

RKiSH gGmbH | Rungholtstraße 9 | 25746 Heide

Vorsitzende des Sozialausschusses
-Frau Katja Rathje-Hoffmann-
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Per Mail: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

25. September 2026

Es schreibt Ihnen:

Tim Tiemann

Fachbereichsleitung
Strategie und Risikomanagement

Moltkestraße 10
25421 Pinneberg

Mobil: 0172/8517353
E-Mail: t.tiemann@rkish.de

RKiSH ■■■■■

Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung
Drucksache 20/4697

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

wir möchten zunächst für die Gelegenheit danken, zur Reform der Krankenhausversorgung Stellung zu nehmen. Wir sehen hierin mehr als nur ein formales Verfahren, sondern den Wandel hin zu einer systemischen Sicht gerade im Bereich der Notfallversorgung, wie sie auch in § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Entwurfs hervorgehoben wird. Der demographische Wandel stellt uns vor extreme Herausforderungen, die wir nur durch intersektorale Kooperation werden bestehen können.

Wir möchten uns im Folgenden auf die schriftliche Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Landesverbände vom 15.6. gegenüber dem MJG beziehen, zu der wir ebenfalls beigetragen hatten.

Neben dem generellen Hinweis auf die notwendige Einordnung in den Kontext der aktuellen anderweitigen Gesetzesvorhaben auf der Landes- und Bundesebene (SHRDG, BStabG, NotfallG, KRITIS-DachG) möchten wir auf einige Passagen des vorliegenden Gesetzesentwurfs konkret eingehen:

Zu § 5 „Gesundheitsversorgungsrat“

Die Abgrenzung zwischen den intersektoralen Aufgaben der Vollversammlung und den intrasektoralen Aufgaben der Fachgremien erscheint unklar. Aus Sicht des Rettungsdienstes hat insbesondere die Krankenhausplanung direkte Auswirkungen auf die Transportwege und damit die Bindungsdauer der Rettungsmittel. Diese ist ein erheblicher Faktor bei der Planung der rettungsdienstlichen Vorhaltung. Zudem wird in der Revision des SHRDG § 9 Abs. 2 die Prähospitalzeit als wesentliche Planungsgröße für die Einsatzkategorien und die Disposition genannt. Der Rettungsdienst muss frühzeitig über Änderungen in der klinischen Versorgungsstruktur informiert sein und sollte gehört werden, welche Auswirkungen die

Krankenhausplanung für die rettungsdienstliche Notfallversorgung hat. Er ist damit im Fachgremium Krankenhausplanung zu beteiligen.

Zu § 26 „Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme“

In Abs. 4 ist eine Ergänzung notwendig, dass Kapazitäten für Notfallpatienten unverzüglich bereitstehen müssen, also auch die zeitliche Verfügbarkeit verbindlicher Teil der Meldung von Kapazitäten für Notfallbehandlungen wird, und keine Latenz bei der Übernahme von Patienten des Rettungsdienstes zu erwarten ist.

Grundsätzlich gilt für jede Übernahme von Patienten, die durch Rettungsmittel gebracht werden, dass eine verzögerte Übernahme die Bindezeiten erhöht und deren Verfügbarkeit für neue Einsätze reduziert. Bis 2040 erwartet der Rettungsdienst weitere Einsatzsteigerungen bis zu 50%, die eine Optimierung aller Schnittstellen erforderlich machen.

Das LKHG sollte regeln, dass die Krankenhäuser codierte Rückmeldungen nach einem landesweit einheitlichen, mit den Trägern des Rettungsdienstes abgestimmten Verfahren zu generieren und an diese weiterzuleiten haben, wie dies bereits in § 10 Abs. 3 SHRDG vorgesehen ist. Hierfür ist mit den Trägern des Rettungsdienstes das Verfahren noch festzulegen. An diesen Rückmeldungen besteht auch ein Interesse der Krankenhäuser in der Vermeidung von Fehlallokationen durch qualitätssichernde Steuerung, die ohne Kenntnis der gesicherten klinischen Diagnose nicht möglich ist.

Mit Bezug zum § 29 „Krankenhausalarmplanung“ ist die Erweiterung des BKN um ein MANV-Modul für Großschadenslagen mit zu berücksichtigen. Es bedarf einer Verpflichtung der Krankenhäuser dieses mindestens einmal jährlich zu aktualisieren. Der BKN zeigt damit auch auf, welche Kapazitäten zusätzlich zum Regelbetrieb mobilisiert werden können, ohne dass hier ein Systemwechsel erforderlich wird.

Zu § 31 „Sonstige Pflichten“

Es könnte der Klarstellung dienen, auch hier die Unterscheidung in ärztlich begleitete Sekundärtransport und Intensivtransporte analog zum § 14 SHRDG einzuführen. Für letztere ist keine ärztliche Begleitung durch die Krankenhäuser sicherzustellen.

Wir hoffen hilfreiche Hinweise gegeben zu haben und freuen uns auf die Gelegenheit zur Erörterung unserer Positionen in der Anhörung am 5.10.2026.

Selbstverständlich stehen wir auch vorab gerne für Nachfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Tim Tiemann