

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz – SRHDG)

Drucksache 20/4419

Sehr geehrte Frau Katja Rathje-Hoffmann,
vielen Dank für die Möglichkeit als Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD) schriftliche Anmerkungen zum SHRDG machen zu dürfen und unsere Änderungsvorschläge einbringen zu dürfen.

Wir nehmen den Gesetzesentwurf als einen modernen und lösungsorientierten Schritt wahr, der aus unserer Sicht in vielen Aspekten richtige, überfällige und zukunftsweisende Regelungen enthält.

Insbesondere die Stärkung der eigenverantwortlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ist ein zentraler Baustein zur Konsolidierung der Systeme. Die hier getroffenen Regelungen entsprechen den bundesgesetzgeberischen Regelungen weitgehend und sind richtig und zukunftsweisend.

Die Ermöglichung einer gestaffelten Hilfsfrist ist ausdrücklich richtig und wird den unterschiedlichen Dringlichkeiten der Hilfeersuchen gerecht.

Nachfolgend nehmen wir tabellarisch Stellung zum SHRDG und schildern unsere Änderungsvorschläge:

Gesetzesentwurf	Begründung	Änderungsvorschlag	Änderungsbegründung
	Abschnitt D Kosten und Verwaltungsaufwand 1. Kosten Leistungen des Rettungsdienstes werden dem Grunde nach über die Krankenkassen der Patientinnen und Patienten abgerechnet, sodass der Landeshaushalt nicht betroffen ist. Etwaige Subsidiaritätsansprüche werden aus dem EP 09 gedeckt und keine Landesmittel aus dem Gesamthaushalt zur Verfügung gestellt. Die durch dieses Gesetz entstehenden Mehrkosten im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten stehen dem gewichtigen Nutzen einer gleichwertigen und gleichartigen Patientinnen- und Patientenversorgung im gesamten Bundesland gegenüber und ermöglichen		Es erscheint für uns als DBRD nachvollziehbar, dass hier der Landesgesetzgeber eine Belastung des Landeshaushaltes ablehnt. Aufgrund des GKV- Beitragsstabilisierungsgesetzes sind aus unserer Sicht allerdings ggf. erhebliche Kostenunterdeckungen für die kommunalen Rettungsdienstträger zu befürchten, die dann letztendlich die Unterdeckung aufgrund der Kostendeckelung auffangen müssen. Dies ist geeignet, in erheblichem Maße den Rettungsdienst insgesamt und auch die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden zu verschlechtern. Insgesamt sprechen wir uns dafür aus, Wege zur Kostenreduktion zu suchen, die zugleich einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst erhalten. Dabei sind beispielsweise Kosten für ÄLRD, verpflichtende Reduktion unnötiger Einsätze durch Leitstellen, konsequentes Verweisen sektorenfremder Leistungen in die richtigen Sektoren Ansatzpunkte zur Konsolidierung.

	eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Notfallrettung. [...]		
§ 1 SHRDG 1. die Umsetzung und Überprüfung eines landeseinheitlich geeinten Mindeststandards von evidenzbasierten Standardarbeitsanweisungen für das Rettungsdienstfachpersonal, inklusive deren Qualitätssicherung,	Nummer 1 hebt die Bedeutung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen und eines landeseinheitlichen Mindeststandards hervor. Dies dient der Harmonisierung rettungsdienstlicher Maßnahmen und der Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insbesondere in Bezug auf die (Vorab)Delegation heilkundlicher Maßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG. Die Bezugnahme auf die eigenverantwortlichen Kompetenzen gemäß § 24 NotSanG stellt klar, dass bestehende berufsrechtliche Befugnisse unberührt bleiben. Die Einbindung einer fortlaufenden Qualitätssicherung gewährleistet eine kontinuierliche Aktualität des medizinischen Handelns.	Nummer 1 hebt die Bedeutung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen und eines landeseinheitlichen Mindeststandards hervor. Dies dient der Harmonisierung rettungsdienstlicher Maßnahmen und der Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insbesondere in Bezug auf die (Vorab)Delegation heilkundlicher Maßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG. Die Bezugnahme auf die eigenverantwortlichen Kompetenzen gemäß § 21 NotSanG stellt klar, dass bestehende berufsrechtliche Befugnisse unberührt bleiben. Die Einbindung einer fortlaufenden Qualitätssicherung gewährleistet eine kontinuierliche Aktualität des medizinischen Handelns.	Unserer Ansicht nach und nach Auffassung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages ist aufgrund der komplexen Regelungen zur persönlichen Leistungserbringung des Arztes die Delegation als sogenannte Vorabdelegation dem Rechtssystem fremd. (vgl. WD 9 – 3000 – 032/19) Richtigerweise hat der Bundesrat darauf hingewiesen, dass die Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 lit. c NotSanG einfache heilkundliche Maßnahmen sind und gerade keine lebensrettenden Maßnahmen betreffen. Heilkundliche Maßnahmen, für die entlang eines definierten Algorithmus standardmäßig eine Delegation vorab ausgesprochen wird, die also weiterhin heilkundlich vom Arzt selbst zu verantworten sind, sind in der Regel „einfache Maßnahmen“, die in keiner Weise mit Notstandsmaßnahmen zu vergleichen sind und auch keinerlei fließenden Übergang zu diesen haben. (vgl. BR-Drs. 562/20) Dies muss aus unserer Sicht klargestellt werden, um Übergriffe und Regelungsansprüche Ärztlicher Leitungen zu begrenzen. Zu bedenken ist auch, dass Anamnese, Untersuchung, Indikationsstellung, Diagnosestellung, Aufklärung und invasive Therapien ärztlich im Bereich der höchstpersönlichen Leistungserbringungspflicht einzuordnen sind und von Delegierbarkeit ausgeschlossen sind. Da dies aber die Grundlagen einer jeden Notfalleinschätzung sind, fallen die Regelungen in den Bereich der Substitution. Daher sollten derartige unscharfe und unsaubere Formulierungen gestrichen werden. Daher sollte diese Formulierung gestrichen werden. Eine Verantwortungszuweisung ist durch Algorithmen/ SOP nicht gegeben, sondern die Bedingungen der Beurteilung sind juristisch entscheidend für die Frage der Verantwortung. Der Verweis auf § 24 ist aus unserer Sicht falsch und müsste § 21 heißen.

