

DGINA e.V. Hohenzollerndamm 152 14199 Berlin

Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Kiel

Sprecher:in: Dr. Stefan Sudmann
Lena Varnhorn
Michala Nathanielsen
Telefon: 0162-241 05 01
31. August 2026

Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) Drucksache 20/4419

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,
hiermit übersenden wir Ihnen die Stellungnahme der DGINA-Landesgruppe Schleswig-Holstein.

Die DGINA-Landesgruppe Schleswig-Holstein begrüßt die Initiative zur Neufassung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) und bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die im Gesetzentwurf beschriebenen Herausforderungen – insbesondere die Fehlbeanspruchung des Rettungsdienstes, regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität, der Fachkräftemangel und die mangelnde sektorenübergreifende Steuerung – spiegeln die tägliche Realität in den Notaufnahmen des Landes deutlich wider.

Der Gesetzentwurf benennt diese Herausforderungen zutreffend. Die geplanten Maßnahmen sind grundsätzlich geeignet, die präklinische Versorgung zu modernisieren und die Notaufnahmen zu entlasten. Gleichzeitig ergeben sich aus klinischer Sicht wichtige Punkte, die weiter präzisiert werden sollten.

1. Positive Aspekte des Gesetzentwurfs

- **Stärkung der Patientensteuerung und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit**
Die vorgesehene Möglichkeit, nicht-notfallrelevante Hilfeersuchen in andere Versorgungssektoren weiterzuleiten, ist ein zentraler Fortschritt. „Hilfeersuchen, die nicht den Leistungen des Rettungsdienstes zuzuordnen sind, sollen [...] weitergegeben werden.“
Dies kann die Notaufnahmen spürbar entlasten - vorausgesetzt, die ambulanten Strukturen werden verbindlich mitentwickelt.
- **Verbindliche Einbeziehung notärztlicher und telenotärztlicher Unterstützung (§ 2 Abs. 3):** Die Notfallmedizin wird richtigerweise nicht allein durch Rettungsdienstfachpersonal definiert.
- **Stärkung der Patientensicherheit bei der NEF-Besetzung (§ 14 Abs. 1):** Die Beibehaltung der Regelbesetzung aus Notärztin/Notarzt und Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter sichert die eigenständige notfallmedizinische Handlungsfähigkeit.

PRÄSIDENT:
Martin Pin

VIZEPRÄSIDENT:
Prof. Dr. med. Christian Wrede

VIZEPRÄSIDENT:
Prof. Dr. Harald Dormann

VIZEPRÄSIDENT:
Patrick Dormann

VIZEPRÄSIDENTIN:
Dr. Ulrike von Arnim

SCHATZMEISTERIN:
Dr. med. Ranka Marohl

YOUNG DGINA:
Dr. Robert Girshausen

LEITUNG GESCHÄFTSSTELLE:
Karen Jerusalem

GENERALSEKRETÄR:
Dipl.-Med. Raik Schäfer

KONTAKT:
DGINA e.V.
Hohenzollerndamm 152
14199 Berlin
Tel.: +49 176 9540 1733
E-Mail: kontakt@dgina.de
Internet: www.dgina.de

- **Präzisierung pädiatrischer Transporte:** Eingrenzung auf Sekundärtransporte früh- und reifgeborener Patientinnen und Patienten nebst Qualifikationsanforderungen.
- **Aufgabenspezifische Qualifikationen:** Einführung landeseinheitlicher Qualifikationen für spezialisierte Einsatzfahrzeuge (z. B. Akuteinsatzfahrzeuge).
- **Kompetenzgerechter Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern**
Die geplante Befähigung zur abschließenden Versorgung in geeigneten Fällen vor Ort ist fachlich richtig.
- **Stärkung der Patientensteuerung und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (§ 23 Abs. 10):** Die vorgesehene digitale, medienbruchfreie Einsatzübergabe in Echtzeit und die Weiterleitung nicht-notfallrelevanter Hilfsersuchen in andere Sektoren entlasten klinische Notaufnahmen nachhaltig.
- **Refinanzierung der Fortbildungskosten (§ 10 / § 22):** Die Klarstellung in der Begründung, dass Aufwendungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung zu den Rettungsdienstkosten gehören, ist ein wichtiger Schritt.

2. Kritische Punkte und konkreter Änderungsbedarf aus Sicht der DGINA-Landesgruppe

2.1 Einsatzklassifizierung, Hilfsfrist und notärztliche Vorhaltung (§ 8, § 9)

Die Abkehr von einer starren Hilfsfrist zugunsten medizinisch differenzierter Einsatzkategorien ist sachgerecht. Die reine Bemessung ab Alarmierung durch die Leitstelle greift jedoch zu kurz.

