forderung nach Einbezug der Daten kaum umzusetzen sein.

§ 26 Zentrale Stelle Rettungsdienst

Aus unserer Sicht wäre es hilfreich für die Erfüllung der Aufgaben der Zentralen Stelle Rettungsdienst, wenn diese auf den Datensatz des Behandlungskapazitätenachweises zurückgreifen kann.

Im Satz 1 wird die landeseinheitliche Auswertung der Daten gemäß § 25 angesprochen. Im § 25 Rettungsdienstgesetz sind die für eine landesweite Qualitätssicherung erforderlichen Daten allerdings nicht beschrieben, der Verweis auf § 25 führt damit ins Leere. Sinnvoll wäre es, an dieser Stelle die Art der zu liefernden Daten (mindestens: einheitlicher Leitstellendatensatz für Integrierte Leitstellen, Minimaler Notfalldatensatz [MIND] für Rettungswachen und Notarztstandorte) zu nennen und eine entsprechende Verpflichtung zur Datenlieferung des vorgesehenen Datenstandards für die Beteiligten auszusprechen. Zudem wäre hier ein Weg für die Datenübermittlung zu definieren, als insbesondere auch eine Häufigkeit der Datenübermittlung sowie eine Frist, bis wann die Daten jeweils zu übermitteln sind.

§ 27 Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem Absatz 1 Satz 1

Im Satz 1 findet sich ein Schreibfehler: „tegrierte“ statt „Integrierte“

§ 27 Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem Absatz 3

Hier wäre die Nennung eines verbindlichen Zeithorizonts für die Umsetzung sinnvoll.

§ 27 Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem Absatz 5

Die Einbindung von Ersthelfersystemen erfolgt üblicherweise anhand eines AAO-auslösenden Elements innerhalb des Einsatzleitsystems. Dieses wird möglicherweise durch ein Ergebnis aus dem Notrufabfrageprotokoll "angesprochen" bzw. zugeordnet, entstammt jedoch selbst nicht zwingend dem Abfrageprotokoll.

§ 27 Digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem Absatz 6

Die Formulierung des Absatzes legt nahe, dass die Kosten für den personellen Einsatz (z. B. Verdienstausfall bei Einsätzen während der Arbeitszeit) offensichtlich ebenfalls nicht Kosten des Rettungsdienstes sein sollen. In dem Fall sollte dies auch entsprechend definiert werden.

§ 30 Werksrettungsdienst Satz 1

Gemeint ist mit der Formulierung vermutlich, dass die bedarfsgerechte Vorhaltung des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes durch diese Einrichtung (für die dann ein Werksrettungsdienst erforderlich wird) deutlich höher wird. Das wird aber durch diesen Satz nicht korrekt zum Ausdruck gebracht, weil sich in dem Satz der erhöhte Bedarf nur auf die Einrichtung, nicht jedoch auf den öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst bezieht.

§ 32 Ordnungswidrigkeiten

Im Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg wurde auch die Nichtteilnahme an der Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Ordnungswidrigkeit geregelt. Wir regen an, dies ebenso in das Rettungsdienstgesetz Schleswig-Holstein aufzunehmen.

§ 33 Verordnungsermächtigung Absatz 6 Satz 1

Im Satz 1 findet sich ein Schreibfehler: „zuständige“ statt „zuständigen“

§ 33 Verordnungsermächtigung Absatz 6 Satz 1

Im Satz 1 findet sich ein Schreibfehler: „den Umgang“ statt „zum Umgang“

§ 33 Verordnungsermächtigung Absatz 9 Satz 1

Im Satz 1 findet sich ein Schreibfehler: „Aspekte“ statt „Aspekten“

Anmerkungen zum Abschnitt Begründung**Begründung zu § 4 Seite 49 Satz 4**

Im Satz 4 findet sich ein Schreibfehler: „Durch vorausschauende Planung und dessen Beübung werden sich zusätzliche Bedarfe an Personal an Material ableiten lassen“ statt „Durch vorausschauende Planung und dessen Beübung werden sich zusätzliche Bedarfe an Personal und Material ableiten lassen“

Begründung zu § 14 Seite 57 Ausführungen zu Absatz 1

Hier wird formuliert: „Ausnahmsweise können Rettungssanitäterinnen mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, die für diesen Einsatz fortgebildet und auf das Fahrzeug eingewiesen sind anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters, eingesetzt werden.“

Diese Formulierung ist widersprüchlich zu § 14 Absatz 1, da dort nicht verdeutlicht wird, dass es sich bei der Besetzung mit einem Rettungssanitäter bzw. einer Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung um eine Ausnahmesituation handeln soll.