2. die Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel (§ 13), wobei Abweichungen aufgrund regionaler Gegebenheiten im Einvernehmen mit den Kostenträgern zulässig sind,	Nummer 2 trägt dem Erfordernis Rechnung, im gesamten Land eine vergleichbare Mindeststandards-Ausstattung sicherzustellen. Die Festlegung medizintechnischer und pharmakologischer Mindestausrüstung reduziert Versorgungsunterschiede und erhöht die Patientensicherheit.	2. die Festlegung der pharmakologischen und medizintechnischen Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsmittel (§ 13), wobei Abweichungen aufgrund regionaler Gegebenheiten im Einvernehmen mit den Kostenträgern zulässig sind, ohne die Maßnahmen- und Handlungsspielräume der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter einzuschränken.	Die Regelung zur einheitlichen Mindestausstattung ist begrüßenswert. Die Umsetzung der Maßnahmen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern darf nicht durch restriktive Fahrzeugbestückungen begrenzt werden. Hier ist aus unserer Sicht eine Klarstellung im Begründungstext sinnvoll, um Missverständnissen vorzubeugen. Dies halten wir als Berufsverband für einen entscheidenden Schritt.
		§ 1 Abs. 7 SHRDG (7) Durch Behördenauflagen vorgesehene Rettungsmittel bei Sanitätsdiensten und Großveranstaltungen sind nach diesem Gesetz zu besetzen und auch als solche Rettungsmittel einzusetzen.	Die Besetzung von Rettungsmitteln bei Sanitätsdiensten sollte nach unserer Auffassung dem SHRDG entsprechen. Durch diese Zuordnung wird entsprechende Qualität sichergestellt. Durch die Formulierung „durch Behördenauflagen vorgesehene Rettungsmittel“ stellt sicher, dass nur bei Beauftragung auch eine Einbindung in den dann erweiterten Rettungsdienst erfolgt und vermeidet, dass Sanitätsdienstbringer ohne Beauftragung von sich aus Rettungsmittel vorhalten und daraus eine Einsetzbarkeit und ggf. Rückvergütung ableiten. Diese Rettungsmittel müssen als Rettungsmittel auch einsetzbar sein und beispielsweise Transporte nach dem SHRDG durchführen dürfen, um eine Entlastung des Regelrettungsdienstes darzustellen. Ansonsten kommt es zu einer Doppelvorhaltung von Sanitätsdienst einerseits, der von Betreiber zu bezahlen ist und zur zusätzlichen Vorhaltungserhöhung des Rettungsdienstes, der ggf. die Kosten erhöht und dann zu Lasten der Kommune gehen kann. (GKV-Beitragsstabilisierung)
§ 2 SHRDG (5) Krankentransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung und Beförderung von verletzten, erkrankten oder sonst in einer Körperfunktion beeinträchtigten Personen, die keine Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind und während der Fahrt einer medizinischen Versorgung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen	Im Absatz 5 wird der Krankentransport als Transport Patienten außerhalb der Notfallrettung definiert, die dennoch eine fachgerechte medizinische Betreuung oder spezielle Ausstattung benötigen. Dies richtet sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V	§ 2 SHRDG (5) Krankentransport ist die fachgerechte medizinische Betreuung und Beförderung von verletzten, erkrankten oder sonst in einer Körperfunktion beeinträchtigten Personen, die keine Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind und während der Fahrt einer medizinischen Versorgung mit Ausnahme der Krankentrage der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei	Hier halten wir den Hinweis für wichtig, um Liegendtransporte im Sinne von Krankenfahrten klarer per Definition abzutrennen. Der Rettungsdienst ist teilweise, insbesondere in Ballungszentren in Bezug auf Krankentransportaufkommen massiv belastet. Viele dieser Transporte sind lediglich Liegendtransporte und werden daher in falscher Sektorenzugeordnet vom Rettungsdienst durchgeführt. Die Regelung stellt klar, dass die Krankentrage alleine keine Indikation für einen

dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.	(Krankentransport-Richtlinie/KT-RL). Die Definition entspricht bundesweit üblichen Standards und grenzt klar gegenüber der Notfallrettung ab.	denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.	Krankentransportwagen darstellt, sondern weitere Einrichtung (Absaugung, Sauerstoff, ...) oder fachliche Betreuungsaspekte notwendig sein müssen, um nach dem Gesetz dann einen Krankentransport zu begründen. Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Liegebedarf können so mit Liegendfahrten befördert werden (Liegend-Taxi) und belasten somit nicht den Rettungsdienst.
(10) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist, wer nach Abschluss der Ausbildung mindestens 100 Einsätze, davon maximal 50 im Rahmen einer praktischen Einsatzsimulation, in der Notfallrettung absolviert hat.	Die Definition im Absatz 10 schafft einheitliche Kriterien für den Einsatz erfahrener Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, die bestimmte Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen können. Durch die Kombination aus abgeschlossener Ausbildung und definierter Einsatzerfahrung wird ein Mindestqualitätsniveau gewährleistet.	(10) Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist, wer nach Abschluss der Ausbildung mindestens 50 Einsätze, davon maximal 25 im Rahmen einer praktischen Einsatzsimulation , in der Notfallrettung absolviert hat.	Insgesamt empfehlen wir hier eine deutliche Reduktion. Die Ableistung der vielen Einsätze führt oftmals zu einem Flaschenhals in der Qualifizierung. Kritisch zu prüfen ist dies auch in Bezug auf die hohen Kosten bei niedriger Inanspruchnahme rettungsdienstlicher Notfallkompetenz. Somit kostet diese Regelung viel Geld ohne Verbesserung der tatsächlichen Versorgung. Im Kontext des GKV-Gesetzes ist dies ein geeigneter Sparansatz. 50 Einsätze und 25 in Simulation, wenn überhaupt, sind aus unserer Sicht vollkommen ausreichend. Dies ist auch geeignet, den Personalmangel bei fehlender Minderung der Qualität zu reduzieren.
§ 4 SHRDG (5) Für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben sind geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser und früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten fest. Dieses Konzept hat sich an den Bedarfen auszurichten. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer Besetzung rettungsdienststräger	Im Absatz 5 wird geregelt, dass für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen sind. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser sowie früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten fest. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer Besetzung rettungsdienststrägerübergreifend von den jeweils	§ 4 SHRDG (5) Für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben sind geeignete Sonderrettungsmittel einzusetzen. Hierzu zählen insbesondere Rettungsmittel, mit denen intensivmedizinisch zu versorgende, adipöse oder früh- und reifgeborene Patientinnen und Patienten fachgerecht befördert werden können. Die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung legen im Einvernehmen mit den Kostenträgern ein landesweites Konzept für den Intensivtransport sowie den Transport adipöser und früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten fest. Dieses Konzept hat sich an den Bedarfen unter besonderer Beachtung der Wirtschaftlichkeit auszurichten. Auf Grundlage dieses Konzepts sind die hierfür erforderlichen Sonderrettungsmittel einschließlich ihrer	Hier sollte die Vorhaltung im Kontext des Sparens überdacht werden. Die insbesondere permanent besetzte Vorhaltung von Sonderrettungsmitteln kostet viel Geld und ist insgesamt sehr unwirtschaftlich. Hier ist der Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit von besonderer Wichtigkeit. Die Ad-hoc-Besetzung solcher Sonderrettungsmittel ist ausreichend, zweckmäßig und erheblich wirtschaftlicher als eine Dauerbesetzung, wenn die Auslastungen der Sonderrettungsmittel sehr gering sind (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V).

übergreifend von den jeweils vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.	vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.	Besetzung rettungsdienststräger übergreifend von den jeweils vorgesehenen Trägern vorzuhalten und die landesweite Versorgung sicherzustellen.	
(7) Die Träger des Rettungsdienstes haben zur Schließung bestehender Versorgungslücken einen vorbeugenden Rettungsdienst sicherzustellen. Zu diesem Zweck implementieren die Träger des Rettungsdienstes ein sektorenübergreifendes Schnittstellen- und Kooperationsmanagement. Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes sind insbesondere 1. Maßnahmen mit dem Ziel, das Risiko eines Notfallereignisses, das zu einem Notruf führen würde, zu verringern und 2. die frühzeitige Steuerung von Hilfeersuchen in die entsprechend geeignete Versorgungsform.	Nach Absatz 7 ist der vorbeugende Rettungsdienst künftig eine Aufgabe der Träger des Rettungsdienstes. Ziel der Einführung eines vorbeugenden Rettungsdienstes ist es, bestehende Versorgungslücken zwischen der rettungsdienstlichen Akut- und Notfallversorgung sowie insbesondere den Angeboten des Sozial- und Pflegesystems zu schließen. Durch die Etablierung vorbeugender Strukturen soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung hilfebedürftiger Personen gewährleistet und zugleich eine nachhaltige Entlastung der bestehenden rettungsdienstlichen Notfallstrukturen erreicht werden. Hierzu ist durch den Träger des Rettungsdienstes für den jeweiligen Rettungsdienstbereich ein sektorenübergreifendes Schnittstellen- und Kooperationsmanagement zu implementieren. Dieses hat insbesondere die systematische Abstimmung, Koordination und Steuerung zwischen dem Rettungsdienst und den relevanten Akteuren der sozialen und pflegerischen Versorgung sicherzustellen.		Unter den neuen Bedingungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes und des damit einhergehenden Kostendeckels ist kritisch zu prüfen, ob dies originäre Aufgaben des Rettungsdienstes sind. Aktuell erscheint es für uns als DBRD unklar zu sein, wie die Refinanzierung neuer, zusätzlicher Aufgaben gesichert werden kann. Wir empfehlen eine Formulierung zu finden, die eine Refinanzierung sicherstellt und ausschließt, dass die kommunalen Rettungsdienststräger ggf. ohne Refinanzierung in finanzielle Unterdeckung geraten. Dies wäre geeignet, den Rettungsdienst insgesamt beschädigen.
§ 10 Abs. 1 (1) Die Kosten des Rettungsdienstes tragen die Träger des Rettungsdienstes; für die Luftrettung die Träger der Luftrettung.			Wir empfehlen hier eine Überprüfung, um zu vermeiden, dass die Träger der Rettungsdienste bei Deckelung der Refinanzierung durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz die untergedeckten Kosten zu tragen haben. Hier wäre auch eine Formulierung möglich, die Herausstellt, dass die Kosten des Rettungsdienstes über Gebühren dem Leistungsnehmer in Rechnung gestellt werden und dass bei untergedeckter Refinanzierung, ggf. der Leistungsnehmer die Differenz zu von den Kostenträgern