- **Patientenbezogenes Reaktionsintervall:** Für zeitkritische Notfälle (z. B. Herz-Kreislauf-Stillstand) zählt die Zeit vom Aufschalten des Notrufs bis zum Eintreffen der Hilfe. Notrufwarte-, Erstbearbeitungs- und Dispositionszeiten müssen erfasst werden.
- **Planungsgröße für Notärzte:** Auch für die notärztliche Versorgung fehlen messbare zeitliche Vorgaben und Zielerreichungsgrade.
- **Erfassung von Ersthelfern und Tracerdiagnosen:** Ersthelferzeiten dürfen die Eintreffzeit professioneller Hilfe nicht ersetzen. Zur Qualitätsbewertung sollten etablierte Tracerdiagnosen und die gesamte Prähospitalzeit herangezogen werden.

2.2 Verbindliche Kriterien und Abnahmeverpflichtung ambulanter Angebote (§ 2 Abs. 3)

Die Weiterleitung nicht-notfallrelevanter Fälle funktioniert nur, wenn ambulante Kapazitäten tatsächlich vorhanden sind. Der Gesetzentwurf benennt die Notwendigkeit, aber formuliert keine Verpflichtung.

Die Weiterleitung in den ambulanten Sektor scheitert, wenn in der Praxis daran scheitern, dass Vertragsarztstrukturen oder Notdienstpraxen immobile oder liegende Patientinnen und Patienten mangels Logistik ablehnen.

- ⇒ **Empfehlung:** Ambulante Versorgungsangebote (inkl. Notdienstpraxen an INZs) müssen organisatorisch und räumlich befähigt und verpflichtet werden, auch immobile/liegend transportierte Personen aufzunehmen, um Fehlallokationen in Notaufnahmen zu vermeiden.

2.3 Einbindung der Krankenhäuser bei Einsatzkategorien und BKN (§ 9 Abs. 3, § 24)

Die Definition der Einsatzkategorien steuert unmittelbar die Patientendisposition und die Zuweisungsströme in die Notaufnahmen.

- **Beteiligung an Einsatzkategorien (§ 9 Abs. 3):** Die Krankenhausgesellschaft bzw. Vertreter der Notaufnahmen müssen zwingend bei der Erstellung und Evaluation der Einsatzkategorien beteiligt werden.
- **Definition der Behandlungskapazität (§ 24 Abs. 1):** Die bloße stationäre Bettenlage ist kein Maßstab. Die kapazitätsbeeinträchtigung durch Raum-, Personal-, Diagnostik- oder Versorgungsengpässe in den Notaufnahmen muss strukturiert abgebildet werden.
- **Verbindlichkeit und BKN-Regeln (§ 24 Abs. 2 u. 3):** Zuweisungen entgegen dokumentierter Überlastung dürfen nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen erfolgen. Bei Entscheidungen über Zuweisungsregeln im BKN-Nutzerbeirat muss ein gleiches Stimmgewicht zwischen Behandlungseinrichtungen und Trägern des Rettungsdienstes bestehen.

2.4 Telenotfallmedizin, NotSan-Kompetenzen und Ärztliche Leitung (§ 17, § 20, § 21)

- **Telenotärztliche Transportbegleitung (§ 17 Abs. 2 Nr. 4):** Die Substitution einer physischen Arztbegleitung erfordert landesweit einheitliche medizinische Kriterien und eine klare ärztliche Letztentscheidung. Telenotfallmedizinisch erhobene Befunde müssen digital und strukturiert an die Notaufnahme übermittelt werden.
- **Ärztliche Leitung Rettungsdienst (§ 20 Abs. 2):** Die interprofessionelle Leitung ist zu begrüßen. Dennoch muss die Ärztliche Leitung Rettungsdienst die eindeutige medizinisch-fachliche Freigabe- und Letztverantwortung für heilkundliche Standardarbeitsanweisungen (SOPs) und Delegation behalten.
- **Abbestellung des Notarztes (§ 21 Abs. 4):** Die Aufhebung einer Notarzttalarmierung durch Notfallsanitäter vor Ort muss sich an landeseinheitlichen medizinischen Kriterien orientieren und stornierbar bleiben. Zudem muss es u.E. zwingend eine Dokumentationspflicht mit Erfassung der berücksichtigten Kriterien geben

2.5 Ausbau der Fortbildung und gesetzliche Refinanzierung (§ 10, § 22)

- **Gesetzliche Verankerung der Kosten (§ 10 Abs. 2):** Die Sach- und Personalkosten (einschließlich Freistellungs- und Vertretungskosten) für die in § 22 vorgeschriebenen Fortbildungen müssen explizit als Kosten des Rettungsdienstes festgesetzt werden.
- **Qualifikationssicherung (§ 22 Abs. 3):** Neben Notfallsanitätern müssen auch weiterhin tätige Rettungsassistenten in die 40-Stunden-Fortbildungspflicht einbezogen werden. Für den Intensivtransport ist eine regelmäßig zu wiederholende Spezialqualifikation erforderlich.

2.6 Vorbeugender Rettungsdienst und Schnittstellen zum High-Frequent-User-Management

Notaufnahmen müssen in Prozesse des vorbeugenden Rettungsdienstes zur Identifikation von High-Frequent-Usern eingebunden werden, benötigen dafür jedoch klare Schnittstellen und definierte Rückmelde-Verantwortlichkeiten.

