

Dr. F. Reifferscheid MHBA | AGNN e.V. | UKSH-Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus R3, 24105 Kiel

An die
Vorsitzende des Sozialausschusses
Frau Katja Rathje-Hoffmann

per Email an:
sozialausschuss@landtag.ltsh.de

01.09.26

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung zu einem
Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein
Drucksache 20/4419**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Rathje-Hoffmann,
Sehr geehrte Damen und Herren Ausschussmitglieder des Sozialausschusses,

vielen Dank für die Gelegenheit, zu o.g. Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Als
Vertreterin der Notärztinnen und Notärzte in Norddeutschland nehmen wir diese
Aufforderung gerne wahr und senden Ihnen in der Anlage unsere Stellungnahme.

Für Fragen und einen persönlichen Austausch stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur
Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Florian Reifferscheid
Vorsitzender der AGNN e.V.

Anlage:

- Stellungnahme zur Drucksache 20/4419

AGNN e.V.
Der Vorsitzende
Dr. Florian Reifferscheid
MHBA

Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein, Campus Kiel
Klinik für Anästhesiologie und
Operative Intensivmedizin
Arnold-Heller-Straße 3, Hs. R3
24105 Kiel

Tel.: (0431) 500 - 20796
Fax: (0431) 500 - 20798
f. reifferscheid@agnn.de
www.agnn.de

Vorstand
Dr. F. Reifferscheid MHBA
(Vorsitzender)
Dr. A. Callies
PD Dr. C. Eimer
Dr. J. Gräwe
Dr. U. Harding
Dr. P. Jung
Dr. P.G. Knacke
Prof. Dr. G. von Knobelsdorff
J. Pott MHBA
Dr. S. Wirtz

Geschäftsstelle
AGNN e.V.
c/o Schmidt-Römhild
Kongressgesellschaft mbH,
Konrad-Adenauer-Straße 4,
23558 Lübeck

Bankverbindung
Deutsche
Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE48 3006 0601
0103 5250 66
BIC: DAAEDEDXXX

AGNN-Stellungnahme zum

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

Drucksache 20/4419

Die AGNN bedankt sich für die Möglichkeit, erneut eine Stellungnahme zum überarbeiteten Kabinettsentwurf der Novelle des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes abgeben zu dürfen.

Wir befürworten den vorgelegten Entwurf eines neuen Rettungsdienstgesetzes ausdrücklich und danken sehr dafür, dass in diesen bereits Rückmeldung aus der letzten Anhörung eingeflossen sind. Im Folgenden nehmen wir zu einzelnen Punkten Stellung, die aus unserer Sicht noch der Überarbeitung bedürfen.

Besonders hervorheben möchten wir dabei folgende Punkte:

- Die **Besetzung des NEF** muss aus unserer Sicht regelmäßig durch einen Notarzt und einen Notfallsanitäter erfolgen. Der abweichende Ersatz des Notfallsanitäters durch einen Rettungssanitäter wird der Aufgabe des Rettungsmittels nicht gerecht (§14). Zusatzbezeichnung Notfallmedizin als einzige Zugangsqualifikation für Notärzte.
- Die Regelungen zur **Eintreffzeit und gestuften Reaktionszeiten** (§§8 und 9) müssen präzisiert werden und das gesamte Intervall vom Notrufeingang bis zum Eintreffen an der Einsatzstelle umfassen. Das zuständige Ministerium muss entscheidend in die Festlegung eingebunden sein.
- Die **Leitung Medizinische Versorgung** (§20) muss so gestaltet werden, dass die Verantwortung für medizinische Sachverhalte der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst zugeordnet wird.
- Zur Ausschöpfung der medizinischen Möglichkeiten und zum Erreichen eines landesweit einheitlichen und wirtschaftlichen Rettungsdienstes, muss die **telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung landesweit** fester und verpflichtender Bestandteil des Rettungsdienstes werden (§17).

Im Einzelnen haben wir folgende Anmerkungen:

Zu §1 Absatz 6 Nummer 3

Wir gehen davon aus, dass mit der Formulierung „Patientinnen- und Patiententransporte im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung“ die Ungültigkeit dieses Gesetzes für die Transporte von Patientinnen und Patienten auf dem Gelände eines Krankenhauses beschrieben werden soll. Ansonsten sind Konflikte vorstellbar, da auch die als Teil des Notfalltransports in §2 Absatz 4 beschriebenen Verlegungen strenggenommen innerhalb der stationären Krankenhausbehandlung erforderlich werden können.

Zu §2, allgemein

Die Klarstellungen in diesem Paragraphen gegenüber der Entwurfsversion begrüßen wir.