			übernommenen Gebühr tragen muss.
§ 13 SHRDG 1. Verlegungsarzteinsetzfahrzeuge (VEF), die die Anforderungen der DIN 75079 (Notarzteinsetzfahrzeuge (NEF) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung, Ausgabe April 2025, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und der Zubringung der Verlegungsärztin oder des Verlegungsarztes dienen und zudem über eine aufgabenbezogene Zusatzausstattung verfügen,	VEF (Verlegungsarzteinsetzfahrzeug): Unterstützen Sekundärtransporte durch Zubringen von Verlegungsärztinnen oder -ärzten, oft zwischen Maximalversorgern oder auf Anforderung bei spezialisierten Verlegungen. Sie sind so ausgestattet, dass sie für die Anforderungen des Aufgabenbereiches geeignet sind.	§ 13 Abs 3 Nr. 1 SHRDG Wir empfehlen, die VEF-Vorhaltung gänzlich zu streichen.	Aus unserer Sicht ist die parallele Vorhaltung von VEF und ITW insgesamt weder zweckmäßig noch notwendig und ist daher im Kontext des § 12 Abs. 1 SGB V kritisch zu sehen. Zur Gleichstellung des ländlichen Raumes ist die Vorhaltung von 3 ITW im Land insgesamt ausreichend und sehr großzügig bemessen. Das VEF ist entbehrlich, da alle VEF-Einsätze auch mit ITW gefahren werden können.
§ 13 Abs 3 Nr. 2 SHRDG 2. Intensivtransportwagen (ITW), die die Anforderungen der DIN 75076 (Rettungssysteme – Intensivtransportwagen (ITW) – Begriffe, Anforderungen, Prüfung; Ausgabe Mai 2012, zu beziehen über das Deutsche Institut für Normung) erfüllen und für Intensivtransporte nach § 2 Absatz 7 zu verwenden sind,	ITW (Intensivtransportwagen): Entsprechend der DIN 75076 – Hochspezialisierte Fahrzeuge mit intensivmedizinischer Ausstattung zur Betreuung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten während des Transports.	§ 13 Abs 3 Nr. 2 SHRDG ITW (Intensivtransportwagen): Entsprechend der DIN 75076 – Hochspezialisierte Fahrzeuge mit intensivmedizinischer Ausstattung zur Betreuung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten während des Transports. Die Evaluation des Bedarfes und der Vorhaltung aller Sonderrettungsmittel ist alle 2 Jahre gemeinsam mit dem Ministerium zu überprüfen.	Die vorgeschlagene Überprüfung stellt sicher, dass eine bedarfsgerechte und nicht übertriebene Vorhaltung erfolgt. Die Kosten für die Vorhaltung sind hoch. Durch eine Überprüfung im 2-Jahres-Zeitraum ist eine Anpassung und Bedarfsgerechtigkeit besser sicherzustellen. Eine Besetzung sollte nicht permanent, sondern ad-hoc erfolgen, um Kosten zu reduzieren.
(2) Rettungswagen sind mit zwei Personen zu besetzen, von denen eine Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter und die andere mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung ist. Anstelle der Rettungssanitäterin oder des Rettungssanitäters kann auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter eingesetzt werden, die oder der die ersten 18 Monate der Ausbildung in Vollzeitform bereits absolviert und die Zwischenkompetenzprüfung nach § 13 Absatz 2 Satz 2 des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Artikel 7c des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 193), erfolgreich bestanden hat; bei Ausbildung in Teilzeit	Absatz 2 normiert die Besetzung von Rettungswagen (RTW) mit zwei Personen, von denen eine über die Qualifikation als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter verfügen muss. Die zweite Person muss mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein. Abweichend kann diese Funktion auch von Auszubildenden übernommen werden, sofern sie mindestens die ersten 18 Monate der Ausbildung absolviert und zusätzlich die Zwischenkompetenzprüfung erfolgreich bestanden haben. Dabei ist klarzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Ausbildung grundsätzlich vorrangig als Auszubildende eingesetzt werden und nicht regelhaft als zweite Einsatzkraft fest eingeplant	Absatz 2 normiert die Besetzung von Rettungswagen (RTW) mit zwei Personen, von denen eine über die Qualifikation als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter verfügen muss. Die zweite Person muss mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein. Abweichend kann diese Funktion auch von Auszubildenden übernommen werden, sofern sie mindestens die ersten 18 Monate der Ausbildung absolviert und zusätzlich die Zwischenkompetenzprüfung erfolgreich bestanden haben. Dabei ist klarzustellen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Ausbildung grundsätzlich vorrangig als Auszubildende eingesetzt werden und nicht regelhaft als zweite Einsatzkraft fest	Wir begrüßen die Veränderung auf 18 Monaten, wenn gleich wir einen Ansatz von 12 Monaten als geeignet halten. Aus unserer Sicht ist es pädagogisch sinnvoll, die Auszubildenden früh als 2. Einsatzkraft einzusetzen und damit die Verantwortung zu erhöhen. Dies erhöht auch die Einbindung in Notfallsituationen in das Team.

