

UKSH, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, Haus V40, 24105 Kiel
UKSH, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

An den
Sozialausschuss
des Landes Schleswig-Holstein
z.Hd. Herrn Thomas Wagner

per Mail Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender/CEO

E-Mail: ceo@uksh.de
www.uksh.de

Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus V40, 24105 Kiel
Tel.: 0431 500 - 10001

Campus Lübeck
Maria-Goeppert-Str. 7a, 23538 Lübeck
Tel.: 0451 500 - 10002

Datum: 30.8.2026

Landtagsdrucksache 20/4419:

Anhörung des Sozialausschusses des Landtages S-H zum *Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein*

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zur rettungsdienstlichen Versorgung aus Sicht des UKSH im Zuge der Anhörung des Sozialausschusses des schleswig-holsteinischen Landtages.

Unser gemeinsames Ziel sollte ein Rettungsdienstgesetz sein, das Innovation, Digitalisierung und neue Versorgungsformen ermöglicht, gleichzeitig aber **klare medizinische Verantwortlichkeiten, transparente und überprüfbare Versorgungsqualität, funktionierende sektorenübergreifende Schnittstellen und größtmögliche Patientensicherheit** gewährleistet.

Die Weiterentwicklung zwischen dem Kabinettsentwurf und dem aktuell zu kommentierenden vorliegenden Gesetzesentwurf ist erfreulich und erkennbar. Zahlreiche Hinweise aus unserer ersten Stellungnahme wurden aufgenommen und im Entwurf umgesetzt - hierfür danken wir im Sinne der genannten Zielstellung ausdrücklich.

Im Folgenden und in der **Anlage 1** gehen wir auf aus unserer Sicht noch notwendige Ergänzungen und Änderungen ein.

Zusammenfassend sehen wir weiteren Änderungs- und Konkretisierungsbedarf insbesondere bei

- einer patientenbezogenen Definition der rettungsdienstlichen Reaktionszeit, die den Zeitraum ab Aufschaltung des Notrufs bei der Integrierten Leitstelle angemessen berücksichtigt,
- einer überprüfbaren zeitlichen Qualitätsvorgabe für notärztliche Versorgung,
- klaren Anforderungen an die medizinische und logistische Annahmefähigkeit ambulanter Versorgungsangebote einschließlich der Übernahme immobiler und liegend transportierter Patientinnen und Patienten sowie der verbindlichen Beteiligung der Krankenhäuser an der Erstellung und Reevaluation der rettungsdienstlichen Einsatzkategorien,
- der ausdrücklichen gesetzlichen Absicherung der Finanzierung vorgeschriebener Fortbildungen einschließlich Freistellungs- und Vertretungskosten sowie der Einbeziehung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten und des regelmäßigen Kompetenzerhalts im Intensivtransport,
- der Begrenzung von Abweichungen von der NEF-Regelbesetzung auf begründete Ausnahmefälle, eindeutigen Qualifikationsanforderungen für den regulären Notarzteinsatz (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) sowie einer ärztlich verantworteten Entscheidung über die telenotärztliche anstelle einer physischen ärztlichen Transportbegleitung,
- der eindeutigen medizinisch-fachlichen Verantwortungszuordnung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, insbesondere bei ärztlich zu verantwortenden Standardarbeitsanweisungen und Delegationsstrukturen,
- der klaren Abgrenzung zwischen eigenverantwortlichen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, standardisierten ärztlich verantworteten Maßnahmen und ärztlicher Einzeldelegation,
- der derzeit zwingend ausgestalteten Abbestellung bereits alarmierter notärztlicher Unterstützung und der hierfür erforderlichen landesweit einheitlichen medizinischen Kriterien,
- einer verbindlichen Definition der tatsächlichen aktuellen Behandlungskapazität unter Berücksichtigung personeller, räumlicher, diagnostischer und therapeutischer Ressourcen sowie der strukturierten Abbildung von Überlastung und Kapazitätseinschränkungen,
- der Verbindlichkeit und Governance des Behandlungskapazitätenachweises, einschließlich transparenter Regeln für Sonder- und Notzuweisungen und einer ausgewogenen Entscheidungsbeteiligung von Rettungsdienst, Leitstellen und Behandlungseinrichtungen,
- der technischen Interoperabilität und einer sachgerechten Finanzierung der digitalen Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Behandlungseinrichtungen,

- der strukturierten digitalen Übermittlung der präklinischen Einsatzdokumentation an die weiterbehandelnde Einrichtung, mit Bereitstellung behandlungsrelevanter Kerndaten spätestens bei der Patientenübergabe,
- einer echten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die Behandlungseinrichtungen an der Entwicklung gemeinsamer Qualitätsindikatoren beteiligt, relevante Ergebnisse wechselseitig zur Verfügung stellt und einen datenschutzkonformen gegenseitigen Austausch von Qualitätsdaten ermöglicht,
- der Möglichkeit zur strukturierten Zusammenarbeit mit etablierten überregionalen medizinischen Qualitätsregistern, um vorhandene wissenschaftliche Qualitätsstrukturen und Benchmarkingmöglichkeiten zu nutzen.

Gerne stehen Ihnen weiterhin die fachlichen Experten des UKSH für weitere Erörterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz

CEO

Anlage 1: Stellungnahme zum Entwurf eines neuen Rettungsdienstgesetzes für Schleswig-Holstein

Stellungnahme zum Entwurf eines neuen Rettungsdienstgesetzes für Schleswig-Holstein

Landtagsdrucksache 20/4419

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum weiterentwickelten Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein Stellung zu nehmen.

Bereits zum Kabinettsentwurf hatten wir mit unserer ersten Stellungnahme vom Februar 2026 eine Reihe medizinischer, organisatorischer und struktureller Hinweise eingebracht. Wir begrüßen ausdrücklich, dass mehrere dieser Punkte in der nun vorliegenden Landtagsfassung aufgegriffen oder deutlich weiterentwickelt wurden.

Insbesondere begrüßen wir:

- die nun ausdrückliche Einbeziehung der notärztlichen und telenotärztlichen Unterstützung in die Definition der notfallmedizinischen Versorgung nach § 2 Abs. 3; dies entspricht einem konkreten Hinweis, nach der die notfallmedizinische Versorgung nicht allein durch Rettungsdienstfachpersonal beschrieben werden sollte,
- die Weiterentwicklung der Besetzung des Notarzteinsatzfahrzeugs, für das nun regelhaft die Kombination aus Notärztin/Notarzt und Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter vorgesehen ist; damit wurde unser Hinweis zur Sicherung der eigenständigen notfallmedizinischen Handlungsfähigkeit der NEF-Besatzung aufgegriffen, auch wenn weiterhin eine Öffnung für entsprechend qualifizierte Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter besteht,
- die deutliche Präzisierung der Regelungen zu pädiatrischen Transporten. Die ursprünglich sehr weit gefasste Regelung wurde auf Sekundärtransporte früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten eingegrenzt und hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation konkretisiert,
- die zusätzliche landeseinheitliche Qualifikation für den Einsatz auf Rettungseinsatzfahrzeugen und Akuteinsatzfahrzeugen: dies trägt dem Umstand Rechnung, dass neue Einsatzformen eine über die reguläre Berufsausbildung hinausgehende, aufgabenspezifische Qualifikation erfordern,
- die nun ausdrücklich vorgesehene digitale und medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit zwischen Leitstellen und weiteren Versorgungssektoren. Die Regelung in § 23 Abs. 10 greift wesentliche Elemente unseres Hinweises zur Stärkung digitaler Interoperabilität und strukturierter sektorenübergreifender Kommunikation auf,
- die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass Aufwendungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals grundsätzlich zu den Kosten des Rettungsdienstes gehören

können. Dies entspricht unserer wiederholten Forderung, die Finanzierung der gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildung sicherzustellen.

Der aktuelle Entwurf zeigt, dass wesentliche fachliche Hinweise aus dem bisherigen Beteiligungsverfahren in die Weiterentwicklung des Gesetzes eingeflossen sind. Dafür bedanken wir uns ausdrücklich.

Aus Sicht der Patientensicherheit, der medizinischen Qualität und einer klaren Verantwortungsstruktur bestehen jedoch bei mehreren zentralen Regelungen weiterhin Änderungsbedarfe.