Zu §2 Absatz 15

Die Definition eines Einsatzes, bei dem eine Patientin oder ein Patient am Einsatzort so weitreichend versorgt werden konnte, dass ein Transport nicht mehr erforderlich ist, als Fehlfahrt halten wir für unverständlich. Sie steht im Widerspruch

AGNN e.V.

Der Vorsitzende

Dr. med. Florian Reifferscheid

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Arnold-Heller-Straße 3, Hs. R3
24105 Kiel

Tel.: (0431) 500 - 20796
Fax: (0431) 500 - 20798
f. reifferscheid@agnn.de
www.agnn.de

Vorstand

Dr. F. Reifferscheid MHBA
(Vorsitzender)
Dr. A. Callies
Dr. J. Gräwe
Dr. U. Harding
Dr. P. Jung
Dr. P.G. Knacke
Prof. Dr. G. von Knobelsdorff
J. Pott
Dr. T. Steffen
Dr. S. Wirtz

Geschäftsstelle

AGNN e.V.
c/o Schmidt-Römhild
Kongressgesellschaft mbH,
Konrad-Adenauer-Straße 4,
23558 Lübeck

Bankverbindung

Deutsche
Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE48 3006 0601
0103 5250 66
BIC: DAAEEDXXX

zu §2 Absatz 1, demzufolge der Verbleib am Notfallort Teil der Notfallrettung ist („Sie umfasst das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung und, soweit der Gesundheitszustand oder der Versorgungszustand der Patientin oder des Patienten es erfordert, den Notfalltransport.“). Wir befürchten einen Fehlanreiz für unnötige Transporte, da die Sorge aufkommen könnte, dass Fehlfahrten nicht zur Abrechnung gebracht werden könnten. Es ist leider gängige Praxis der Kostenträger, in solchen Fällen eine Kostenübernahme abzulehnen.

Zu §4 Absatz 2

Mit Blick auf die landesweit einheitlichen Maßnahmen, die von Rettungsdienstfachpersonal angewendet werden sollen und das angestrebte landesweit einheitliche Angebot rettungsdienstlicher Versorgung, raten wir dringend dazu, telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung landesweit verpflichtend vorzusehen und die Entscheidung zur Beteiligung nicht einzelnen Trägern zu überlassen. Von daher sollte dieser Absatz hier gestrichen und die Verpflichtung, in allen Gebietskörperschaften telenotfallmedizinische Einsatzunterstützung verfügbar zu machen, in §17 aufgenommen werden. Dies entspräche auch der Forderung aus §15 Absatz 3, wonach „die Möglichkeiten telenotfallmedizinischer Einsatzunterstützung auszuschöpfen“ sind. Aus unserer Sicht ist das bestehende Angebot bereits so gut ausgebaut, dass eine Ausweitung auf alle Gebietskörperschaften ohne nennenswerten Mehraufwand möglich erscheint.

Zu §4 Absatz 6 Nummer 2

Gerade durch die Schaffung der Zentralen Stelle Rettungsdienst (ZSR-SH) sollte die „Mitwirkung an Wissenschaft und Forschung“ nicht freiwillig sein. Die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung sollten im Interesse eines landesweiten Qualitätsvergleichs und der landesweiten Betrachtung geeigneter Fragestellungen zumindest dann zur Mitwirkung verpflichtet werden, wenn bspw. die ZSR-SH ein entsprechendes Forschungsvorhaben positiv bewertet hat.

Zu §4 Absatz 8

Um eine medienbruchfreie Digitalisierung über die Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen, sollten die Einsätze digital dokumentiert und die so entstehenden Protokolle durchgehend digital an die weiterbehandelnden Einrichtungen weiterzugeben sein.

Zu §6 Absatz 2

Zur Beteiligung entsprechend engagierter Gremien in dem geplanten Gesundheitsversorgungsrat sollte die Aufnahme von Vertretern bspw. aus der AGNN, dem FLN-SH und Fachgremien des Rettungsfachpersonals zumindest als nicht stimmberechtigte Mitglieder erwogen werden. Diese könnten vor allem die rein fachlichen Interessen im Sinne der Patientenversorgung einbringen und so die Interessen der Träger und Durchführenden ausgleichend ergänzen.

Zu §8 Absatz 1

Wie bereits in unserer initialen Stellungnahme ausgeführt, bleiben wir dabei, dass die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsmittels so definiert werden muss, dass der Zeitaufwand für Notrufbearbeitung und Disposition darin enthalten ist. Sie muss unbedingt mit dem Notrufeingang in der Leitstelle beginnen. Medizinisch wird bezweifelt, dass in der höchsten Dringlichkeitsstufe 12 Minuten fachgerecht sind.