verlängert sich der Zeitraum entsprechend.	werden, um dem Ausbildungscharakter und dem pädagogischen Auftrag der praktischen Lehrrettungswachen gerecht zu werden. Die Regelung trägt dem Bedarf an qualifizierten Praxisanteilen während der Ausbildung Rechnung, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.	eingepplant werden, um dem Ausbildungscharakter und dem pädagogischen Auftrag der praktischen Lehrrettungswachen gerecht zu werden. Die Regelung trägt dem Bedarf an qualifizierten Praxisanteilen während der Ausbildung Rechnung, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.	
(3) Krankentransportwagen sind mit zwei Personen zu besetzen, die mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter sind. Eine oder einer der Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter muss mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung sein. Die andere Person kann auch Auszubildende oder Auszubildender im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sein.	Absatz 3 regelt die Besetzung von Krankentransportwagen (KTW) mit zwei Personen, die mindestens über die Qualifikation als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter verfügen müssen. Eine der beiden Personen muss einsatzerfahren sein, die zweite kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Auszubildende oder ein Auszubildender gemäß Absatz 2 sein.	(3) Krankentransportwagen sind mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen. Beim Krankentransport ist mindestens eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter zur Patientenbetreuung einzusetzen. Die zweite geeignete Person muss über eine sanitätsdienstliche Ausbildung von mindestens 48 Stunden entsprechend der Vorgaben der anerkannten Hilfsorganisationen verfügen.	Die Durchführung von Krankentransporten wird nach dem aktuellen Entwurf an eine deutlich überdurchschnittlichen Qualifikationsanforderung gebunden. Andere Bundesländer, beispielsweise Bayern oder Niedersachsen besetzen dieselbe Fahrzeugkategorie mit deutlich niedriger qualifiziertem Personal. Die Mindestanforderung ist dort Rettungssanitäter-qualifikation für eine Person des KTW-Teams. Es sind keine Probleme bekannt, die sich aus diesen Regelungen ergeben haben. Die hohen Anforderungen in Schleswig-Holstein führen aufgrund des niedrigen Anforderungsprofils an die Dienstleistung des Krankentransportes nicht zu einer messbaren Qualitätssteigerung im Vergleich zu anderen Ländern, allerdings zu Negativeffekten. So entstehen deutlich höhere Kosten durch die vorgesehenen langen Ausbildungszeiten, der Personalmangel aggraviert und die Ausbildungsplätze auf Rettungswagen werden durch nicht zielführende Zusatzqualifikation der Rettungssanitäter weiter belastet. Dabei ist festzustellen, dass aufgrund der grundsätzlichen Rettungssanitäter-Ausbildung bereits ein hohes, und dienstleistungs-angemessenes Niveau erreicht wird. Die Besetzung mit niedriger qualifiziertem Personal als Fahrer und einer Rettungssanitäterin oder einem Rettungssanitäter ermöglicht zudem die Einbindung von Kräften des Katastrophenschutzes und der Sanitätsdienste, die in Zeiten mit erhöhten Ansprüchen an die Resilienz des Bevölkerungsschutzes positive Effekte haben kann.
§17 Abs. 2 Nr. 4 SHRDG		§17 Abs. 2 Nr. 4 SHRDG	Die Arztbegleitung mittels Telenotarzt ist nicht

4. Begleitung von Notfall- und Sekundärtransporten, sofern eine Arztbegleitung nicht notwendig und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist.		4. Begleitung von Notfall- und Sekundärtransporten, sofern eine Arztbegleitung nicht notwendig und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist.	nachvollziehbar. Die Maßnahmen während eines Notfall- oder Sekundärtransportes sind regelhaft manueller Natur und bedürfen der Anwesenheit eines Arztes direkt bei dem Patienten, da beispielsweise überwiegend Patienten sekundär verlegt werden, die beatmet sind oder eine Atemwegssicherung haben. Bei Komplikationen hilft hier nicht der Telenotarzt. Selbes gilt für Patienten in Narkose. Wenn hier der Arzt nicht vor Ort ist, ist auch ein Eingreifen nicht möglich. Entweder ist die Arztbegleitung notwendig, dann ist sie physisch und dauerhaft notwendig, weil davon auszugehen ist, dass auf dem Transport Maßnahmen erforderlich werden oder Komplikationen drohen, die nicht vom begleitenden Rettungsdienstpersonal beherrscht werden können, oder sie ist nicht notwendig. In diesen Fällen braucht man dann auch keinen Telenotarzt. Dies widerspricht den Grundsätzen des § 12 Abs. 1 und 2 SGB V. Diese häufig von Seiten der Telenotarztanbieter aufgestellte Forderung erscheint geeignet, bewusst unnötige Einsätze zu provozieren und damit Telenotarzteinsatzzahlen hochzutreiben. Durch die Regelungen in § 21 Abs. 4 SHRDG sind bereits hinreichende Regelungen getroffen.
§ 20 Abs. 3 SHRDG (3) Zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst kann nur bestellt werden, wer die Fortbildung „Ärztlicher Leiter/ Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ absolviert hat und die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer absolviert. Eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter kann nur dann in der Leitung Medizinische Versorgung eingesetzt werden, wenn sie oder er über mehrjährige Einsatzerfahrung verfügt und fachspezifische Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagements erworben hat.		§ 20 Abs. 3 SHRDG (3) Zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst kann nur bestellt werden, wer die Fortbildung „Ärztlicher Leiter/ Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ absolviert hat und die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer absolviert. Eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter kann nur dann in der Leitung Medizinische Versorgung eingesetzt werden, wenn sie oder er über mehrjährige Einsatzerfahrung verfügt und fachspezifische Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagements erworben hat.	Das Team Medizinische Versorgung ist eine sehr gute und begrüßenswerte Idee. Sie zeigt auf, wie moderner Rettungsdienst im Bereich der medizinischen Leitung ausgestellt werden muss und inkludiert ärztliche Expertise und die Expertise des Rettungsfachpersonals. Beide Professionen sind am Rettungsdienst beteiligt, somit wird auch die jeweilige Sichtweise benötigt, um zu angemessenen Beurteilungen zu kommen. Notärzte können dabei Tätigkeiten der Notfallsanitäter nicht abschließend beurteilen, da sie selbst keine Notfallsanitäter sind und Notfallsanitäter können Notarztstätigkeit nicht abschließend beurteilen, da sie selbst keine Notärzte sind. Die Interprofessionalität ist daher wesentlich. Wir halte es für nicht sinnvoll, die Anforderung „Ärztliches Qualitätsmanagement“

			zu stellen, da dies im Rettungsdienst auch anders, beispielsweise durch QM-Beauftragte abgebildet werden kann. Dieser Abschnitt ist entbehrlich und verursacht ggf. nur erhöhte Kosten. QM wird gesondert in § 25 SHRDG geregelt. Dafür müssen die Träger Gestaltungsspielraum haben.
§ 21 Abs. 1 SHRDG (1) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter üben ihren Beruf eigenverantwortlich und teamorientiert unter Beachtung der Patientensicherheit aus. Sie sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, eigenverantwortlich durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.		§ 21 Abs. 1 SHRDG (1) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter üben ihren Beruf eigenverantwortlich und teamorientiert unter Beachtung der Patientensicherheit aus. Sie sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, eigenverantwortlich bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist. und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.	Dies greift die Formulierung des §2a NotSanG auf und überführt die Bundesregelungen in Landesrecht. Die Verknüpfung mit dem unbestimmten Begriff der Rechtzeitigkeit ist ungünstig und führt bereits aktuell zu Diskussionen, ob bei jedem Tätigwerden eine Notarznachforderung geboten sei. Auch wenn in anderen Abschnitten der Landesgesetzgeber bereits diesen Ansatz klargestellt hat und die Entscheidungsprärogative klar dem Notfallsanitäter zugesteht, ist aus unserer Sicht eine Anpassung an den Gesetzestext des NotSanG sinnvoll und beseitigt die Diskussion. So können, der Präambel folgend, die umfangreichen Kompetenzen der Notfallsanitäter genutzt werden und zur Wirkung kommen und unnötige Notarzteinsetze vermieden werden. Kommen Maßnahmen durch Notfallsanitäter erfolgreich zur Wirkung, würde die Nachforderung und Hinzuziehung eines Arztes/ Notarztes keinen weiteren Versorgungsvorteil bewirken. Somit widerspricht dieses Vorgehen dem § 12 Abs. 1 und 2 SGB V, da die unnötige Notarznachforderung dem Maß des Notwendigen widerspräche. Dies darf nicht bewirkt werden.
(2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern sie in den landesweit einheitlich freigegebenen Standardarbeitsanweisungen beschrieben und vorgesehen sind, der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt	Absatz 2 greift die entsprechend § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG erlernten Kompetenzen im Rahmen der eigenständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung auf. Sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten dies erfordert und dazu Standardarbeitsanweisungen, die durch Ärztliche Leitungen standardisiert vorgegeben, überprüft und verantwortet werden, oder im Einzelfall ärztlich veranlasst werden, handeln Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach diesen	(2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern sie in den nach freigegebenen Standardarbeitsanweisungen durch beschrieben und vorgesehen sind, wenn der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der	Die Begründung widerspricht sich und suggeriert die Delegation von ÄLRD auf Notfallsanitäter. Dies ist, wie richtig beschrieben, an konkrete Anforderungen gebunden, die regelhaft als nicht erfüllt gelten dürften. Notfallsanitäter beurteilen IMMER den Gesundheitszustand und Entscheiden auch über eine möglicherweise vorliegende Lebensbedrohung. Dazu müssen regelhaft Anamnese, Untersuchung, Stellen einer Arbeitsdiagnose, Indikationsstellung und Einleitung invasiver Therapien zur Wirkung gebracht werden. Diese Tätigkeiten können nach herrschender Meinung nicht von Ärzten delegiert werden und fallen