§2 Begriffsbestimmungen

§ 2 Abs. 3 – Verbindliche Kriterien und Abnahmeverpflichtung ambulanter Versorgungsangebote

Problemstellung: Die Formulierung in § 4 Abs. 8, Einsätze lediglich „schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und zu speichern“, entspricht weder dem aktuellen Stand der Medizininformatik noch den Anforderungen der sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Während für Leitstellen in § 23 Abs. 10 eine medienbruchfreie Echtzeitübertragung vorgesehen ist, fehlt für die medizinische Einsatzdokumentation des Rettungsdienstes eine rechtliche Verpflichtung zur strukturierten und zeitnahen Bereitstellung an die aufnehmende Notaufnahme bzw. das Integrierte Notfallzentrum (INZ).

Forderung und Begründung: Für weiterbehandelnde Notaufnahmen – insbesondere bei zeitkritischen Schockraum- und Akutinterventionen – sind präklinisch erhobene Vitalparameter, Vortherapien, Medikamentengaben (Dosierungen/Uhrzeiten) und Allergien unmittelbar therapieentscheidend. **Eine Bereitstellung erst nach Schichtende des Rettungsmittels gefährdet die Patientensicherheit.** Die Einsatzdokumentation muss daher zwingend strukturiert, digital, interoperabel (z. B. nach DIVI-Standard) und **innerhalb einer festen Frist von maximal 60 Minuten nach Patientenübergabe medienbruchfrei zur Verfügung gestellt werden.**

§ 4 Aufgabenwahrnehmung

Der Entwurf hält weiterhin daran fest, dass Einsätze lediglich „schriftlich oder elektronisch“ dokumentiert und gespeichert werden können. Gleichzeitig sieht § 23 Abs. 10 für die Leitstellen bereits eine digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit vor.

Diese konsequente Digitalisierung sollte auch für die medizinische Einsatzdokumentation gelten. Insbesondere müssen die für die unmittelbare Weiterbehandlung erforderlichen präklinischen Informationen der aufnehmenden Behandlungseinrichtung rechtzeitig und strukturiert zur Verfügung stehen.

Änderungsvorschlag zu § 4 Abs. 8

„Die Einsätze des Rettungsdienstes und der Luftrettung sind in strukturierter, standardisierter, digital verarbeitbarer und interoperabler Form zu dokumentieren. Die Dokumentation ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben elektronisch zu speichern.

Im Falle eines Transportes in eine Behandlungseinrichtung sind die für die unmittelbare Weiterbehandlung erforderlichen medizinischen Kerndaten spätestens mit der Übergabe der Patientin oder des Patienten in strukturierter digitaler und medienbruchfreier Form zur Verfügung zu stellen. Hierzu gehören insbesondere relevante Vitalparameter und deren Verlauf, verabreichte Medikamente einschließlich Dosierung und Zeitpunkt, bekannte Allergien, wesentliche diagnostische Befunde sowie durchgeführte invasive und therapeutische Maßnahmen.

Die vollständige medizinische Einsatzdokumentation ist der weiterbehandelnden Behandlungseinrichtung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 60 Minuten nach Übergabe der Patientin oder des Patienten, in strukturierter digitaler und medienbruchfreier Form zur Verfügung zu stellen. Hierfür sind interoperable, landesweit einheitliche Datenstandards und technische Schnittstellen zu verwenden.

Die Sprach-, Bild- und Textkommunikation der Integrierten Leitstelle ist elektronisch zu speichern.“

Begründung

Die derzeitige Möglichkeit einer lediglich schriftlichen Einsatzdokumentation entspricht nicht den Anforderungen einer sektorenübergreifenden digitalen Notfallversorgung (siehe auch Kabinettsentwurf Notfallreform: "digitale Rettungskette"). Für die weiterbehandelnde Einrichtung sind insbesondere präklinische Vitalparameter, Medikamentengaben mit Dosierung und Zeitpunkt, Allergien, diagnostische Befunde und durchgeführte Maßnahmen unmittelbar behandlungsrelevant.

Die Übermittlung dieser Kerndaten erst nach Abschluss der vollständigen Einsatzdokumentation kann zu Informationsverlusten, Doppeluntersuchungen und Verzögerungen in Diagnostik und Therapie führen. Daher sollten die für die unmittelbare Weiterbehandlung erforderlichen Informationen bereits bei Patientenübergabe verfügbar sein.

Für die vollständige Einsatzdokumentation schafft eine maximale Frist von 60 Minuten einen verbindlichen und zugleich praktisch umsetzbaren Rahmen. Strukturierte, interoperable Datenstandards ermöglichen darüber hinaus eine medienbruchfreie Weiterverarbeitung in den Informationssystemen der aufnehmenden Behandlungseinrichtungen

§ 8 – Rettungsdienstliche Vorhaltungsstruktur und Hilfsfrist

Wir begrüßen weiterhin ausdrücklich die Abkehr von einer für alle Hilfeersuchen identischen Hilfsfrist und die Einführung medizinisch differenzierter Einsatzkategorien.

Unverändert kritisch sehen wir jedoch die Definition der Zwölf-Minuten-Frist ab Alarmierung durch die Integrierte Leitstelle.

§ 8 Abs. 1 sieht vor, dass ein an einer öffentlichen Straße gelegener Notfall regelhaft innerhalb von höchstens zwölf Minuten nach Alarmierung durch die Integrierte Leitstelle von einem Rettungswagen erreicht werden kann.

Damit bleiben weiterhin die Zeit zwischen Aufschaltung des Notrufs und Anrufannahme, die strukturierte Notrufabfrage, die medizinische Ersteinschätzung sowie die Dispositionszeit außerhalb dieses planerischen Zielwertes.

Positiv ist, dass die Begründung zu § 9 inzwischen ausdrücklich festhält, dass die rettungsdienstlichen Einsatzkategorien auch die Anrufannahme- und Bearbeitungszeit in der Leitstelle berücksichtigen.

Für besonders zeitkritische Notfälle, insbesondere den Herz-Kreislauf-Stillstand, ist **aus Patientensicht jedoch nicht entscheidend, wann ein Rettungsmittel alarmiert wurde, sondern wie viel Zeit vom Beginn des Hilfeersuchens bis zum Eintreffen professioneller Hilfe vergeht.**

Wir halten daher an unserer Empfehlung fest, zusätzlich zur rettungsmittelbezogenen Vorhaltungszeit ein patientenbezogenes Reaktions- beziehungsweise Zugangsintervall vom Eingang des Notrufs bis zum Eintreffen geeigneter Hilfe verbindlich zu erfassen, zu veröffentlichen und in die Qualitätsbewertung einzubeziehen.

Ebenso fehlt weiterhin eine vergleichbare zeitliche Planungsgröße für notarztbesetzte Rettungsmittel. Gerade bei denjenigen Krankheitsbildern und Verletzungsmustern, für die der Notarztindikationskatalog eine notärztliche Versorgung vorsieht, sollte auch die zeitgerechte Verfügbarkeit dieser höchsten präklinischen medizinischen Kompetenz Bestandteil der Qualitätsplanung sein.

Ergänzung zu § 8

Zur Sicherstellung einer entsprechenden notärztlichen Vorhaltungsplanung sollte § 8 um folgenden Absatz ergänzt werden:

„(4) Die Vorhaltungsstruktur notärztlich besetzter Rettungsmittel ist so zu planen und auszugestalten, dass bei Hilfeersuchen, für die nach dem Notarztindikationskatalog gemäß § 16 eine notärztliche Versorgung indiziert ist, die für die jeweilige Einsatzkategorie nach § 9 festgelegten Zielwerte und Zielerreichungsgrade für das Eintreffen notärztlicher Hilfe regelhaft erreicht werden können.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf unterscheidet sachgerecht zwischen der strukturellen Vorhalteplanung des Rettungsdienstes und der medizinisch differenzierten Reaktion auf das individuelle Hilfeersuchen. Die derzeitige Zwölf-Minuten-Regelung des § 8 bildet jedoch ausschließlich das Intervall ab Alarmierung des Rettungswagens ab und lässt damit wesentliche, aus Patientensicht relevante Zeitanteile in der Leitstelle unberücksichtigt.

