



JOHANNITER

Schleswig-Holsteinischer Landtag Umdruck 20/6992

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Landesverband Nord
Landesvorstand

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Friesenstraße 1, 20097 Hamburg

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Vorsitzende Katja Rathje-Hoffmann

Friesenstraße 1
20097 Hamburg

Telefon +49 40 570111-900
Telefax +49 40 570111-999

lg.nord@johanniter.de
www.johanniter.de/nord

Via E-Mail: Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Datum 31.08.2026
E-Mail kai-uwe.preuss@johanniter.de

Tel. / Fax (Durchwahl)
- 103 / - 999

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz SHRDG 2026) Drucksache 20/4419

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

vielen Dank für die Gelegenheit als Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. eine schriftliche Stellungnahme zur Novelle des SHRDG abgeben zu dürfen. Der vorliegende Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes stellt einen wichtigen Schritt zur strukturellen Modernisierung der rettungsdienstlichen Versorgung im Land dar. Der Rettungsdienst ist ein zentrales Element der öffentlichen Daseinsvorsorge und zugleich integraler Bestandteil der Gefahrenabwehr- und Bevölkerungsschutzstrukturen. Angesichts steigender Einsatzzahlen, wachsender Versorgungsanforderungen, veränderter Krankenhausstrukturen sowie zunehmender Spezialisierung im Gesundheitswesen ist eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen sachgerecht und erforderlich.

Der Gesetzentwurf enthält zahlreiche positive Ansätze, insbesondere zur landesrechtlichen Regelung der Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Übereinstimmung mit den bundesrechtlichen Regelungen, zur Verbesserung der Steuerung notärztlicher Ressourcen sowie zur Öffnung für innovative Versorgungsmodelle. Zugleich bedürfen einzelne Regelungen einer Präzisierung, um Rechtssicherheit, Praxistauglichkeit und Systemstabilität dauerhaft zu gewährleisten.

1. Kompetenzordnung und heilkundliche Maßnahmen (§ 1, § 21)

Eine klare und rechtssichere Kompetenzabgrenzung zwischen ärztlicher Verantwortung und eigenverantwortlichem Handeln von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ist für die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes von grundlegender Bedeutung. Insbesondere ist es gerade unter dem Eindruck des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, der anstehenden Notfallreform, zu erwartender Mangelressourcen und auch der Berufszufriedenheit und Bindung von essentieller Bedeutung, endlich den bundesgesetzgeberischen Tätigkeitsbereich von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Landesrecht zu verankern. Die gesetzliche Ausgestaltung des § 21 Abs. 1 in der momentanen Fassung überführt die ohnehin bundesrechtlich normierten, eigenverantwortlichen heilkundlichen Tätigkeiten der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in Landesrecht. Allerdings sprechen wir uns für folgende Änderungen aus:

Präsident:
Volker Bescht
Bundesvorstand (§ 26 BGB):
Thomas Mähner
Oliver Meermann

Landesvorstand:
Kai-Uwe Preuß
Sandra Zitzer
Dr. Klaus v. Gierke

SozialBank AG, Köln
IBAN: DE93 3702 0500 0004 3233 00
BIC: BFSWDE33XXX

§ 21 Abs. 1 SHRDG

- (1) *Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter üben ihren Beruf eigenverantwortlich und teamorientiert unter Beachtung der Patientensicherheit aus. Sie sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, **eigenverantwortlich bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt durchzuführen**, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist. ~~und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.~~*

Der Begriff der Rechtzeitigkeit ist in den Bundesregelungen zum §2a NotSanG nicht verwendet und derart unbestimmt, dass kein Mehrwert dieser Regelung zu erwarten ist, gleichwohl aber Unsicherheiten bei der Auslegung der Frage der Rechtzeitigkeit zu erwarten sind. Aufgrund der bereits bundesrechtlich getroffenen Regelungen sind aus unserer Sicht Einschränkungen auf Länderebene nicht möglich und auch nicht geboten. Die Formulierung bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt ist angelehnt an das NotSanG. So ist sichergestellt, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter eigenverantwortlich im Sinne der § 2a i.V.m. § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit b NotSanG tätig werden und entsprechende Entscheidungen treffen.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind entsprechend Ihrer Ausbildung dazu qualifiziert die erlernten und beherrschten Maßnahmen zur Versorgung und zum Nutzen der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten einzusetzen. Sind die Maßnahmen zunächst ausreichend, muss es den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern wie bereits bundesrechtlich vorgesehen zugestanden werden, über die Realisierung ärztlicher Vorstellung und deren Dringlichkeit zu entscheiden. Aktuell führen Notärztinnen und Notärzte in deutlich zu vielen Einsatzfällen Maßnahmen innerhalb der für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beschriebenen Kompetenzbereiche durch, ohne dass es zu einem dem Ressourcenaufwand entgegenstehenden Mehrwert für die Patientinnen und Patienten käme.