Zur Sicherstellung einer entsprechenden notärztlichen Vorhaltungsplanung sollte §8 um eine Regelung ergänzt werden, die sicherstellt, dass notärztliche

Hilfe entsprechend Notarztindikationskatalog regelhaft in den nach §9 festgelegten Zielwerten und Zielerreichungsgraden am Notfallort eintreffen kann.



Zu §9 Absatz 3

Die Idee einer gestuften, der Dringlichkeit des jeweiligen Hilfeersuchens angepassten Hilfsfrist begrüßen wir grundsätzlich. Allerdings halten wir bei einer so weitreichenden Thematik die unmittelbare Beteiligung des zuständigen Ministeriums als regelgebende Instanz schon bei der Definition der Einsatzkategorien und damit verbundenen zeitlichen Intervalle für zwingend geboten.

Zu §10

Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, der zufolge die Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung allen im Rettungsdienst eingesetzten Personals ausdrücklich zu den Kosten des Rettungsdienstes zählen, begrüßen wir. Damit dies jedoch auch in der künftigen Umsetzung Niederschlag findet, bitten wir darum, dies auch im Gesetzestext mit auszuführen. Nachgewiesene Sach- und Personalausfallkosten für die gesetzlich vorgeschriebenen Aus- und Fortbildungen der Notärztinnen, Notärzte und des Rettungsdienstfachpersonals sowie die notwendigen Vorhaltungs- und Schnittstellenkosten der Behandlungseinrichtungen für den Betrieb des Behandlungskapazitätennachweises und die medienbruchfreie Datenübernahme sollten explizit Erwähnung finden.

Zu §14 Absatz 1

Zwar begrüßen wir, dass zur Besetzung des NEF neben einer Notärztin bzw. einem Notarzt wieder eine Notfallsanitäterin bzw. ein Notfallsanitäter genannt wird, allerdings sehen wir in der aktuellen Formulierung die Gefahr, dass dennoch vor allem Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter (RettSan) durch die Träger zum Einsatz kommen.

Insbesondere dann, wenn arztbesetzte Rettungsmittel einem strenger umgesetzten Notarztindikationskatalog folgend vor allem bei komplexen lebensbedrohlichen Notfallereignissen eingesetzt werden, benötigen die eingesetzten Notärztinnen und Notärzte einen kompetenten und hochqualifizierten Partner, mit dem die erforderlichen Aufgaben fachlich kompetent und zügig umgesetzt werden können. Ein Rettungssanitäter kommt hier eher einem qualifizierten Fahrer gleich, der aber nur sehr eingeschränkt in die Versorgung integriert werden kann. Die durch die bisherige Formulierung mögliche Absenkung des Qualifikationsniveaus wird dem Einsatzauftrag des Rettungsmittels nicht gerecht und ist aus medizinisch-fachlicher Sicht abzulehnen.

Als Zugangsvoraussetzung als Notärztin bzw. Notarzt sollte ausschließlich die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin genannt werden. Diese ist bereits seit 2007 Bestandteil der Musterweiterbildungsordnung. Der Verweis auf vergleichbar anerkannte Qualifikationen sollte gestrichen werden.

Zu §14 Absatz 8

Die Qualifikation des Verlegungsarztes sollte näher beschrieben werden. Da dieser auch niedrigschwellige Verlegung intensivbehandlungsbedürftiger Patienten begleiten soll, halten wir einen DIVI-Kurs Intensivtransport für geboten.

Zu §18

Die Beschreibung der telemedizinischen Einsatzunterstützung begrüßen wir ausdrücklich. Mit Blick auf einen sinnvollen Ressourceneinsatz und die bestmögliche Nutzung der Kompetenzen des Rettungsfachpersonals sollte der

Paragraph dahingehend spezifiziert werden, dass die telemedizinische Einsatzunterstützung landesweit verfügbar sein sollte. Hier können die beiden bestehenden Systeme ohne relevante Mehrkosten genutzt werden.



Zu §20 Absatz 1

Die Beschreibung der Leitung Medizinische Versorgung als interprofessionelle Einheit begrüßen wir grundsätzlich. Da es sich beim Rettungsdienst um eine medizinische Leistung handelt, muss aus unserer Sicht die Letztverantwortung vor allem für ärztlich verantwortete Standardarbeitsanweisungen und Delegationsentscheidungen klar der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst zugeschrieben werden. Dazu müssen die erforderlichen Ressourcen und die Aufgabenteilung so beschrieben werden, dass sie eine sachgerechte und verantwortungsvolle Aufgabenwahrnehmung ermöglichen.

Zu §20 Absatz 2

Die Aufgaben der Leitung Medizinische Versorgung sollten neben den hier genannten um die aus §1 Absatz 2 erweitert werden.