Für zeitkritische Notfälle sollte deshalb ergänzend ein patientenbezogenes Reaktionsintervall vom Aufschalten des Notrufs bis zum Eintreffen des bedarfsgerechten Rettungsmittels verbindlich definiert, erfasst und als Qualitätsmerkmal bewertet werden. Für die höchste Dringlichkeit sollen medizinisch begründete, landesweit einheitliche Zielwerte und Zielerreichungsgrade festgelegt werden. Die konkreten Zielwerte müssen nicht starr im Gesetz normiert werden, sondern können anhand des Standes der Wissenschaft über die Einsatzkategorien fortentwickelt werden.

Für besonders zeitkritische Krankheitsbilder bietet sich ergänzend eine Bewertung anhand etablierter Tracerdiagnosen und der gesamten Prähospitalzeit an. Dies entspricht aktuellen bundesweiten Konzepten zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst und ermöglicht eine medizinisch sinnvollere Bewertung als eine ausschließlich rettungsmittelbezogene Hilfsfrist.

Digitale Ersthelfersysteme sollen weiterhin konsequent zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls eingesetzt werden. Ihre Eintreffzeit sollte jedoch getrennt von der Eintreffzeit professioneller rettungsdienstlicher Hilfe ausgewiesen werden. Ebenso sollte bei bestehender Notarztindikation die zeitgerechte Verfügbarkeit notärztlicher Kompetenz Bestandteil der Vorhalteplanung und Qualitätssicherung sein.

Damit würde die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Abkehr von einer undifferenzierten Hilfsfrist konsequent zu einem patientenorientierten, medizinisch differenzierten und zugleich messbaren Qualitätsmodell weiterentwickelt.

§ 9 Rettungsdienstliche Einsatzkategorien

§ 9 Absatz 2 sollte wie folgt gefasst beziehungsweise ergänzt werden:

„(2) Rettungsdienstliche Einsatzkategorien nach Absatz 1 sind Kategorien, aus denen verbindliche Vorgaben über die Reaktionszeit, das bedarfsgerechte Rettungsmittel und, soweit medizinisch erforderlich, die Prähospitalzeit resultieren.

Die Reaktionszeit beginnt mit der Aufschaltung des Notrufs bei der Integrierten Leitstelle und endet mit dem Eintreffen des nach der jeweiligen Einsatzkategorie bedarfsgerechten Rettungsmittels am Einsatzort. Sie umfasst insbesondere die Notrufwartezeit, die Erstbearbeitungszeit, das Ausrückintervall sowie die Anfahr- oder Anflugzeit.

Für besonders zeitkritische Einsatzkategorien sind nach dem Stand von Wissenschaft und Technik landesweit einheitliche Zielwerte und Zielerreichungsgrade für die Reaktionszeit festzulegen. Ist nach dem Notarztindikationskatalog gemäß § 16 eine notärztliche

Versorgung indiziert, sind zusätzlich Zielwerte und Zielerreichungsgrade für das Eintreffen notärztlicher Hilfe festzulegen.

Die Zeit bis zum Eintreffen von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den §§ 27 und 28 ist gesondert zu erfassen. Sie ersetzt nicht die Erfassung der Reaktionszeit des bedarfsgerechten Rettungsmittels.

Bei besonders zeitkritischen Krankheitsbildern und Verletzungsmustern sind ergänzend medizinisch begründete Qualitätsziele für die Prähospitalzeit festzulegen. Hierfür können insbesondere wissenschaftlich anerkannte Tracerdiagnosen zugrunde gelegt werden.“

Zu § 9 Abs. 3 – Verbindliche Einbindung der Krankenhäuser bei der Erstellung der Einsatzkategorien

Problemstellung: Die Einführung landesweit einheitlicher Einsatzkategorien zur differenzierten und bedarfsgerechten Steuerung von Rettungsmitteln wird ausdrücklich begrüßt. Gemäß § 9 Abs. 3 werden diese Einsatzkategorien jedoch ausschließlich durch die Träger des Rettungsdienstes, die Träger der Luftrettung und die Kostenträger erstellt und evaluiert. Die Krankenhäuser als Ziel- und Aufnahmeeinrichtungen bleiben unbeteiligt.

Forderung und Begründung: Die Definition der Einsatzkategorien steuert unmittelbar die Patientendisposition, die Voranmeldewege und die Zuweisungsströme in die Zentralen Notaufnahmen sowie in künftige Integrierte Notfallzentren (INZ). **Um Fehlallokationen an der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und klinischer Notfallversorgung zu vermeiden und eine harmonisierte Abstimmung mit den innerklinischen Triage- und Aufnahmekapazitäten zu gewährleisten, ist die verbindliche Beteiligung der Krankenhausgesellschaft bzw. von Vertretern der Notaufnahmen bei der Erstellung und Reevaluation der Einsatzkategorien zwingend erforderlich.**

Änderungsvorschlag für § 9 Abs. 3 Satz 1:

„Die Einsatzkategorien sind landesweit einheitlich durch die Träger des Rettungsdienstes und die Träger der Luftrettung im Benehmen mit den Kostenträgern **sowie unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft zur Vertretung der Zentralen Notaufnahmen** zu erstellen.“

§ 10 – Kosten

Wir begrüßen die Klarstellung in der Gesetzesbegründung ausdrücklich, wonach Aufwendungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung sämtlichen Personals grundsätzlich den Kosten des Rettungsdienstes zugerechnet werden können, sofern sie zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags erforderlich und wirtschaftlich sind.

Da § 22 nun umfangreiche und quantitativ definierte Fortbildungsverpflichtungen für ärztliches und nichtärztliches Personal normiert, sollte diese Finanzierung jedoch nicht allein aus der Begründung abgeleitet werden müssen.

Problemstellung: Die Neufassung des § 10 Abs. 2 verzichtet auf eine taxative Aufzählung von Kostenarten und stellt auf eine haushaltsrechtliche Generalklausel ab. Zwar erwähnt die amtliche Gesetzesbegründung, dass Aufwendungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sämtlichen Personals grundsätzlich erstattungsfähig sind, im Normtext selbst fehlt jedoch eine verbindliche Festschreibung. Zudem werden die notwendigen technischen Vorhaltungen der Kliniken für Rettungsdienst-Schnittstellen durch den pauschalen Ausschluss in § 24 Abs. 4 von der Refinanzierung abgeschnitten.

Forderung und Begründung: Die im Gesetz nach § 22 Abs. 2 und 3 neu normierten, umfangreichen Fortbildungsverpflichtungen (insbesondere das 30-stündige Fortbildungskontingent für Notärztinnen und Notärzte sowie verpflichtende interprofessionelle Teamtrainings) sind zwingender Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung. Um die Gestellung von Notärztinnen und Notärzten durch die Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig abzusichern, müssen sowohl die Sachkosten dieser Fortbildungen als auch die damit verbundenen Personalausfall- und Vertretungskosten gesetzlich als Kosten des Rettungsdienstes definiert werden. Gleiches gilt für die Schnittstellen-IT der Zentralen Notaufnahmen und künftigen Integrierten Notfallzentren (INZ), die ausschließlich zur Erfüllung des rettungsdienstlichen Zuweisungs- und Dokumentationsauftrags (BKN/Telematik) betrieben wird.

Änderungsvorschlag für § 10 Abs. 2:

„Zu den Kosten des Rettungsdienstes und der Luftrettung gehören alle nach den geltenden haushaltsrechtlichen Regelungen der Aufgabenwahrnehmung nach diesem Gesetz zurechenbaren und wirtschaftlichen Kosten einschließlich solcher, die durch Fehlfahrten und Fehleinsätze verursacht werden. **Hierzu zählen insbesondere die nachgewiesenen Sach- und Personalausfallkosten für die gesetzlich vorgeschriebenen Aus- und Fortbildungen des ärztlichen und nichtärztlichen Personals nach § 22 sowie die notwendigen Vorhaltungs- und Schnittstellenkosten der Behandlungseinrichtungen für den Betrieb des Behandlungskapazitätennachweises (§ 24) und die medienbruchfreie Datenübernahme nach § 4 Absatz 8.**“

§14 Besetzung der Rettungsmittel

§ 14 Abs. 1 – Besetzung des Notarzteinsatzfahrzeugs

Notarzteinsatzfahrzeuge sind nun grundsätzlich mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Eine Abweichung zugunsten entsprechend fortgebildeter und eingewiesener Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung bleibt möglich.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass damit die zentrale Forderung nach Beibehaltung der bewährten Kombination Notarzt + Notfallsanitäter als Regelbesetzung aufgegriffen wurde.

Aus Gründen der Patientensicherheit empfehlen wir jedoch, die Abweichungsmöglichkeit enger zu fassen und auf begründete Ausnahmefälle zu beschränken.

Das NEF kann insbesondere bei zeitkritischen Einsatzsituationen als erstes professionelles Rettungsmittel am Einsatzort eintreffen. In dieser Situation sollte die nichtärztliche Einsatzkraft selbstständig das gesamte Spektrum der notfallmedizinischen Erstversorgung auf dem Qualifikationsniveau einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters durchführen können.

Änderungsvorschlag zu § 14 Abs. 1:

„Notarzteinsatzfahrzeuge sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. **Nur in besonders gelagerten und begründeten Ausnahmefällen** können anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters Personen eingesetzt werden, die mindestens Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, entsprechend fortgebildet und auf dem Fahrzeug eingewiesen sind. **Die Gründe der Abweichung sind zu dokumentieren.**“

Begründung

Die vorgesehene Regelbesetzung mit Notarzt und Notfallsanitäter entspricht dem besonderen Versorgungsauftrag des NEF. Die Gesetzesbegründung bezeichnet den Einsatz eines Rettungssanitäters bereits ausdrücklich als Ausnahme. Diese Einschränkung sollte aus Gründen der Patientensicherheit auch im Normtext eindeutig abgebildet werden.

Redaktionelle Korrektur: § 14 Abs. 10 verweist für die vorgeschriebenen Fortbildungen derzeit auf § 23. Die Fortbildungsregelung steht aber in § 22.

§15 Notärztliche Versorgung

§ 15 Abs. 2 – Qualifikation der Notärztinnen und Notärzte

Unverändert sieht der Entwurf vor, dass Notärztinnen und Notärzte über die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder eine von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte vergleichbare Qualifikation verfügen müssen.

Wir halten die bereits in unserer ersten Stellungnahme geäußerte Kritik aufrecht.

Die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin stellt eine definierte, etablierte und überprüfbare Qualifikation dar. Der Begriff einer „vergleichbaren Qualifikation“ bleibt dagegen im Gesetz unbestimmt.

Wir empfehlen daher weiterhin, für die reguläre Teilnahme am Notarztdienst **ausschließlich die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin** vorzusehen. Etwaige Übergangs- oder Anerkennungsregelungen könnten bei Bedarf gesondert normiert werden.

§ 17 – Telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung

Die telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung stellt eine sinnvolle Ergänzung des Rettungsdienstsystems dar und kann insbesondere zur medizinischen Beratung, zur individualisierten Delegation heilkundlicher Maßnahmen und zur Vermeidung unnötiger Ressourcennutzung beitragen.

Positiv ist, dass § 21 Abs. 3 inzwischen die Verantwortungsverteilung bei ärztlich delegierten Maßnahmen nun klar beschreibt.

Ungeklärt bleibt jedoch in § 17 Abs. 2 Nr. 4, **wer und anhand welcher Kriterien entscheidet, dass eine physische ärztliche Transportbegleitung nicht erforderlich und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist.**

Diese **Substitutionsentscheidung ist medizinisch** und haftungsrechtlich relevant und sollte daher nach landesweit einheitlichen medizinischen Kriterien sowie **unter klarer ärztlicher Verantwortung** erfolgen

Änderungsvorschlag zu § 17 Abs. 2 Nr. 4

„4. Begleitung von Notfall- und Sekundärtransporten, sofern eine Arztbegleitung nicht notwendig und eine telenotärztliche Begleitung ausreichend ist. **Die Feststellung, dass eine physische ärztliche Transportbegleitung nicht erforderlich ist, ist eine ärztliche Entscheidung und erfolgt auf Grundlage landesweit einheitlicher medizinischer Kriterien. Die Eignung der telenotärztlichen Begleitung für den konkreten Transport ist durch die Telenotärztin oder den Telenotarzt zu bestätigen.**“

Ergänzung zur digitalen Datenübertragung

Der Entwurf sieht bislang keine ausdrückliche Verpflichtung vor, die im Rahmen der Telenotfallmedizin erhobenen medizinischen Informationen digital an die weiterbehandelnde Einrichtung zu übermitteln.

Ergänzung des § 17 um einen neuen Absatz:

§17 (5) **NEU** „Im Falle eines Transportes in eine Behandlungseinrichtung sind die für die Weiterbehandlung erforderlichen telenotfallmedizinisch erhobenen Befunde und durchgeführten Maßnahmen der aufnehmenden Behandlungseinrichtung elektronisch, strukturiert, standardisiert und medienbruchfrei zur Verfügung zu stellen. Die hierfür erforderlichen technischen Schnittstellen sind interoperabel auszugestalten.“

Begründung

Die Substitution einer physischen ärztlichen Transportbegleitung durch eine telenotärztliche Begleitung erfordert aufgrund ihrer medizinischen und haftungsrechtlichen Bedeutung klare, landesweit einheitliche Kriterien und eine eindeutig zugeordnete ärztliche Verantwortung.

Zugleich sollten die im Rahmen der Telenotfallmedizin bereits erhobenen Befunde und durchgeführten Maßnahmen digital für die Weiterbehandlung verfügbar sein. Dies vermeidet Informationsverluste, unnötige Doppeluntersuchungen und Medienbrüche an der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus.

§ 20 – Leitung Medizinische Versorgung

Wir erkennen an, dass die jetzige Regelung gegenüber dem früheren Entwurf eine deutliche Präzisierung erfahren hat.

Stellung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst

Die Leitung Medizinische Versorgung muss mindestens aus einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst und einer Notfallsanitäterin beziehungsweise einem Notfallsanitäter bestehen. Zu ihren Aufgaben zählen insbesondere qualitätssichernde Einsatzbegleitung und Evaluation, Erstellung und Anpassung medizinischer Standardarbeitsanweisungen sowie Schnittstellenmanagement.

Diese Konkretisierung begrüßen wir.

Gleichzeitig beschreibt die Gesetzesbegründung ausdrücklich einen Wechsel von der bisherigen ärztlichen Leitungsstruktur hin zu einem interprofessionellen Modell der „horizontalen Arbeitsteilung“.

Aus medizinischer Sicht muss jedoch gewährleistet bleiben, dass **die Ärztliche Leitung Rettungsdienst** für diejenigen Aufgaben, die ärztliches Handeln, ärztliche Delegation, medizinische Standards und die Indikationsstellung zu heilkundlichen Maßnahmen betreffen, **eine eindeutige fachliche Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz** besitzt.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie darf jedoch nicht zu einer Unklarheit darüber führen, wer die medizinische Letztverantwortung für ärztlich verantwortete Standardarbeitsanweisungen und Delegationsentscheidungen trägt.

Wir empfehlen deshalb eine entsprechende Klarstellung im Gesetz.

Änderungsvorschlag zu § 20 Abs. 2:

„Zu den Aufgaben der Leitung Medizinische Versorgung gehören insbesondere [...] die Erstellung und regelmäßige Anpassung medizinischer Standardarbeitsanweisungen. **Soweit diese ärztlich zu verantwortende heilkundliche Maßnahmen oder die ärztliche Delegation betreffen, bedürfen sie der medizinisch-fachlichen Freigabe und Verantwortung durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst.**“

Begründung

Das interprofessionelle Leitungsmodell soll die unterschiedlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen sinnvoll zusammenführen. Gleichzeitig muss die ärztliche Verantwortung dort eindeutig bleiben, wo medizinische Standards die ärztliche Delegation oder ärztlich zu verantwortende heilkundliche Maßnahmen betreffen. Dies schafft Rechtssicherheit, ohne die gesetzlich vorgesehenen eigenständigen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter einzuschränken.