Eine 2026 veröffentlichte Sekundäranalyse von 53.361 Einsatzprotokollen mit insgesamt 85.491 dokumentierten Maßnahmen zeigt auf, dass über 95% der Maßnahmen den im Pyramidenprozess empfohlenen Kompetenzbereichen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zugeordnet werden konnten. Lediglich 0,4 % entfielen auf erweiterte invasive und 4,46 % auf erweiterte pharmakologische Maßnahmen außerhalb dieses Rahmens; der bisherige Zustand der Notfallortabhängigen Kompetenzausübung muss nun beendet und die Übernahme der bundesrechtlich gewollten, eigenverantwortlichen Heilkundenausübung landesrechtlich verankert werden.

In § 21 Abs. 2 schlagen wir vor, eine klare Trennung zwischen Durchführung standardisierter Handlungsempfehlungen und allen anderen damit verbundenen Verantwortungszuweisungen vorzunehmen. Der derzeitige Entwurf scheint geeignet, eine Delegation durch die ÄLRD an die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu suggerieren, die in den angedachten Fällen rechtlich und praktisch nicht stattfindet und stattfinden kann. Da Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelhaft den Gesundheitszustand eigenverantwortlich beurteilen müssen und zudem über die erforderlichen Maßnahmen zu entscheiden haben, ist eine Delegation nach vorherrschender juristischer Meinung ausgeschlossen. Nichtsdestotrotz sind standardisierte Handlungsempfehlungen geeignet, eine für den Regelfall gültige Darlegung des aktuellen, medizinischen Versorgungsstandes abzubilden. Wir empfehlen daher in diesem Absatz die Worte *eigenständig* und *freigegeben* zu streichen. Zudem kann es sich bei den Regelungen nur um einen Mindeststandard handeln. Wichtig und unabdingbar ist der letzte Satz mit Verweis auf § 21 Abs. 1, der von uns ausdrücklich begrüßt wird und nicht angetastet werden sollte.

Eine gesetzliche Konstruktion, die eine generelle Vorabdelegation heilkundlicher Maßnahmen nahelegt, erscheint nicht sachgerecht. Eine Vorabdelegation ist nur in eng begrenzten Ausnahmefällen realistisch abbildbar, da sie voraussetzt, dass Indikation, Rahmenbedingungen und Entscheidungsparameter vorab so konkret bestimmt werden, dass die ärztliche Verantwortungszuordnung rechtssicher und haftungsrechtlich belastbar bleibt. In der dynamischen Notfallversorgung ist diese Voraussetzung regelmäßig nicht



gegeben. Aus haftungsrechtlichen und rechtssystematischen Erwägungen ist eine Vorabdelegation daher nicht geeignet, als Regelinstrument der Kompetenzordnung zu dienen.

Wir begrüßen ausdrücklich die Schaffung einer medizinischen Leitung im § 20, da so das überholte System der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst in modernere und zukunftsgerichtete Strukturen überführt wird, die einerseits ärztliche Fachexpertise und andererseits die Fachexpertise von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern bündeln.

2. Personalstruktur und Besetzung der Rettungsmittel (§§ 2, 14)

Die personelle Besetzung der Rettungsmittel sollte sich konsequent am jeweiligen Versorgungsauftrag orientieren. Dies ist aus Gründen der wirtschaftlichen Mittelverwendung, Knappheit der Personalressource und auch der Berufszufriedenheit geboten.