3. Digitale Datenübertragung, Interoperabilität und Qualitätssicherung

3.1 Digitale Einsatzdokumentation in Echtzeit (§ 4 Abs. 8, § 23)

- **Kerndaten bei Übergabe:** Behandlungsrelevante Kerndaten (Vitalparameter-Verlauf, Medikation/Dosierung, Allergien, Diagnostik, invasive Maßnahmen) müssen der Notaufnahme **optimalerweise vor Eintreffen, spätestens bei Patientenübergabe** in strukturierter, digitaler und medienbruchfreier Form vorliegen.
- **Vollständiges Protokoll:** Die vollständige Einsatzdokumentation muss innerhalb von maximal 30 Minuten digital übermittelt werden.
- **Interoperabilität (§ 23 Abs. 4/10):** Sektorenübergreifende Datenweitergaben müssen zwingend auf landes- und bundesweit einheitlichen technischen Schnittstellenstandards basieren.

3.2 Refinanzierung technischer Schnittstellenkosten (§ 24 Abs. 4)

Der pauschale Ausschluss von Kosten der Behandlungseinrichtungen ist ungerechtfertigt. Notwendige, nachgewiesene technische Anbindungs- und Schnittstellenkosten für den BKN und die digitale Notfalldokumentation müssen den Behandlungseinrichtungen refinanziert werden.

3.3 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Qualitätsregister (§ 26)

- **Gegenseitiger Datenaustausch (§ 26 Abs. 4 u. 5):** Auswertungsergebnisse und Qualitätsdaten dürfen nicht nur den Rettungsdienstträgern bereitgestellt werden. Zur Bewertung des gesamten Behandlungspfades braucht es einen datenschutzkonformen, wechselseitigen Austausch von Qualitätsdaten.
- **Beteiligung an Qualitätsindikatoren (§ 26 Abs. 3):** Die Behandlungseinrichtungen sind bei der Erstellung von Qualitätsindikatoren für den Schnittstellenbereich einzubinden.
- **Einbindung medizinischer Qualitätsregister (§ 26 Abs. 6 - NEU):** Es sollte eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, um etablierte überregionale Qualitätsregister (z. B. AKTIN, Deutsches Reanimationsregister, TraumaRegister DGU®) zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

4. Zusammenfassung der Kernempfehlungen

1. **Patientenbezogenes Reaktionsintervall:** Messung der Hilfsfrist ab Aufschalten des Notrufs in der Leitstelle inklusive klarer Hilfsfristvorgaben für den Notarzteinsatz.
2. **Verpflichtung ambulanter Strukturen:** Gesetzliche Verankerung der Aufnahme- und Betreuungspflicht auch immobiler/liegender Patientinnen und Patienten in ambulanten Versorgungsangeboten.
3. **Klinische Einbindung & BKN-Regulatorik:** Verbindliche Beteiligung der Krankenhäuser an den Einsatzkategorien sowie eine gleichberechtigte Stimmgewichtung im BKN-Nutzerbeirat.

4. **Echtzeit-Digitalisierung:** Verpflichtung zur medienbruchfreien Übermittlung medizinischer Kerndaten spätestens zur Patientenübergabe sowie Refinanzierung der technischen Schnittstellenkosten der Kliniken.
5. **Klarheit in der medizinischen Verantwortung:** Eindeutige Freigabekompetenz der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst für heilkundliche SOPs und ärztlich begründete Standards bei der Abbestellung von Notärzten oder bei telenotärztlicher Begleitung.
6. **Refinanzierung der Fortbildung:** Gesetzliche Absicherung der Freistellungs- und Vertretungskosten für vorgeschriebene Fortbildungen.
7. **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung:** Gegenseitiger Datenaustausch und Anbindung an etablierte Notfallregister (AKTIN, Reanimationsregister, TraumaRegister DGU®).
8. **Einbindung der Notaufnahmen** in den vorbeugenden Rettungsdienst (High-Frequent-User-Management)

Mit diesen Anpassungen kann das neue Rettungsdienstgesetz Schleswig-Holstein eine Vorreiterrolle einnehmen: Es verbindet Innovation und Digitalisierung mit klarer medizinischer Verantwortlichkeit, hoher Patientensicherheit und einer wirksamen Entlastung der klinischen Notaufnahmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Stefan Sudmann
Chefarzt Zentrum für Notfall- und Akutmedizin
Sprecher der DGINA-Landesgruppe SH und der Notaufnahmeleiter in SH
Regio Klinikum Elmshorn und Regio Klinikum Pinneberg
Agnes-Karll-Allee 17 Fahltskamp 74
25337 Elmshorn 25421 Pinneberg

Lena Varnhorn
Chefärztin Akut- und Notfallmedizin
Ameos Klinikum Eutin
Sprecherin der Notaufnahmeleiter in SH
Sprecher der DGINA-Landesgruppe SH

Michala Nathanielsen
Fachweiterbildung Notfallpflege (DKG)
UKSH Akademie gemeinnützige GmbH
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck