



Fachdienst Rettungsdienst

Kreis Nordfriesland · Postfach 11 40 · 25801 Husum

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Frau Vorsitzende Katja Rathje-Hoffmann, MdL
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Per E-Mail: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Ihre Zeichen:

Meine Zeichen: 2.30

Auskunft gibt: Herr Lindner

Durchwahl: 04841-67-378

E-Mail: Jens-Peter.Lindner@nordfriesland.de

Husum

31.08.2026

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

Sehr geehrte Frau Rathe-Hoffmann,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Kreis Nordfriesland bedankt sich ausdrücklich für die Möglichkeit der schriftlichen Anhörung bezüglich des Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein, Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 20/4419.

Im Rahmen eines Austausches bezüglich der o.g. Thematik haben sich die Träger der Kreise und der kreisfreien Städte ausführlich ausgetauscht und eine gemeinsame Stellungnahme verfasst, welche ihnen von anderer Seite entsprechend übermittelt wird.

Leider konnte bezüglich des §21 SHRDG keine Einigung erzielt werden, hier hat der Kreis Nordfriesland berechnete Sorge, dass die vorgeschlagene Fassung die vom Bundesgesetzgeber vorgesehene eigenverantwortliche Handlungskompetenz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern derart beschneidet, dass diesbezüglich zu befürchten ist, dass es zu einem Rückschritt in der medizinischen Versorgung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter kommen wird.

Eine wesentliche Zielrichtung des Gesetzesentwurfes Drucksache 20/4419 besteht darin, die eigenverantwortlichen Tätigkeiten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Interesse des Patientenwohls sowie einer leistungsfähigen und zukunftsfähigen Ausgestaltung des Rettungsdienstes nutzbar zu machen.

Im Einführungsteil des übersandten Entwurfs des LKT wird hervorgehoben, dass die Möglichkeit erforderlich sei, verbindliche Vorgaben treffen zu können. Hierauf werden die vorgeschlagenen LKT-Änderungen maßgeblich gestützt.

Die besondere Betonung der Verbindlichkeit lässt allerdings erkennen, dass den eigenverantwortlichen Handlungsmöglichkeiten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern nur eingeschränktes Vertrauen entgegengebracht wird.

Unabhängig davon ist die Bedeutung zusätzlicher verbindlicher Vorgaben bereits rechtlich zu relativieren.

Hausanschrift
Marktstraße 6
25813 Husum

Öffnungszeiten
Mo-Fr 8.30-12.00 Uhr
Nachmittags nach
Terminabsprache

Kommunikationsverbindungen
Telefon: 04841 67-0
Telefax: 04841 67-457
E-Mail: info@nordfriesland.de
Internet: www.nordfriesland.de

Bankverbindung
Nord-Ostsee Sparkasse
IBAN: DE67 2175 0000 0000 0031 86
BIC: NOLADE21NOS

Bereits nach § 2 Abs. 1 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Damit besteht bereits ein gesetzlich vorgegebener fachlicher Maßstab, an dem sich die Versorgung auszurichten hat.

Die eigenverantwortlichen Handlungsbereiche der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind bereits durch bundesgesetzliche Vorgaben i.S.v. § 2a NotSanG geregelt. Es steht dem Landesgesetzgeber daher nicht zu, hierzu einschränkende Regelungen zu erlassen.

Hier nun zunächst Anmerkungen zum aktuellen Entwurf, der zur Kommentierung vom Landtag als Drucksache 20/4419 versandt wurde.

Entwurf des § 21 SHRDG	Änderungsvorschlag Kreis Nordfriesland
§ 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 durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.	§ 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.
(2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern sie in den landesweit einheitlich freigegebenen Standardarbeitsanweisungen beschrieben und vorgesehen sind, der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.	(2) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen nach landesweit einheitlichen Handlungsempfehlungen als Mindeststandard durch wenn der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.
(3) Ärztlich angeordnete Maßnahmen dürfen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenständig durchgeführt werden, sofern eine entsprechende Delegation durch eine Notärztin oder Telenotärztin oder einen Notarzt oder Telenotarzt vorliegt und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Verantwortung für die Durchführung liegt in diesem Fall bei der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter, die Gesamtverantwortung verbleibt bei der delegierenden Notärztin oder Tele-notärztin oder dem delegierenden Notarzt oder Telenotarzt.	(3) Ärztlich angeordnete Maßnahmen dürfen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenständig durchgeführt werden, sofern eine entsprechende Delegation durch eine Notärztin oder Telenotärztin oder einen Notarzt oder Telenotarzt vorliegt und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Verantwortung für die Durchführung liegt in diesem Fall bei der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter, die Gesamtverantwortung verbleibt bei der delegierenden Notärztin oder Tele-notärztin oder dem delegierenden Notarzt oder Telenotarzt.
(4) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden anhand der Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten über die Hinzuziehung einer nicht primär alarmierten Notärztin oder Telenotärztin oder eines Notarztes oder Telenotarztes. Für	(4) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden anhand der Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten über die Hinzuziehung einer nicht primär alarmierten Notärztin oder Telenotärztin oder eines Notarztes oder Telenotarztes. Für

den Fall, dass nach Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter die Hinzuziehung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung nicht mehr erforderlich ist, muss die bereits erfolgte Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden auf Grundlage des Gesundheitszustandes außerdem darüber, ob ein Notfalltransport nach § 2 Absatz 4 oder die Weitergabe der Patientin oder des Patienten in einen anderen erreichbaren und geeigneten Versorgungssektor erforderlich ist.	den Fall, dass nach Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten durch die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter die Hinzuziehung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung nicht mehr erforderlich ist, muss die bereits erfolgte Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entscheiden auf Grundlage des Gesundheitszustandes außerdem darüber, ob ein Notfalltransport nach § 2 Absatz 4 oder die Weitergabe der Patientin oder des Patienten in einen anderen erreichbaren und geeigneten Versorgungssektor erforderlich ist.
(5) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind unter Beachtung der Behandlungsleitlinien zur Verabreichung von Medikamenten und unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 13 Absatz 1b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365), zur Verabreichung von Betäubungsmitteln nach dem BtMG befugt.	(5) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind unter Beachtung der Behandlungsleitlinien zur Verabreichung von Medikamenten und unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 13 Absatz 1b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365), zur Verabreichung von Betäubungsmitteln nach dem BtMG befugt.

Der vorliegende Entwurf des § 21 SHRDG ist grundsätzlich sehr geeignet, die Realität des Rettungsdienstes abzubilden und insbesondere die Regelungen des NotSanG in landesrechtliche Gesetzgebung zu überführen.

Zu § 21 Abs. 1 SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419)

Wir empfehlen im § 21 Abs. 1 des Entwurfes eine Änderung vorzunehmen in Bezug auf den zeitlichen Geltungsrahmen. Durch Formulierung „bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt“ werden die Formulierungen des § 2a NotSanG aufgegriffen und wortgleich verwendet. Dies greift die Formulierung des §2a NotSanG auf und überführt die Bundesregelungen in Landesrecht. Die Verknüpfung mit dem unbestimmten Begriff der Rechtzeitigkeit ist aus unserer Sicht ungünstig und führt bereits aktuell immer wieder zu Diskussionen und verschiedenen Auslegungen, ob bei jedem Tätigwerden von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eine Notarzteinsatznachforderung geboten sei. Zwar hat der Entwurf in anderen Abschnitten bereits den Ansatz klargestellt und die Entscheidungsprärogative klar dem Notfallsanitäter zugestanden, dennoch ist eine Anpassung an den Gesetzestext des NotSanG sinnvoll und beseitigt die Diskussion. Entsprechend §§ 2a i.V.m. 4 Abs. 2 Nr.1 lit. b NotSanG liegt die Entscheidungsprärogative bei den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Sie müssen über eine situativ angemessene Arztvorstellung entscheiden.