Zu §20 Absatz 3

Während die Anforderungen an die Qualifikation für die Funktion der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst klar beschrieben sind, bleiben die Regelungen zur Qualifikation des in der Verantwortung als Teil der Leitung Medizinische Versorgung eingesetzten Rettungsdienstfachpersonals vage. Hier müssen präzisere Anforderungen an die Rettungsdiensterfahrung und die Zusatzqualifikation (bspw. ein geeignetes Bachelorstudium) beschrieben werden.

Zu § 21

Trotz der vorgenommenen Anpassungen halten wir die Priorisierung und Regelungen des §21 weiterhin für äußerst kritikwürdig. Der Regelfall sollte sein, dass zunächst das eigenständige Handeln nach Standardarbeitsanweisungen ausgeschöpft wird. Das eigenverantwortliche Handeln, insbesondere das nach §2a des NotSanG bleibt unberührt und überall dort, wo es erforderlich ist, möglich. Sollte jedoch auf die im NotSanG beschriebenen Situationen begrenzt bleiben. Hierbei geht es nicht darum, den Handlungsspielraum des Rettungsdienstfachpersonals zu limitieren, Ziel ist vielmehr die Analogie bspw. zu den Kompetenzen innerhalb der ärztlichen Weiterbildung mit Blick auf Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu wahren. So sind insbesondere frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte auch innerhalb der Kliniken an die Weisungen ihrer Weiterbildungsbeauftragten gebunden und haben allein haftungsrechtlich trotz Approbation nicht die vollständige Handlungsfreiheit.

Zudem halten wir die Forderung in Absatz 4 Satz 2 für ebenso risikobehaftet wie falsch. Der Einsatz eines Notarztes richtet sich nach den Regelungen des Notarztindikationskatalogs nach §16. Sofern die Situation vor Ort einem Einsatzbild entspricht, das einen Notarzteinsatz erfordert, sollte die Hinzuziehung eines Notarztes die Regel sein. Ansonsten ist der Indikationskatalog hinfällig. Dies gilt gleichermaßen für die Hinzuziehung wie die Abbestellung eines bereits alarmierten Notarztes. Die Regelung, dass die bereits erfolgte Alarmierung in bestimmten Fällen aufgehoben werden muss, birgt Unsicherheiten und sollte zumindest auf ein „sollte“ abgeschwächt werden. Aus unserer Sicht ist §21 Absatz 4 zu streichen.

Zu § 22

Die Regelungen zur Fortbildung begrüßen wir ausdrücklich. Um eine Refinanzierung und damit auch eine konsequente Durchführung sicherzustellen,

sollten die damit verbundenen Kosten explizit in §10 aufgeführt werden. Präzisierungsbedarf sehen wir in Bezug auf den zulässigen Online-Anteil, der 20% nicht übersteigen sollte, und die Frage, ob im ärztlichen Bereich die Fortbildungen für Telenotärzte und Leitende Notärzte Teil der 30 Stunden sein können oder über diese hinaus erfüllt werden müssen.

Zu §23 Absatz 5

Insbesondere nachdem die Bearbeitungs- und Prozesszeiten der Leitstellen noch nicht Bestandteil der Eintreffzeit nach §8 sind, ist die Formulierung zur Besetzung in Satz 1 zu schwammig. Im Interesse einer zeit- und sachgerechten Patientenversorgung müssen klare zeitliche Vorgaben gemacht werden.

Zu §23 Absatz 9

Die Zusammenarbeit mit der Leitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung sollte obligat erfolgen und dieser Absatz entsprechend verbindlicher formuliert werden.

Zu § 24

Um im Falle einer erforderlichen Weiterverlegung kritisch Kranker einen unnötigen Zeitverlust und bürokratischen Aufwand zu vermeiden, sollten Behandlungseinrichtungen ihrerseits ebenfalls auf den Behandlungskapazitätenachweis zugreifen können, um freie Kapazitäten identifizieren und gezielt anfragen zu können. Unverständlich bleibt, warum insbesondere bei rein rettungsdienstlicher Nutzung die Kosten des Behandlungskapazitätenachweises explizit von den Kosten des Rettungsdienstes ausgenommen werden.

Zu § 25

Die bisherigen Regelungen des §10 Absätze 2 und 3 aus dem derzeit gültigen Rettungsdienstgesetz sollten zur Erleichterung wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Rettungsdienst und Notfallversorgung aufgenommen werden. ((2) Ergänzend kann eine Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch im Rahmen wissenschaftlicher Studien erfolgen; (3) Ist zur Ermittlung der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen die Datenerhebung bei Behandlungseinrichtungen erforderlich, ist die Behandlungseinrichtung zur Übermittlung dieser Daten an den Rettungsdienststräger oder die Beauftragten nach § 5 verpflichtet.)