Begründung zu § 14 Seite 57 Ausführungen zu Absatz 2

Hier wird ausgeführt: „Dabei ist klarzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Ausbildung grundsätzlich vorrangig als Auszubildende eingesetzt werden und nicht regelhaft als zweite Einsatzkraft fest eingeplant werden, um dem Ausbildungscharakter und dem pädagogischen Auftrag der praktischen Lehrrettungswachen gerecht zu werden.“

Auch hier wäre es durchaus sinnvoll, im korrespondierenden Gesetzesabschnitt die Funktion eines Auszubildenden im Sinne einer zweiten Einsatzkraft als Ausnahmesituation zu charakterisieren.

Begründung zu § 14 Seite 57 Ausführungen zu Absatz 3

Hier wird ausgeführt: „Eine der beiden Personen muss einsatzerfahren sein, die zweite kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender gemäß Absatz 2 sein.“

Der Gesetzestext macht keinerlei Einschränkungen, dass für den Einsatz eines Auszubildenden oder einer Auszubildenden als zweite Kraft bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen sind, sondern erlaubt dies als Regelfall.

Begründung zu § 14 Seite 30 Ausführungen zu Absatz 1

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

Die Ausführungen im § 14 sind für diese Schlussfolgerung nicht ausreichend konkret: Eine Videoübertragung beispielsweise kann in einem Rettungsdienstbereich durch Ausstattung des Rettungsdienstes mit Smartphones gewährleistet werden, in einem anderen Rettungsdienstbereich wird vielleicht die Ausstattung mit Bodycams darunter verstanden und einem dritten Bereich versteht man darunter die feste Installation von Kameras in den RTW. Will man wirklich, dass überall das Gleiche verstanden wird, muss eine entsprechende Definition im Detail erfolgen.

Begründung zu § 25 Seite 69

Der erste Satz auf der Seite lautet: „§ 25 sieht die verbindliche Einführung eines landeseinheitlichen Qualitätsmanagementsystems vor und geht damit über die bislang bestehende bloße Verpflichtung zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus.“

Es erschließt sich uns nicht, wo im Gesetz eine landeseinheitliche Regelung formuliert sein soll. Einheitlich geregelt ist lediglich, dass das QM auf den durch die Zentrale Stelle Rettungsdienst erarbeiteten Qualitätsindikatoren basieren muss. Die Ausgestaltung der Systeme wird im Gesetz nicht konkretisiert und kann damit gar nicht einheitlich gestaltet werden.

Begründung zu § 25 Seite 69

Im letzten Abschnitt findet sich folgende Formulierung: „Einzubeziehen sind im Falle des Transportes in eine Behandlungseinrichtung auch die dort erhobenen Daten soweit diese unmittelbar der Analyse der Wirksamkeit der rettungsdienstlichen Maßnahmen dienen. Dies sind insbesondere die abschließend in der Behandlungseinrichtung festgestellte, vorläufige oder endgültige Diagnose, die unmittelbar an die rettungsdienstliche Versorgung anknüpfenden Versorgungsschritte, Informationen darüber, in welchem Umfang rettungsdienstliche Maßnahmen die Diagnostik und den Behandlungsverlauf beeinflusst haben, Informationen über die Dauer des Aufenthaltes in der Behandlungseinrichtung und ggf. Anschlusseinrichtungen, medizinische Prognosen in Bezug auf die abschließend festgestellte, vorläufige oder endgültige Diagnose und im Zusammenhang mit den zuvor durchgeführten rettungsdienstlichen Maßnahmen sowie die Entlassung oder das Versterben der Patientin oder des Patienten und die in diesem Zusammenhang festgestellt Todesursache.“

Wie bereits zu § 25 ausgeführt, ist nirgends geregelt, wer auf welche Art und Weise diese Daten erheben und/oder übermitteln soll. Insbesondere unter Berücksichtigung der Ausführungen in der Begründung zu § 24 Absatz 4 (Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO können auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen den Beteiligten nicht verarbeitet werden (Artikel 9 Absatz 2 DSGVO)) sind auch die datenschutzrechtlichen Grundlagen hierfür gar nicht vorhanden.

Begründung zu § 26 Seite 69

Der erste Satz lautet: „Absatz 1 weist die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung an, eine Zentrale Stelle Rettungsdienst im Rahmen des Qualitätsmanagement mit der landeseinheitlichen Auswertung der Daten nach § 25 Absatz 2 sowie...“

Zunächst gibt es den Schreibfehler „Qualitätsmanagement“ statt „Qualitätsmanagements“.

Weiterhin wird ein fehlerhafter Bezug beschrieben, da der § 25 gar keinen Absatz 2 beinhaltet.

Begründung zu § 26 Seite 70

Im zweiten Absatz wird formuliert: „Die Zentrale Stelle Rettungsdienst kann insoweit auch eine Rolle als zentraler Ansprechpartner für die Erlangung von Daten des Rettungswesen im Rahmen von wissenschaftlichen sowie Forschungsarbeiten für Hochschulen, Institute und andere Organisationen übernehmen, die sich wissenschaftlich mit dem Rettungswesen auseinandersetzen.“

Zunächst gibt es den Schreibfehler „Rettungswesen“ statt „Rettungswesens“.

Weiterhin regen wir Folgendes an: Sofern die Zentrale Stelle Rettungsdienst an die genannten Institutionen (personenbezogene) Daten für wissenschaftliche Zwecke liefern soll, sollte bereits im Gesetz die datenschutzrechtliche Grundlage dafür geschaffen werden.

Im vierten Absatz findet sich die Formulierung: „Die Ableitung von Konsequenzen obliegt dem jeweiligen Träger des Rettungsdienstes oder der Luftrettung.“

Aus unserer Sicht birgt dies die Gefahr, dass damit das Thema Qualitätssicherung komplett unverbindlich wird. Es sind keine Regelungen getroffen für den Fall, dass einzelne Träger wiederholt schlechte Ergebnisse vorzuweisen haben und keine Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität unternehmen. Dies wird unterstrichen durch die im Folgenden getätigte Ausführung, dass der Einblick in Auswertungsergebnisse durch Kostenträger oder das Ministerium nur mit Einverständnis des Trägers des Rettungsdienstes gewährt werden darf.

Begründung zu § 27 Seite 71

Im ersten Abschnitt ist formuliert: „Ein digitales Ersthelferinnen- und Ersthelfersystem ist ein System zur Einbindung der Zivilbevölkerung in die Notfallversorgung zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls, ...“

Die Zivilbevölkerung ist laut Duden der nicht den Streitkräften angehörende Teil der Bevölkerung. Mutmaßlich ist hier nicht diese Abgrenzung gemeint, sondern eher die Einbindung von Ersthelfenden außerhalb des diensthabenden Regelrettungsdienstes.

Begründung zu § 27 Seite 71 zu Absatz 2

Im ersten Satz gibt es zwei Schreibfehler: „mittels eines landeseinheitlichem, digitalem“ statt „mittels eines landeseinheitlichen, digitalen“.

Begründung zu § 27 Seite 72

Im ersten Satz auf dieser Seite ist das Wort „von“ doppelt.

Begründung zu § 27 Seite 72 zweiter Absatz

Es findet sich die Formulierung: „Einzelheiten über die Eignung von Ersthelferinnen und Ersthelfern sowie zur Einsatzindikation (entsprechend der Einsatzkategorien nach § 9), Einsatzdisposition und Alarmierung sowie zur Dokumentation werden nach Absatz 4 landeseinheitlich festgelegt.“

Hier ist der Verweis fehlerhaft: Die Einzelheiten werden in Absatz 5 und nicht in Absatz 4 festgelegt.

Für etwaige Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Dr. Joachim Koster
Leiter der SQR-BW