Für den Krankentransport ist eine Besetzung mit zwei Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitätern ausreichend und sachgerecht. Eine verpflichtende zusätzliche Einsatzerfahrung lässt sich aus dem Versorgungsauftrag nicht ableiten. Aus unserer Sicht wäre gar eine niedrigere Qualifikation für die Tätigkeit als Fahrer des KTW zum Beispiel im Sinne der Sanitätshelferausbildung der Hilfsorganisationen im Rahmen von ca. 48 UE ausreichend.

Der Akutkrankentransportwagen ist als eigenständige Vorhaltekomponente mit definiertem Aufgaben- und Einsatzspektrum auszugestalten. Er ist in die rettungsdienstliche Disposition nach festgelegten Kriterien einzubinden. Eine Besetzung mit zwei Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitätern, von denen eine Person über Einsatzerfahrung verfügt, ist hierfür ausreichend.

Die im § 2 definierte Einsatzerfahrung von 100 Einsätzen, davon maximal 50 im Rahmen von Simulationstrainings erworben, ist langwierig im Erwerb und bietet keinen evidenzbasierten Vorteil für die Patientenversorgung. Insbesondere aufgrund der erhöhten Personalfuktuation und des steigenden Bedarfs, regen wir an, diese Zahl zu halbieren. Damit stünde sie auch im Einklang mit der praktischen Ausbildung von Notärztinnen und Notärzten.

3. Definition Krankentransport (§ 2)

Wir sprechen uns dafür aus, in der Definition des Krankentransportes nach § 2 Abs. 5 bei den besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens zu ergänzen, dass die reine Erforderlichkeit als Liegendtransport nicht in den Geltungsbereich des Krankentransportes fällt. Dazu sollte bei den Einrichtungen des Krankentransportwagens die Krankentrage ausgeklammert werden.

Dies ermöglicht die Durchführung von reinen Liegendtransporten außerhalb dieses Gesetzes durch konzessionierte Mietwagenanbieter und entlastet den Rettungsdienst.

4. Veranstaltungsabsicherung und Großschadenslagen (§ 4)

Der Gesetzentwurf verpflichtet die Träger des Rettungsdienstes, für eine veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung sowie für eine Struktur zur Bewältigung rettungsdienstlicher Großschadensereignisse Sorge zu tragen (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SHRDG-E). Diese Zielsetzung ist ausdrücklich zu begrüßen. Die veranstaltungsbezogene Zusatzvorhaltung betrifft insbesondere die Absicherung großer bis sehr großer Veranstaltungen, bei denen aufgrund hoher Personendichte, besonderer Rahmenbedingungen und dynamischer Lageentwicklungen ein erhöhtes Risiko für Einsatzspitzen und komplexe Einsatzlagen besteht. Gerade in diesen Konstellationen ist eine strukturierte, skalierbare und in die Gefahrenabwehr eingebundene Vorsorge erforderlich. Der Übergang von der planbaren sanitätsdienstlichen Absicherung hin zu einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV) kann lagebedingt kurzfristig erfolgen;



deshalb sind Veranstaltungsabsicherung und Strukturen zur Bewältigung von Großschadenslagen organisatorisch zusammenzudenken.

Aus unserer Sicht sollte gesetzlich klarer zum Ausdruck kommen, dass die anerkannten gemeinnützigen Hilfsorganisationen integraler Bestandteil dieser Strukturen sind. Veranstaltungsabsicherung und MANV-Strukturen dürfen nicht isoliert von den gewachsenen rettungsdienstlichen und katastrophenschutzrechtlichen Organisationsstrukturen gedacht werden.

Die anerkannten Hilfsorganisationen stellen durch ihre haupt- und ehrenamtlichen Komponenten eine unverzichtbare personelle und organisatorische Verstärkungsreserve dar. Ihre Einbindung sichert kurzfristige Skalierbarkeit, Durchhaltefähigkeit bei länger andauernden Einsatzlagen, abgestimmte Führungs- und Kommunikationsstrukturen sowie die enge Verzahnung von Regelrettungsdienst und Katastrophenschutz.

Vor diesem Hintergrund sollte im Gesetz ausdrücklich klargestellt werden, dass bei der Ausgestaltung der veranstaltungsbezogenen Zusatzvorhaltung für große bis sehr große Veranstaltungen sowie der Strukturen zur Bewältigung von Großschadensereignissen vorrangig auf die bestehenden Strukturen anerkannter Hilfsorganisationen zurückzugreifen ist, soweit diese geeignet und leistungsfähig sind.