Dies entspricht auch dem Einleitungstext der Präambel und dem dort beschriebenen Ansatz, die umfangreichen Kompetenzen der Notfallsanitäter zu nutzen und zur Wirkung kommen zu lassen und unnötige Notarzteinsätze zu vermeiden. Dies war und ist auch ein bundesgesetzgeberischer Ansatz aus dem der die erheblichen Kosten durch Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze und Reduktion von Krankenhausbehandlungen durch die verbesserte Ausbildung und die Nutzung der Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erreichen möchte. Vgl. BT-Drucksache 17/11689: „Diesen Mehrausgaben stehen erhebliche, in der Summe nicht quantifizierbare Einspareffekte gegenüber, **da durch die verbesserte Qualifizierung dieser Berufsgruppe Einsparpotentiale bei Krankenhausbehandlungen und weitere Einsparungen durch eine Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze zu erwarten sind.**“

Vgl. BR-Drucksache 608/12: „...Den Kostenträgern entstehen durch die Verbesserungen im Bereich der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von circa 42 Millionen Euro, von denen etwa 90 Prozent (circa 38 Millionen Euro) auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallen. **Diesen Mehrausgaben stehen erhebliche, in der Summe nicht quantifizierbare Einspareffekte gegenüber, da durch die verbesserte Qualifizierung dieser Berufsgruppe Einsparpotentiale bei Krankenhausbehandlungen und weitere Einsparungen durch eine Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze zu erwarten sind.**“

Vgl. BT-Drucksache 608/12: „Andererseits ist davon auszugehen, dass den Mehrkosten Einsparungen aus einem verbesserten Rettungsdienst durch besser qualifiziertes Personal gegenüber stehen, wenn sich durch die Neuregelung zum Beispiel die **Zahl der Notarzteinsätze, insbesondere nicht erforderlicher Einsätze, verringern würde**. Auch wird die **höhere Qualifikation** des Personals zu einer **verbesserten Erstversorgung** beitragen, so dass die Kosten für die Weiterbehandlung reduziert werden können.“

Die Ausrichtung des SHRDG-Entwurfes ist daher angemessen und insbesondere unter den Bedingungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes und den Anforderungen des SGB V erforderlich. Wenden Notfallsanitäter Maßnahmen erfolgreich an, würde die Nachforderung und Hinzuziehung eines Arztes/Notarztes keinen weiteren Versorgungsvorteil bewirken. Dies widerspräche im Vorgehen dann dem § 12 Abs. 1 und 2 SGB V, da die unnötige Notarztanforderung dem Maß des Notwendigen überstieg. Dies darf nicht bewirkt werden. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter müssen daher diese Entscheidung eigenverantwortlich treffen und treffen dürfen.

Der in § 21 Abs. 1 SHRDG-Entwurf Drucksache 20/4419 beschriebene Regelungstext greift neben dem § 2a NotSanG auch die im NotSanG als Grundvorschrift bezeichneten eigenverantwortlichen Kompetenzen der § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG auf. Bundesgesetzgeberisch wurden die Kompetenzen des Ausbildungsziels des NotSanG (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. c NotSanG) in den § 2a NotSanG als beschränkte Heilkundeerlaubnis überführt. Bereits in der Gesetzesbegründung wird der Ansatz des NotSanG deutlich. Vgl. BT-Drs. 17/11689: „**Allerdings sollen die inhaltlichen Anforderungen, die an die beruflichen Kompetenzen geknüpft werden und auf die das Ausbildungsziel ausgerichtet ist, als Auslegungshilfe herangezogen werden, wenn es um den Umfang und die Grenzen der Tätigkeiten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geht.**“