§ 21 – Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Die ausbildungsgerechte Nutzung der Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern und die nun deutlichere Differenzierung zwischen eigenverantwortlichen Maßnahmen nach § 2a NotSanG, standardisierten Maßnahmen und ärztlicher Einzeldelegation werden begrüßt.

Für die regelhafte Versorgung sollte zugleich eindeutig erkennbar sein, dass standardisierbare heilkundliche Maßnahmen auf Grundlage landesweit einheitlicher und **ärztlich verantworteter Standardarbeitsanweisungen** erfolgen. Dies entspricht § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c NotSanG und wird auch in der Gesetzesbegründung vorausgesetzt.

Die eigenverantwortliche Befugnis nach § 2a NotSanG bleibt hiervon uneingeschränkt unberührt.

Änderungsvorschlag zu § 21 Abs. 2:

„Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen [...] eigenständig durch, sofern sie in **landesweit einheitlich freigegebenen und von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst medizinisch verantworteten Standardarbeitsanweisungen** beschrieben und vorgesehen sind [...]“

Begründung:

Die Ergänzung stellt die Verantwortungszuordnung für standardisierte heilkundliche Maßnahmen unmittelbar im Gesetz klar. Sie stärkt Rechtssicherheit und landeseinheitliche Versorgungsqualität, ohne die eigenverantwortlichen Befugnisse der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nach § 2a NotSanG einzuschränken.

Redaktionelle Korrektur: In der Begründung zu § 21 Abs. 1 wird bei der eigenverantwortlichen Hinzuziehung eines (Tele-)Notarztes auf „§ 22 Absatz 1 und Absatz 3“ verwiesen. Das dürfte offensichtlich ein **fehlerhafter Verweis** sein, denn § 22 regelt die Fortbildung.

Nachfolgender Punkt bleibt aus unserer Sicht einer der wesentlichsten Änderungsbedarfe:

§ 21 Abs. 4 – Hinzuziehung und Abbestellung notärztlicher Unterstützung

Der Entwurf sieht vor, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter anhand ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes über die Hinzuziehung nicht primär alarmierter notärztlicher Unterstützung entscheiden.

Weiter heißt es: Wenn die Hinzuziehung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung nach Einschätzung der Notfallsanitäterin oder des Notfallsanitäters nicht mehr erforderlich ist, muss die bereits erfolgte Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden.

Wir halten diese zwingende Regelung weiterhin für problematisch.

Die Entscheidung über die Vorhaltung beziehungsweise Abbestellung notärztlicher Kompetenz sollte nicht ausschließlich von einer individuellen situativen Einschätzung abhängig sein, sondern **mindestens** an den **landeseinheitlichen Notarztindikationskatalog**, die zugrunde liegenden Standardarbeitsanweisungen und die voraussichtlich erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gebunden werden.

Insbesondere sollte durch eine Abbestellung nicht regelhaft eine Situation geschaffen werden, in der anschließend heilkundliche Maßnahmen nach § 2a NotSanG notwendig werden, obwohl zuvor bereits eine Notärztin oder ein Notarzt alarmiert war.

Änderungsvorschlag

„Für den Fall, dass die Einschätzung des Gesundheitszustandes eine Diagnostik und Therapie mit den landeseinheitlich freigegebenen Standardarbeitsanweisungen als ausreichend erscheinen lässt, keine darüber hinausgehenden heilkundlichen Maßnahmen zu erwarten sind und der Notarztindikationskatalog keine notärztliche Versorgung vorsieht, kann die bereits erfolgte Alarmierung notärztlicher Unterstützung aufgehoben werden.“

Die Formulierung „kann“ erscheint uns hier gegenüber dem gegenwärtigen zwingenden „muss“ sachgerechter.

§ 22 – Fortbildung

Die klaren Fortbildungsvorgaben des Entwurfs begrüßen wir ausdrücklich. § 22 verpflichtet die Träger erstmals umfassend zur Fortbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals und legt hierfür konkrete Stundenumfänge fest. Für Notärztinnen und Notärzte sind beispielsweise durchschnittlich 30 Stunden jährlich einschließlich mindestens acht Stunden

interprofessionellen praktischen Trainings vorgesehen. Die Refinanzierung der dadurch entstehenden Kosten sollte deshalb korrespondierend in § 10 Abs. 2 eindeutig geregelt werden.

Besonders positiv bewerten wir die Verpflichtung von Notärztinnen und Notärzten zu durchschnittlich 30 Stunden notfallrettungsrelevanter Fortbildung pro Jahr und die Vorgabe, mindestens acht Stunden als interprofessionelles praktisches Training durchzuführen.

Auch die verpflichtenden gemeinsamen Trainings von ärztlichem und nichtärztlichem Personal sind aus unserer Sicht ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit und zum Crew Resource Management.

Weiteren Konkretisierungsbedarf sehen wir beim maximal zulässigen Online-Anteil: **„Praktische und interprofessionelle Fortbildungsanteile müssen ihrem Charakter entsprechend als praktische Trainings durchgeführt werden.“**, bei der ausdrücklichen Einbeziehung weiterhin tätiger Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sowie bei einer verbindlichen, regelmäßig zu wiederholenden Spezialqualifikation für den Einsatz auf Intensivtransportwagen.

Änderungsvorschlag zu § 22 Abs. 3:

„Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, **Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten** sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind jährlich durchschnittlich 40 Stunden [...] fortzubilden.“

Ergänzend:

„Für Personal, das auf Intensivtransportwagen eingesetzt wird, ist die aufgabenspezifische Qualifikation durch regelmäßig zu wiederholende, landeseinheitlich geregelte intensivtransportbezogene Fortbildungen aufrechtzuerhalten.“

Begründung:

Die Ergänzungen schaffen einheitliche Fortbildungsanforderungen auch für weiterhin tätige Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten und sichern bei der hochspezialisierten intensivmedizinischen Transportversorgung den dauerhaften Kompetenzerhalt.

§ 24 Behandlungskapazitätennachweis

§ 24 Abs. 4 – Kosten des Behandlungskapazitätennachweises

Der derzeitige pauschale Ausschluss sämtlicher den Behandlungseinrichtungen entstehender Kosten ist zu weitgehend.

Änderungsvorschlag

§ 24 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Die den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes. Hiervon ausgenommen sind notwendige technische Vorhaltungs- und Schnittstellenkosten, die den Behandlungseinrichtungen unmittelbar durch die Anbindung an und die Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises nach diesem Gesetz entstehen.“

Begründung

Die Gesetzesbegründung zu § 10 erkennt bereits ausdrücklich an, dass notwendige Aufwendungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals Kosten des Rettungsdienstes sein können. Angesichts der nun in § 22 gesetzlich festgelegten Fortbildungspflichten sollte dies einschließlich der erforderlichen Freistellungs- und Vertretungskosten unmittelbar im Gesetz klargestellt werden.

Gleichzeitig sollte § 24 Abs. 4 nicht solche technischen Kosten der Behandlungseinrichtungen von der Refinanzierung ausschließen, die ausschließlich durch die gesetzlich vorgesehene Einbindung in den Behandlungskapazitätenachweis entstehen. Andernfalls werden notwendige rettungsdienstliche Schnittstellen einseitig den Krankenhäusern zugeordnet.

§ 23 – Integrierte Leitstelle

Die Weiterentwicklung dieses Paragraphen begrüßen wir ausdrücklich.

Besonders positiv sind die standardisierte Notrufabfrage, landeseinheitliche Einsatzkategorien, die Einbeziehung anderer Versorgungssektoren, die Kooperation mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit.

Damit werden wesentliche Elemente einer modernen, interoperablen Leitstellenstruktur geschaffen.

Wir empfehlen ergänzend, auch für die sektorenübergreifende Weitergabe von Hilfeersuchen ausdrücklich festzulegen, dass hierfür strukturierte, interoperable technische Schnittstellen zu verwenden sind.

Eine rein digitale Kommunikation ist nicht automatisch interoperabel. Gerade vor dem Hintergrund der geplanten bundesweiten Reform der Notfallversorgung sollte Schleswig-Holstein hier möglichst frühzeitig verbindliche technische Standards etablieren.