wurde und beherrscht wird. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.	Vorgaben. Die Standardarbeitsanweisungen müssen dafür im Einzelfall eindeutig sein und keine Entscheidungsspielräume betreffend das „Ob“ und das „Wie“ der Durchführung einer Maßnahme mehr offenlassen. Handlungsempfehlungen stellen Standardarbeitsanweisungen dar, die den aktuellen Regeln der Medizin entsprechen. Sie ersetzen daher nicht regelhaft eine Delegation – gleichwohl kann eine Delegation im Rahmen einer Standardarbeitsanweisung erfolgen. Darüber hinaus müssen die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit den Handlungsempfehlungen vertraut sein, davon kann aufgrund der arbeitnehmerischen und gesetzlichen Verpflichtungen zur Fortbildung grundsätzlich ausgegangen werden. Die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen ist, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen durch Absatz 2 nicht ausgeschlossen, insbesondere wenn nach Einschätzung des Gesundheitszustandes durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter keine Standardarbeitsanweisungen vorhanden oder anwendbar sind. Im Übrigen wird auf die Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 9 - 3000 - 032/19 verwiesen. Die Entscheidung über die Realisierung der Hinzuziehung einer (Tele-) Notärztin oder eines (Tele-) Notarztes oder der Vorstellung bei einer Ärztin oder einem Arzt obliegt dabei den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Eigenverantwortung entsprechend § 22 Absatz 4 und Absatz 3 § 21 Abs. 4.	Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.	unter die höchstpersönliche Leistungserbringungspflicht des Arztes. Auch nach der Anamnese und Diagnosestellung durch den Arzt selbst hat der delegierende Arzt sich in Rufweite aufzuhalten, nach aktueller Rechtsprechung reicht hierzu nicht die Nachforderungsmöglichkeit eines Notarztes. Intravenöse Erstapplikationen von Medikamenten sind ebenfalls nicht delegierbar. Somit obliegt dem Notfallsanitäter regelhaft nicht nur das „wie“ als Durchführungsverantwortung sondern ebenso das „ob“ und damit der entscheidende Beurteilungsspielraum. Delegation ist ausgeschlossen, da, wie oben beschrieben, die erforderlichen Schritte zur Beurteilung eben NICHT delegierbar sind. Daher ist es folgerichtig und auch im Sinne des NotSanG, dass Notfallsanitäter eben entsprechend der im NotSanG als Grundvorschrift bezeichneten Abschnitte des § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG diese Beurteilungstätigkeiten eigenverantwortlich ausführen und somit in Substitution handeln. Algorithmen, SOP, Handlungsempfehlungen sind geeignet, den medizinischen Stand darzulegen und eine Entscheidungshilfe für den Regelfall darzustellen. Sie sollten aber juristisch entkoppelt betrachtet werden von der Verantwortung. Die Begründung suggeriert, dass Notfallsanitäter hier ggf. in Delegation tätig werden. Dann läge die Verantwortung beim Arzt. Delegation wird oftmals als Machtinstrument verstanden um bei Nichtanwesenheit des Arztes trotzdem ärztliche Kontrolle zu behalten. Dies ist allerdings aufgrund der geschilderten Anforderungen nicht möglich. Wir raten dringend, die Begründung dahingehend zu ändern. Die Verantwortung liegt IMMER regelhaft beim Notfallsanitäter. Alle anderen Suggestionen führen zu Unsicherheit und Maßnahmenverhinderung. Zudem ist zu bedenken, dass es Konstellationen geben kann, in denen es keine einheitlich festgelegten Standards gibt, oder ein Träger auf Grundlage sorgfältiger Erwägung von diesen abweicht und ergänzende
---	--	--	---

			Standardanweisungen erlässt? Aus Sicht des DBRD muss diese Möglichkeit den Trägern eingeräumt werden, da man sich ansonsten auf den kleinsten gemeinsamen Nenner festlegt mit der Gefahr, dass das Potential der Berufsgruppe entgegen dem, was das NotSanG wollte, nicht ausgeschöpft wird. Aktuell wird dies wenigstens durch die Klarstellung, dass Abs. 1 davon unberührt bleibt, ansatzweise verhindert. Es sollte überprüft werden, ob es sich in der rot markierten Stelle hier um einen Fehler im Verweis handelt. Nach unser Auffassung wäre hier § 21 Abs. 4 SHRDG korrekt, da sich diese Regelung auf die Notarztanforderung bezieht, die eben dort geregelt ist.
§ 23 Abs. 6 SHRDG (6) Die Not- und Anrufannahme sowie deren Bearbeitung erfolgen auf der Grundlage eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Ein Notruf ist dabei so lange als Notfall zu betrachten, bis dieser auf Grundlage des standardisierten Notrufabfrageprotokolls ausgeschlossen werden kann. Hierbei können Verfahren der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung ergänzend herangezogen werden. Die Disposition erfolgt nach landesweit einheitlichen Einsatzkategorien und Einsatzstichworten und ist laufend fortzuentwickeln. Dabei sind auch die Versorgungssektoren außerhalb des Rettungsdienstes zu berücksichtigen.	Absatz 6 verlangt den Einsatz eines strukturierten und standardisierten Abfragesystems zur Notrufbearbeitung, das auf landeseinheitlichen Einsatzstichworten und -kategorien basiert. Dieses Instrument verbessert die Priorisierung, Ressourcenverteilung und Qualität der Disposition. Darüber hinaus sind auch externe Versorgungssektoren in die Entwicklung und Anwendung dieses Systems einzubeziehen, um medienbruchfreie Weitergaben zu ermöglichen.	§ 23 Abs. 6 SHRDG (6) Die Not- und Anrufannahme sowie deren Bearbeitung erfolgen auf der Grundlage eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls. Ein Notruf ist dabei so lange als Notfall zu betrachten, bis dieser auf Grundlage des standardisierten Notrufabfrageprotokolls ausgeschlossen werden kann. Hierbei können Verfahren der telenotfallmedizinischen Einsatzunterstützung ergänzend herangezogen werden. Die Disposition erfolgt nach landesweit einheitlichen Einsatzkategorien und Einsatzstichworten und ist laufend fortzuentwickeln. Dazu führen die Träger der Leitstellen ein verpflichtendes Rückmeldesystem für die eingesetzten Rettungsmittel und die integrierten Leitstellen ein, welches die Disposition, Entscheidung und die tatsächlichen Vorort-Bedarfe abgleicht. Daraus sind Maßnahmen zur Nachjustierung der standardisierten und strukturierten	Die momentane Einführung der SNA führt zu teils nicht nachvollziehbaren Alarmierungen und Entscheidungen der integrierten Leitstellen. Dies erzeugt einerseits ein deutlich übertriagiertes und damit nicht notwendiges Entsendungsverhalten und sorgt zudem für Belastung und erhebliche Unzufriedenheit beim eingesetzten Personal. Durch ein festgelegte Rückmeldesystem, welches beispielsweise durch verpflichtende Rückmeldung innerhalb der digitalen Dokumentation durch Pflichtfelder leicht realisierbar ist, lässt sich eine Fehlentscheidung und Fehlzuzuordnung von Einsatzmitteln zu Hilfeersuchen ermitteln. Aus diesem Weg ist es möglich, die vielen, aktuell teilweise kaum zu überblickenden Alarmierungsentscheidungen des Systems zu erfassen und gezielte Anpassungen vorzunehmen. Durch Festlegung einer Zielquote von 10% / Kalenderjahr wird ein klarer Steuerungsauftrag im Sinne des § 12 SGB V realisiert, der zu einer merklichen Entlastung des Rettungsdienstes ohne Qualitätseinbußen führen wird. Durch die Festlegung einer Quote von 10 % / Kalenderjahr wird zudem eine dynamisch bei Optimierung in absoluten Zahlen abnehmende Nachsteuerung mit der wirklichen Ziel einer Systemoptimierung erreicht.