Eine solche gesetzliche Klarstellung stärkt die Resilienz des Systems, sichert gewachsene Gefahrenabwehrstrukturen und trägt zur langfristigen Stabilität des Rettungsdienstes im Land bei.

Die derzeit teilweise vorhandene Doppelvorhaltung von Rettungsmitteln bei Sanitätswachdiensten bis hin zu Umlagerungen von Patienten zwischen sanitätsdienstlicher Versorgung und Transport in eine Klinik müssen abgestellt werden. Konkret schlagen wir vor, dass behördlich beauftragte Zusatzrettungsmittel bei Veranstaltungen dann auch von den Einsatzleitstellen zum Transport in die Klinik eingesetzt werden und dieses dann bei der Bemessung zu berücksichtigen ist.

5. Beauftragung von Dritten (§ 7)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der Bereichsausnahme wird ausdrücklich begrüßt. Sie trägt der besonderen Struktur des Rettungsdienstes als Teil der öffentlichen Gefahrenabwehr Rechnung und ermöglicht eine rechtssichere Einbindung gemeinnütziger Leistungserbringer.

Aus unserer Sicht sollte darüber hinaus eine gesetzlich normierte Vorrangprüfung zugunsten anerkannter gemeinnütziger Hilfsorganisationen vorgesehen werden. Diese Organisationen sind nicht lediglich operative Dienstleister, sondern integrale Bestandteile der Strukturen des Zivil- und Katastrophenschutzes im Land. Sie gewährleisten eine enge Verzahnung zwischen Regelrettungsdienst, Ehrenamtsstrukturen und Großschadensbewältigung.

Insbesondere auch vor dem Gebot der Subsidiarität staatlicher Leistungserbringung scheint eine solche Vorrangprüfung geboten, um den Rettungsdienst nicht in kommunalen oder privatwirtschaftlichen Strukturen von den Ressourcen für Großschadenslagen und Katastrophen gänzlich zu entkoppeln.

Eine verpflichtende Prüfung der Leistungsfähigkeit und Eignung anerkannter Hilfsorganisationen vor einer Eigenerbringung oder anderweitigen Beauftragung würde gewachsene Strukturen sichern, Planungssicherheit schaffen und die Resilienz des Gesamtsystems stärken. Ein Automatismus der Beauftragung ist damit nicht verbunden; vielmehr geht es um eine strukturell sinnvolle Vorrangprüfung innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens.

Gerade vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität von Einsatzlagen und steigender Anforderungen an Durchhaltefähigkeit ist die nachhaltige Einbindung etablierter Organisationen ein wesentlicher Stabilitätsfaktor.



6. Einsatz der Telemedizin (§ 17)

Der Einsatz von Telemedizin bei Sekundärtransporten ist aus unserer Sicht nicht schlüssig, da entweder ein ärztliches Handeln physisch und vor Ort notwendig ist oder von vornherein als nicht notwendig erachtet wird. Die Begleitung durch Telemedizin führt zu erheblichen Mehrkosten, ohne Mehrwert für die Patientinnen und Patienten. Zudem ist im Gesetz bereits geregelt, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ggf. bei Bedarf jederzeit anfordern können.

Wir empfehlen daher den Absatz 4 zu streichen, da bereits hinreichende Regelungen getroffen sind.

7. Gemeinsame Fortbildung (§ 22)

Ausdrücklich begrüßen wir den teamorientierten Ansatz von gemeinsamen Fortbildungen von Notärztinnen und Notärzten, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Der vorliegende Entwurf führt bei Notärzten die gemeinsame Fortbildung als Soll-Bestimmung auf, macht sie bei Notfallsanitätern allerdings zur Muss-Bestimmung. Wir empfehlen daher im § 22 Abs. 3 die gemeinsame Fortbildung von mindestens acht Stunden auch für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auszuführen. Das Fehlen von Notärztinnen und Notärzten in einem Fortbildungskurs darf keinesfalls dazu führen, dass die Fortbildung nicht auf die gesetzliche Pflicht der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter anzurechnen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Kai-Uwe Preuß
Mitglied des Landesvorstandes