Änderungsvorschlag zu § 23 Abs. 4 bzw. Abs. 10:

„Die sektorenübergreifende Weitergabe von Hilfeersuchen und Einsatzdaten erfolgt über strukturierte, standardisierte, interoperable digitale Schnittstellen unter Beachtung landesweit einheitlicher und, soweit vorhanden, bundesweit geltender technischer Standards.“

Begründung:

Der Entwurf verlangt bereits eine digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe und die Einbeziehung anderer Versorgungssektoren. Er enthält jedoch keine ausdrückliche Verpflichtung zur Verwendung strukturierter und interoperabler Schnittstellen.

Eine rein digitale Datenübertragung verhindert Medienbrüche nicht automatisch und gewährleistet insbesondere keine strukturierte Weiterverarbeitung in den nachfolgenden Versorgungssystemen. Die ausdrückliche Interoperabilitätsvorgabe schafft daher eine belastbare technische Grundlage für sektorenübergreifende Steuerung und erleichtert die spätere Anbindung an bundesweit einheitliche Strukturen.

§ 24 – Behandlungskapazitätennachweis

§ 24 Abs. 1 – Definition der Behandlungskapazität und Abbildung von Überlastung

Der Entwurf verpflichtet die angeschlossenen Behandlungseinrichtungen, ihre jeweils „aktuellen Behandlungskapazitäten“ im Behandlungskapazitätennachweis zu dokumentieren. Eine nähere Definition dieses Begriffs erfolgt jedoch nicht.

Aus Sicht der Zentralen Notaufnahmen ist die **stationäre Bettenlage allein kein geeigneter Maßstab für die aktuelle Aufnahme- und Behandlungsfähigkeit**. Eine Behandlungseinrichtung kann trotz formal verfügbarer Betten aufgrund fehlender personeller, räumlicher, diagnostischer oder therapeutischer Ressourcen aktuell nicht in der Lage sein, weitere Patientinnen und Patienten sachgerecht zu versorgen.

Ergänzungsvorschlag zu § 24 Abs. 1

„**Behandlungskapazität im Sinne dieses Gesetzes ist die aktuelle Fähigkeit einer Behandlungseinrichtung, Patientinnen und Patienten entsprechend der erforderlichen Dringlichkeit und dem erforderlichen medizinischen Versorgungsbedarf als Notfall aufzunehmen und sachgerecht zu behandeln. Dabei sind insbesondere die verfügbaren räumlichen Behandlungskapazitäten, die ärztlichen und pflegerischen Personalressourcen sowie die erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und technischen Ressourcen der Notaufnahmen zu berücksichtigen.**“

Zusätzlich:

„Der Behandlungskapazitätennachweis muss die landesweit einheitliche und strukturierte Abbildung aktueller Kapazitätseinschränkungen, drohender oder bestehender Überlastung sowie einer vorübergehenden Nichtverfügbarkeit einzelner Versorgungsangebote ermöglichen.“

Begründung

Der Behandlungskapazitätennachweis kann seine **Steuerungsfunktion** nur erfüllen, wenn er die tatsächliche aktuelle Versorgungsfähigkeit und nicht lediglich formal vorhandene Notfallkapazitäten oder grundsätzlich angebotene Leistungen abbildet.

Gerade in Zentralen Notaufnahmen kann eine relevante Überlastung bei gleichzeitig formal vorhandenen stationären Kapazitäten bestehen. Die strukturierte Abbildung von Personal-, Raum-, Diagnostik- und Therapieengpässen sowie einer aktuellen Überlastung verbessert deshalb die Qualität der Zielzuweisung und verhindert Fehlsteuerungen in bereits nicht mehr aufnahmefähige Versorgungsstrukturen.

Die konkrete technische Ausgestaltung der Statusmeldungen kann nach § 24 Abs. 3 beziehungsweise auf Grundlage der Verordnungsermächtigung nach § 33 Nr. 10 geregelt werden.

§ 24 Abs. 2 und Abs. 3 – Verbindliche Berücksichtigung der Behandlungskapazität und BKN-Governance

§ 24 Abs. 2 sieht bereits vor, dass die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in der Notfallrettung auf Grundlage des digitalen Behandlungskapazitätennachweises erfolgt.

Der BKN ermöglicht bereits die strukturierte Abbildung von Kapazitätseinschränkungen und Nichtverfügbarkeiten sowie Sonder- und Notzuweisungen. Nicht ausreichend eindeutig geregelt ist jedoch, welche Verbindlichkeit diese Informationen für die Zuweisungsentscheidung besitzen und nach welchen landesweit einheitlichen Kriterien Abweichungen erfolgen.

Die bereits etablierten Strukturen des BKN-Nutzerbeirats und der regionalen Qualitätszirkel sollten deshalb ausdrücklich in § 24 Abs. 3 einbezogen und für die fortlaufende Standardisierung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des BKN genutzt werden.

Änderungsvorschlag zu § 24 Abs. 2

„Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in geeignete Behandlungseinrichtungen erfolgt in der Notfallrettung unter verbindlicher Berücksichtigung der im Behandlungskapazitätennachweis dokumentierten aktuellen Behandlungskapazitäten und Kapazitätseinschränkungen nach Maßgabe der landesweit einheitlichen Regelungen gemäß Absatz 3. Eine Zuweisung entgegen einer dokumentierten erheblichen Kapazitätseinschränkung oder Nichtverfügbarkeit ist in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig. Die Gründe für die abweichende Zuweisung sind zu

dokumentieren. Die Versorgung unmittelbar lebensbedrohlich erkrankter oder verletzter Patientinnen und Patienten bleibt unberührt.“

Begründung

Die gesetzlich vorgesehene Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises sollte nicht lediglich informatorischen Charakter haben. Dokumentierte Kapazitätseinschränkungen müssen grundsätzlich Auswirkungen auf die Auswahl der Zielbehandlungseinrichtung haben.

Nur wenn die Leitstelle die tatsächliche Aufnahme- und Behandlungsfähigkeit verbindlich in die Zuweisungsentscheidung einbezieht, kann der Behandlungskapazitätennachweis wirksam zur Vermeidung von Überlastung, Sekundärverlegungen und unnötigen Verzögerungen der Patientenversorgung beitragen.

Änderungsvorschlag zu § 24 Abs. 3

„Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit und zur Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises wird im Rahmen einer landesweit einheitlichen Vereinbarung zwischen den am Behandlungskapazitätennachweis beteiligten Stellen festgelegt. **Die Vereinbarung regelt insbesondere**

- 1. die einheitliche Definition und Anwendung der Behandlungskapazitäten und Kapazitätsstatus,**
- 2. die Anforderungen an Aktualität und Pflege der Angaben,**
- 3. die Kriterien und Verfahren für Sonder- und Notzuweisungen sowie sonstige Zuweisungen entgegen dokumentierten Kapazitätseinschränkungen,**
- 4. die erforderlichen Kommunikations- und Dokumentationswege sowie**
- 5. die Qualitätssicherung und regelmäßige Weiterentwicklung des Behandlungskapazitätennachweises.**
6. Die Mitnutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch andere Bundesländer unter Berücksichtigung der landesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen

Hierzu sind ein landesweiter BKN-Nutzerbeirat sowie regionale Qualitätszirkel unter Beteiligung der Träger der Leitstellen, der Träger des Rettungsdienstes, des Landes und der Behandlungseinrichtungen vorzusehen. Der BKN-Nutzerbeirat begleitet die landesweit einheitliche Anwendung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Behandlungskapazitätennachweises; die regionalen Qualitätszirkel dienen insbesondere der operativen Prozessoptimierung und Qualitätssicherung.

Bei Entscheidungen über die Definition und Bewertung von Behandlungskapazitäten und Kapazitätsstatus sowie über die Kriterien für Sonder- und Notzuweisungen und sonstige Zuweisungen entgegen dokumentierten Kapazitätseinschränkungen ist eine gleichberechtigte Entscheidungsbeteiligung der Behandlungseinrichtungen einerseits und der Träger der Leitstellen und des Rettungsdienstes andererseits sicherzustellen. Hierfür ist ein gleiches Stimmgewicht beider Seiten vorzusehen.“

Begründung

Der Gesetzentwurf greift mit § 24 Abs. 3 bereits die bestehende Vereinbarung zur Organisation des Behandlungskapazitätennachweises sowie den etablierten BKN-Nutzerbeirat/BKN Governance System auf und stellt diese Strukturen auf eine gesetzliche Grundlage. Diese bestehenden Strukturen sollten genutzt werden, um Definitionen, Statusmeldungen, Sonderzuweisungen und Qualitätssicherung landesweit einheitlich festzulegen und fortlaufend weiterzuentwickeln.