		Notrufabfrage abzuleiten mit dem Ziel, pro Kalenderjahr die Rate der fehltriagierten Hilfeersuchen um 10 % zu reduzieren. Dabei sind auch die Versorgungssektoren außerhalb des Rettungsdienstes zu berücksichtigen.	
§ 22 Abs. 3 SHRDG (3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind jährlich durchschnittlich 40 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet. Davon sind mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren und mindestens acht Stunden gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten durchzuführen. Die Notfallsanitäterin und der Notfallsanitäter, die für besondere Aufgaben, insbesondere den Einsatz auf dem REF, AEF oder dem ITW, eingesetzt werden, sind für diese Tätigkeiten zusätzlich landeseinheitlich und themenspezifisch fortzubilden.		§ 22 Abs. 3 SHRDG (3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind jährlich durchschnittlich 40 Stunden in für die Notfallrettung relevanten Themen fortzubilden. Der jährliche Durchschnitt wird aus den Fortbildungsstunden des zu bewertenden Jahres und denen der beiden Vorjahre gebildet. Davon sind mindestens 20 Stunden zusammen in einer kombinierten theoretischen und praktischen Fortbildung zu absolvieren. und mindestens acht Stunden gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten durchzuführen Mindestens acht Stunden sollen gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten durchgeführt werden. Die Notfallsanitäterin und der Notfallsanitäter, die für besondere Aufgaben, insbesondere den Einsatz auf dem REF, AEF oder dem ITW, eingesetzt werden, sind für diese Tätigkeiten zusätzlich landeseinheitlich und themenspezifisch fortzubilden.	Bei der Regelung zur Notarztfortbildung ist der Regelungsanspruch „soll“, während bei den Notfallsanitätern „mit der Formulierung „sind durchzuführen“ eine „muss“-Regelung mit Verpflichtung genutzt wird. Bei den Notärzten steht „soll“, bei den NotSan eine „muss“-Formulierung. Eine zwingende gemeinsame Fortbildungsgestaltung ist geeignet, Diskussionen über die Anerkennung von Fortbildungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter aufkommen zu lassen, wenn dort, aus welchen Gründen auch immer, keine Notärzte teilnehmend waren. Dies kann die Fortbildungspflicht insgesamt einschränken. Die Formulierung „sollen“ erzeugt hinreichenden Druck zur gemeinsamen Gestaltung ohne die möglichen Nachteile einer Einschränkung.
§ 24 SHRDG			Aus Sicht des DBRD ist es unerlässlich, Regelungen zur Übergabe zu treffen. Aktuell kommt es, insbesondere in Ballungszentren in Schleswig-Holstein, wie auch in anderen Bundesländern, häufig dazu, dass Rettungsmittel aufgrund eingeschränkter Übernahmebereitschaft der Kliniken teils stundenlang auf eine Übergabe warten. Dies verstärkt sich dadurch, dass immer wieder zur Sicherung der vorgegebenen Triagezeiten, Kliniken dazu übergehen, die Rettungsmittel bei hohem Andrang erst nach und

			nach abzuarbeiten. Neben Effekten einer verzerrten Triagezeiterfassung und Falschdokumentation verlagert sich ein Problem der Kliniken in den Wartebereich der Rettungsmittel vor der Notfallaufnahme. Dies entzieht in erheblichem Maß in den Ballungsgebieten Rettungsmittelkapazitäten und erhöht die Vorhaltungsbedarfe erheblich aufgrund erheblicher Wartezeiten von Rettungsmitteln vor den Notfallaufnahmen und zu deutlich verzögerten Übergaben. Diese Regelungen sind aus unserer Sicht von erheblicher Bedeutung insbesondere in Phasen eines erhöhten Einsatzaufkommens, da gerade diese Phasen oftmals mit parallel verlängerten Übergabezeiten korrelieren. Diese Wartezeiten sind aktuell geeignet, die Einsatzbereitschaft in Ballungsgebieten schwer zu beeinträchtigen. Zudem führt dies zu erheblicher Frustration der Mitarbeitenden und unserer Mitglieder. Entweder im SHRDG oder im Landeskrankenhaus-gesetz sollte aus Sicht des DBRD eine verbindliche Verpflichtung zur Übernahme von Patientinnen und Patienten aus dem Rettungsdienst in die Notfallaufnahme festgeschrieben werden. Eine Übergabezeit darf aus unserer Sicht 15 Minuten nicht überschreiten.
--	--	--	---

Lübeck, 24. August 2026

Für den Vorstand, Beirat und Ärztlichen Beirat

Frank Flake

Frank Flake
1. Vorsitzender

Kontakt:
Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de