

Sozialausschuss des schleswig-holsteinischen Landtags
zu Händen der Vorsitzenden Frau Rathje-Hoffmann

per Mail

Bad Segeberg, 28. August 2026

**Betreff: Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein
Drucksache 20/4419**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann , sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, als Marburger Bund Landesverband Schleswig-Holstein zu dem
im Betreff genannten Gesetzentwurf eine Stellungnahme abgeben zu können.

Zu folgenden Punkten möchten wir uns äußern:

§ 9

In Absatz 2 werden die Vorgaben bezüglich der Eintreffzeit gemäß den Einsatzkategorien festgelegt. Die Kategorisierung erfolgt anhand des standardisierten Notrufabfrageprotokolls (SHRDG-DVO § 8). Es ist uns nicht vollständig klar, wie die „Prähospitalzeit“ (voraussichtliche Transportzeit in die nächstgelegene, verfügbare und medizinisch geeignete Behandlungseinrichtung) prognostiziert wird. Angesichts der dynamischen Natur des Systems und der damit verbundenen potenziellen Eingaben und Änderungen ist die Genauigkeit der Vorhersage fraglich, was wiederum den Nutzen der Prognose in Frage stellt.

§10:

Eine qualitativ hochwertige Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung des Rettungsdienstpersonals, einschließlich der Notärztinnen und Notärzte sowie der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine leistungsfähige und sichere Notfallversorgung dar. Der Rettungsdienst fungiert regelmäßig als erste medizinische Anlaufstelle für Patienten. In der präklinischen Phase werden diagnostische Entscheidungen getroffen und therapeutische Maßnahmen eingeleitet, die den weiteren Behandlungsverlauf maßgeblich beeinflussen. Fehler oder Verzögerungen können Prognose, Komplikationsrate und Ressourcenverbrauch im weiteren Verlauf signifikant beeinflussen.

Die Anforderungen an die präklinische Versorgung haben in den letzten Jahren signifikant zugenommen. Dem kann lediglich durch hohe fachliche Kompetenz und regelmäßige, strukturierte Fortbildung begegnet werden (die im Entwurf auch verlangt werden).

Qualität im Rettungsdienst ist kein Luxus, sondern ein wesentlicher Prognosefaktor für den Behandlungserfolg. Wer an Ausbildung, Fortbildung und der personellen Besetzung spart, riskiert nicht nur die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit, sondern verursacht im Zweifel höhere Kosten im nachgelagerten Gesundheitssystem.

Sofern rettungsdienstrechtliche Vorgaben oder trägerseitige Anforderungen spezifische Ausbildungen und Fortbildungen zur Voraussetzung für die Tätigkeit als Notarzt, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst oder Telenotarzt machen, erachten wir diese nicht mehr als allgemeine ärztliche Fortbildung, sondern als systembedingt erforderliche Qualifikationen. Die damit verbundenen Kosten dürfen daher nicht ausschließlich den einzelnen Notärztinnen und Notärzten auferlegt werden, ohne die Organisations- und Finanzierungsverantwortung des Rettungsdienstes zu unterlaufen.

In der Begründung zu § 10 Abs. 2 (Seiten 53 und 54 der Drucksache) werden solche Kosten aber unter den Vorbehalt der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit gestellt, zudem müssen sie zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags notwendig sein. Es bleibt daher zu hoffen, dass nicht an falscher Stelle gespart wird.

§ 14

Laut Begründung zu Absatz 1 (Seite 57 der Drucksache) sollen NEF in der Regel mit einer Notärztin / einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin / einem Notfallsanitäter besetzt sein. Ausnahmsweise können auch andere Personen, mit bestimmten Anforderungen versehen, anstelle der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters eingesetzt werden. Hier wäre darauf zu achten, dass die Ausnahme die Ausnahme bleibt und nicht zur Regel wird. Denn eine Absenkung der Qualitätsanforderungen an die personelle Besetzung von Rettungsmitteln wäre ein unzureichender und kontraproduktiver Ansatz. Zwar würde dies kurzfristig vermeintlich Ressourcen schonen, langfristig jedoch das Risiko von Fehlentscheidungen, Behandlungsverzögerungen und damit verbundenen Folgekosten erhöhen. Unzureichend qualifizierte Entscheidungen in der Präklinik können zu verlängerten Krankenhausaufenthalten, einer erhöhten Belastung der Intensivmedizin oder dauerhaften gesundheitlichen Schäden führen.

Die Bundesärzteordnung und die BÄK-Curricula kennen die Qualifikation des Verlegungsarztes nicht. Im SHRDG und der SHRDG-DVO sind die Anforderungen an Verlegungsärzte nicht definiert. Im Gesetzestext selbst findet sich der Begriff „Verlegungsarzt“ / „Verlegungsärztin“ nicht, aber in der Begründung zu Absatz 8 (Drucksache Seite 58) taucht er wieder auf.

§ 20

Im Grundsatzpapier der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sowie der dem Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) mit dem Titel „Die Zukunft der Notfallmedizin gestalten – aus Sicht von DGAI und BDA“ (Anästh Intensivmed 2024;65:V142–V147) wird die regelmäßige klinische Tätigkeit außerhalb des Rettungsdienstes für alle Notärztinnen und Notärzte als wünschenswert erachtet. Dies sollte sowohl beim ÄLRD als auch bei den Notärztinnen und Notärzten gefordert werden. Sollte sich in Zukunft die Praxis etablieren, dass Notärztinnen und Notärzte (ausschließlich) im Bedarfsfall in kritischen Situationen, die vom nichtärztlichen Personal vor Ort nicht mehr bewältigt werden können, zur Unterstützung (sekundär) hinzugezogen werden, besteht die Gefahr, dass die derzeitige herausragende Expertise der Notärztinnen und Notärzte nicht auf dem hohen Niveau erworben bzw. erhalten werden können. Die Anwendung einer Vielzahl von Techniken, insbesondere in Notfallsituationen, kann ausschließlich im klinischen Einsatz geschult und trainiert werden.

Der Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) ist Teil der rettungsdienstlichen Organisationsstruktur und übernimmt hoheitliche-funktionale Aufgaben. Das Berufsrecht legt die qualifikatorischen Vorgaben (siehe BÄK-Curriculum). Die Implementierung der erhöhten Qualitätsanforderung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ (siehe Absatz 3) erfolgt ohne substantielle Begründung. Obwohl das BÄK-Curriculum Ärztlicher Leiter / Ärztliche Leiterin Rettungsdienst in der Fassung vom 13. März 2025 den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ empfiehlt, ist die Qualifikation auch ohne deren Erwerb erlangbar. Sollten höhere Anforderungen zur Sicherstellung der Qualität und Steuerungsfähigkeit des Rettungsdienstes gefordert werden, so sind die Fortbildungskosten (§ 10 des Gesetzes) ebenfalls systematisch diesem zuzuordnen.

§ 25

Zur Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität ist ein strukturiertes Qualitätsmanagement von essenzieller Bedeutung. Die kontinuierliche Verbesserung erfordert eine umfassende Analyse und Rückmeldung, beispielsweise mittels eines PDCAZyklus. Es bestehen jedoch Defizite hinsichtlich der Rückmeldungen zur Qualität der präklinischen Phase. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen erfolgt keine Rückmeldung zur Verdachtsdiagnose oder Verletzungsschwere. Eine Verbesserung dieser Situation wäre wünschenswert.

Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Michael Wessendorf". The signature is written in a cursive style with a large, stylized 'M' and 'W'.

Michael Wessendorf

Vorsitzender