Dabei betreffen insbesondere die Definition der Behandlungskapazität, die Bewertung von Überlastungs- und Kapazitätsstatus sowie die Regeln für Zuweisungen entgegen dokumentierter Einschränkungen unmittelbar die Schnittstelle zwischen präklinischer Steuerung und tatsächlicher klinischer Versorgungsfähigkeit. Diese Entscheidungen dürfen daher nicht strukturell von einer Seite allein bestimmt werden können.

Eine gleichberechtigte Stimmgewichtung zwischen den Behandlungseinrichtungen und den Trägern von Leitstellen und Rettungsdienst gewährleistet, dass sowohl die Anforderungen einer effizienten Patientensteuerung als auch die tatsächlichen personellen, räumlichen und medizinischen Ressourcen der Behandlungseinrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Dies stärkt die Akzeptanz und Verbindlichkeit der BKN-Regelungen und schafft eine ausgewogene Grundlage für die gemeinsame Qualitätssicherung

§ 24 Abs. 4 – Kosten der Behandlungseinrichtungen

Die unveränderte Regelung, wonach sämtliche den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten von den Kosten des Rettungsdienstes ausgeschlossen sind, wird weiterhin kritisch bewertet.

Dies betrifft insbesondere technische Aufwendungen, die Behandlungseinrichtungen unmittelbar aufgrund ihrer gesetzlich vorgesehenen Einbindung in den Behandlungskapazitätennachweis und die digitale rettungsdienstliche Zuweisung entstehen.

Soweit technische Infrastruktur ausschließlich oder anteilig zur Erfüllung dieser rettungsdienstlichen Schnittstellenaufgaben erforderlich ist, sollte **ein pauschaler Ausschluss von der Refinanzierung vermieden** werden.

Änderungsvorschlag zu § 24 Abs. 4:

„Die den Behandlungseinrichtungen entstehenden Kosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes. **Hiervon ausgenommen sind notwendige, nachgewiesene und wirtschaftliche Kosten, die den Behandlungseinrichtungen unmittelbar durch die nach diesem Gesetz erforderliche technische Anbindung an den Behandlungskapazitätennachweis, die strukturierte elektronische Übermittlung von Behandlungskapazitäten oder sonstige gesetzlich vorgesehene digitale Schnittstellen zum Rettungsdienst entstehen.** Soweit die hierfür eingesetzte Infrastruktur zugleich anderen

Zwecken dient, ist nur der dem Rettungsdienst zurechenbare Kostenanteil berücksichtigungsfähig.“

Begründung

Der Behandlungskapazitätennachweis ist nach § 24 Bestandteil der rettungsdienstlichen Zuweisungsstruktur. Behandlungseinrichtungen müssen hierfür aktuelle Kapazitätsinformationen bereitstellen; zugleich erfolgt die Zuweisung in der Notfallrettung auf Grundlage dieses Systems.

Mit der verpflichtenden digitalen Einbindung der Behandlungseinrichtungen in den Behandlungskapazitätennachweis und die sektorenübergreifende Übermittlung medizinischer Einsatzdaten **entstehen technische Anforderungen, die unmittelbar aus der rettungsdienstlichen Versorgung resultieren**. Diese spezifischen Schnittstellenkosten sollten nicht pauschal der allgemeinen Krankenhausinfrastruktur zugerechnet werden. Die Begrenzung auf notwendige, wirtschaftliche und unmittelbar zurechenbare Kosten verhindert zugleich eine Finanzierung allgemeiner Krankenhaus-IT aus Mitteln des Rettungsdienstes.

Positiv ist, dass der Entwurf die Qualitätssicherung über die präklinische Versorgung hinaus auf den weiteren Behandlungspfad ausdehnt. § 25 sieht ausdrücklich die Einbeziehung klinischer Daten zur Bewertung der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen vor; § 26 Abs. 5 ermöglicht darüber hinaus die Einbeziehung von Daten der Behandlungseinrichtungen in die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Regelung bleibt jedoch einseitig. Während klinische Daten für die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes genutzt werden sollen, sieht § 26 Abs. 4 die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse ausschließlich an die Träger des Rettungsdienstes vor. Eine entsprechende Bereitstellung relevanter präklinischer Qualitätsdaten und Auswertungsergebnisse an die beteiligten Behandlungseinrichtungen ist nicht vorgesehen.

Für eine tatsächliche **Qualitätssicherung entlang des gesamten Behandlungspfades** sollte daher ein geregelter, zweckgebundener und datenschutzkonformer gegenseitiger Datenaustausch vorgesehen werden.

Änderungsvorschlag zu § 26 Abs. 4:

„Die Auswertungsergebnisse sind den Trägern des Rettungsdienstes und der Luftrettung digital bereitzustellen. **Soweit die Auswertung den sektorenübergreifenden Behandlungspfad betrifft, sind die für die Qualitätssicherung relevanten Ergebnisse auch den beteiligten Behandlungseinrichtungen in geeigneter, datenschutzkonformer Form zur Verfügung zu stellen.**“

Ergänzung zu § 26 Abs. 5:

„Zum Zweck der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist ein gegenseitiger Austausch der hierfür erforderlichen Qualitätsdaten zwischen Rettungsdienst und Behandlungseinrichtungen zu ermöglichen. Die hierfür erforderlichen Daten sind standardisiert und, soweit der Zweck dies zulässt, pseudonymisiert oder aggregiert zu verarbeiten. Der Datenaustausch ist auf die für die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des jeweiligen Behandlungspfades erforderlichen Daten zu beschränken.“

Begründung

Eine patientenbezogene Qualitätssicherung endet nicht an der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus. Klinische Diagnosen, Therapieverläufe und Behandlungsergebnisse sind für die Bewertung der präklinischen Versorgung ebenso relevant wie präklinische Zeitintervalle, Vitalparameter, Therapien und Transportentscheidungen für die Bewertung nachfolgender klinischer Prozesse.

Der Entwurf ermöglicht bereits die Nutzung klinischer Daten für die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes, sieht jedoch keine entsprechende Rückmeldung relevanter Ergebnisse an die Behandlungseinrichtungen vor. Ein geregelter gegenseitiger Datenaustausch ermöglicht erstmals eine gemeinsame Analyse des gesamten Behandlungspfades und schafft die Grundlage für sektorenübergreifende Qualitätsverbesserungen.

§ 26 Zentrale Stelle Rettungsdienst

Ergänzung zu § 26 Abs. 3 – Beteiligung der Behandlungseinrichtungen

Soweit Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren den sektorenübergreifenden Behandlungspfad und damit auch Prozesse oder Ergebnisse der weiterbehandelnden Einrichtungen betreffen, sollten die Behandlungseinrichtungen an deren Entwicklung beteiligt werden.

Änderungsvorschlag zu § 26 Abs. 3:

„Die Zentrale Stelle Rettungsdienst unterstützt die Träger des Rettungsdienstes mit ihren integrierten Leitstellen und die Träger der Luftrettung bei der Festlegung von landesweit einheitlichen übergeordneten Qualitätszielen mit Bezug zur Patientenversorgung und daraus resultierenden Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren sind im Benehmen mit den Kostenträgern festzulegen und zu veröffentlichen.

Soweit Qualitätsziele oder Qualitätsindikatoren den sektorenübergreifenden Behandlungspfad oder die Schnittstelle zu Behandlungseinrichtungen betreffen, sind die betroffenen Behandlungseinrichtungen beziehungsweise ihre maßgeblichen Landesvertretungen angemessen an deren Entwicklung und Fortschreibung zu beteiligen.“

Begründung

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung setzt voraus, dass Qualitätsindikatoren nicht ausschließlich aus der Perspektive des Rettungsdienstes entwickelt werden. Sobald

beispielsweise Übergabeprozesse, Zielklinikentscheidung, Zeitintervalle bis zur klinischen Intervention oder Behandlungsergebnisse bewertet werden, betreffen die Indikatoren unmittelbar auch die Prozesse und Ressourcen der weiterbehandelnden Einrichtungen.

Die Behandlungseinrichtungen sollten deshalb bei der Entwicklung solcher Indikatoren angemessen beteiligt werden. Dies verbessert die fachliche Validität, verhindert einseitige Verantwortungszuordnungen und erhöht die Akzeptanz der daraus abgeleiteten Qualitätsbewertungen.

Einbindung etablierter medizinischer Qualitätsregister

Die im Entwurf vorgesehene landeseinheitliche Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird begrüßt. Ergänzend sollte ermöglicht werden, bereits etablierte überregionale medizinische Qualitätsregister in die Qualitätssicherung einzubeziehen.

Für relevante zeitkritische Krankheitsbilder und Verletzungen bestehen bereits wissenschaftlich etablierte Register mit standardisierten Datensätzen und Benchmarkingverfahren, beispielsweise das Netzwerk Universitätsmedizin Plattform für Daten aus der Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin AKTIN, Deutsche Reanimationsregister und das TraumaRegister DGU®. Eine Nutzung dieser bestehenden Strukturen kann zusätzliche Erkenntnisse zur Versorgungsqualität ermöglichen und parallele Datenstrukturen vermeiden.

Ergänzungsvorschlag – neuer § 26 Abs. 6:

„Die Zentrale Stelle Rettungsdienst kann zum Zweck der Qualitätssicherung mit etablierten überregionalen medizinischen Qualitätsregistern und vergleichbaren Qualitätssicherungssystemen zusammenarbeiten. Soweit dies zur Analyse und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erforderlich ist, können hierfür geeignete Daten in standardisierter Form gegenseitig übermittelt und verarbeitet werden. Die Daten sind vorrangig anonymisiert oder aggregiert und, soweit dies für den jeweiligen Zweck nicht ausreichend ist, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen pseudonymisiert zu verarbeiten. Die Grundsätze der Zweckbindung und Datenminimierung sind zu beachten.“

Begründung

Für einzelne zeitkritische Krankheitsbilder und Verletzungsmuster bestehen bereits etablierte medizinische Qualitätsregister, die standardisierte Datensätze, wissenschaftlich entwickelte Qualitätsindikatoren und überregionale Vergleichsmöglichkeiten bereitstellen. Hierzu gehören beispielsweise das Netzwerk Universitätsmedizin Plattform für Daten aus der Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin AKTIN, das Deutsche Reanimationsregister für die Versorgung des Herz-Kreislauf-Stillstands und das TraumaRegister DGU® für die Schwerverletztenversorgung.

Die Nutzung bestehender Registerstrukturen ermöglicht ein Benchmarking der rettungsdienstlichen Versorgung Schleswig-Holsteins über die Landesgrenzen hinaus und kann

gleichzeitig redundante Datenerhebungen und parallele Qualitätssicherungsstrukturen vermeiden.

Der Gesetzentwurf erlaubt bislang zwar wissenschaftliche Analysen und die Einbeziehung von Daten anderer Gesundheitseinrichtungen, enthält jedoch keine ausdrückliche Regelung für einen Datenaustausch mit externen medizinischen Qualitätsregistern. Eine entsprechende Rechtsgrundlage schafft Klarheit für diese Zusammenarbeit und ermöglicht zugleich eine datensparsame und zweckgebundene Nutzung etablierter Qualitätssicherungssysteme.

Zusammenfassung

Der gegenüber dem Kabinettsentwurf weiterentwickelte Gesetzentwurf enthält eine Reihe wesentlicher Verbesserungen, die wir ausdrücklich begrüßen.

Besonders positiv bewerten wir die stärkere Ausgestaltung der notärztlichen Versorgung, die grundsätzlich vorgesehene Besetzung des Notarzteeinsatzfahrzeugs mit Notfallsanitäterin beziehungsweise Notfallsanitäter und Notärztin beziehungsweise Notarzt, die Präzisierung der pädiatrischen Transportregelungen, die zusätzlichen Qualifikationsanforderungen für spezialisierte Rettungsmittel, die verbindlicher gefassten Fortbildungsanforderungen sowie die deutliche Weiterentwicklung digitaler und sektorenübergreifender Leitstellenstrukturen.

Weiteren Änderungs- und Konkretisierungsbedarf sehen wir insbesondere bei

- **einer patientenbezogenen Definition der rettungsdienstlichen Reaktionszeit, die den Zeitraum ab Aufschaltung des Notrufs bei der Integrierten Leitstelle angemessen berücksichtigt,**
- **einer überprüfbaren zeitlichen Qualitätsvorgabe für notärztliche Versorgung,**
- **klaren Anforderungen an die medizinische und logistische Annahmefähigkeit ambulanter Versorgungsangebote einschließlich der Übernahme immobiler und liegend transportierter Patientinnen und Patienten sowie der verbindlichen Beteiligung der Krankenhäuser an der Erstellung und Reevaluation der rettungsdienstlichen Einsatzkategorien,**
- **der ausdrücklichen gesetzlichen Absicherung der Finanzierung vorgeschriebener Fortbildungen einschließlich Freistellungs- und Vertretungskosten sowie der Einbeziehung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten und des regelmäßigen Kompetenzerhalts im Intensivtransport,**
- **der Begrenzung von Abweichungen von der NEF-Regelbesetzung auf begründete Ausnahmefälle, eindeutigen Qualifikationsanforderungen für den regulären Notarztdienst (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) sowie einer ärztlich verantworteten**

Entscheidung über die telenotärztliche anstelle einer physischen ärztlichen Transportbegleitung,

- der eindeutigen medizinisch-fachlichen Verantwortungszuordnung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, insbesondere bei ärztlich zu verantwortenden Standardarbeitsanweisungen und Delegationsstrukturen,
- der klaren Abgrenzung zwischen eigenverantwortlichen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, standardisierten ärztlich verantworteten Maßnahmen und ärztlicher Einzeldelegation,
- der derzeit zwingend ausgestalteten Abbestellung bereits alarmierter notärztlicher Unterstützung und der hierfür erforderlichen landesweit einheitlichen medizinischen Kriterien,
- einer verbindlichen Definition der tatsächlichen aktuellen Behandlungskapazität unter Berücksichtigung personeller, räumlicher, diagnostischer und therapeutischer Ressourcen sowie der strukturierten Abbildung von Überlastung und Kapazitätseinschränkungen,
- der Verbindlichkeit und Governance des Behandlungskapazitätenachweises, einschließlich transparenter Regeln für Sonder- und Notzuweisungen und einer ausgewogenen Entscheidungsbeteiligung von Rettungsdienst, Leitstellen und Behandlungseinrichtungen,
- der technischen Interoperabilität und einer sachgerechten Finanzierung der digitalen Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Behandlungseinrichtungen,
- der strukturierten digitalen Übermittlung der präklinischen Einsatzdokumentation an die weiterbehandelnde Einrichtung, mit Bereitstellung behandlungsrelevanter Kerndaten spätestens bei der Patientenübergabe,
- einer echten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die Behandlungseinrichtungen an der Entwicklung gemeinsamer Qualitätsindikatoren beteiligt, relevante Ergebnisse wechselseitig zur Verfügung stellt und einen datenschutzkonformen gegenseitigen Austausch von Qualitätsdaten ermöglicht,
- der Möglichkeit zur strukturierten Zusammenarbeit mit etablierten überregionalen medizinischen Qualitätsregistern, um vorhandene wissenschaftliche Qualitätsstrukturen und Benchmarkingmöglichkeiten zu nutzen.

Unser gemeinsames Ziel sollte ein Rettungsdienstgesetz sein, das Innovation, Digitalisierung und neue Versorgungsformen ermöglicht, gleichzeitig aber **klare medizinische Verantwortlichkeiten, transparente und überprüfbare Versorgungsqualität, funktionierende sektorenübergreifende Schnittstellen und größtmögliche Patientensicherheit** gewährleistet.