Vgl. BT-Drs. 17/12524: „Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass die ... Notfallsanitäter von diesen Kompetenzen unter den in § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c näher beschriebenen Voraussetzungen **im Interesse der Patientenversorgung Gebrauch machen werden.**“ Der zuletzt 2023 geänderte § 2a NotSanG, soll zu eigenverantwortlicher und notarztersetzender Durchführung heilkundlicher Maßnahmen führen. Es handelt sich nicht um eine Ausnahme, sondern die Regel im Rettungsdienst. Vgl. BT-Drs. 19/26249: „**Die eigenverantwortliche und damit (not-)arztersetzende Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen wird Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern** – wie schon nach dem Gesetzentwurf – **in besonderen Einsatzsituationen erlaubt, in denen die betroffenen Patientinnen oder Patienten sich in Lebensgefahr befinden oder in denen ihnen wesentliche Folgeschäden drohen.** Zudem bleibt es bei der Vorgabe im Gesetzentwurf, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nur solche Maßnahmen anwenden dürfen, die sie in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen. Dies gilt zeitlich so lange bis die Notärztin oder der Notarzt am Einsatzort eintrifft oder die Patientin oder der Patient in eine weitere ärztliche Versorgung übergeben wird. Auf eine stärkere Konkretisierung von Vorgaben – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – wird verzichtet, um zu vermeiden, dass in entsprechenden Einsatzsituationen rechtliche oder tatsächliche Fragen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auftreten können, die ihren Einsatz ggf. verzögern oder hemmen könnten.“ Dies unterstreicht die bereits seit 2014 verfolgten Ansätze, die Notfallversorgung durch Nutzung der ausgebildeten Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu verbessern.

Lebensgefahr und drohende wesentliche Folgeschäden sind dabei im Notfalleinsatz als Grundannahme vom System Rettungsdienst regelhaft vorliegend. Die gesetzlichen Definitionen von Notfallrettung definieren dies als Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich in Lebensgefahr befinden oder denen wesentliche Folgeschäden bei nicht unverzüglicher Versorgung drohen (vgl. § 2 Abs 1 SHRDG-Entwurf). Nach den Verordnungsgrundsätzen der Krankentransportrichtlinie des G-BA sind regelhaft alle Transporte vorab ärztlich zu verordnen. Aufgrund von Lebensgefahr und drohenden Folgeschäden wird der Notfalltransport hier explizit ausgenommen. Systemseitig wird demnach im Grundsatz vom Vorliegen von Lebensgefahr oder drohenden Folgeschäden ausgegangen. Wäre dies nicht der Fall, so fiel dies nicht der Notfallrettung zu und der Rettungsdienst wäre gar nicht zuständig. Folgerichtig muss auch den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zunächst als Grundannahme das Vorliegen von Lebensgefahr oder drohenden Folgeschäden bei nicht unverzüglicher Behandlung zugestanden werden. Dies befreit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter keinesfalls von der Pflicht zur eigenverantwortlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes. Allerdings haben Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hier die Entscheidungsprärogative. Regelhaft und damit i.S.d. BT-Drs. 19/26249 darf also vom Vorliegen der Grundbedingung „Lebensgefahr oder drohender Folgeschaden“ ausgegangen werden. Aufgrund der im § 2a NotSanG bereits bundesgesetzgeberisch abschließend geregelten Anforderungen an die Heilkundeerlaubnis sind weitere Einschränkungen oder zusätzliche Regelungen auf Landesebene oder auf kommunaler Ebene nicht möglich. Die Regelungen des § 2a NotSanG zur Heilkunde sind dabei eingeschränkt in Zeit, Dringlichkeit und Beherrschung.

- Zeitliche Befristung der Heilkundeerlaubnis nach § 2a NotSanG: Die zeitliche Befristung ergibt sich aus der Formulierung: „Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung“. Daraus

ergibt sich keine Notarznachforderungspflicht. Es obliegt den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern über eine angemessene Arztvorstellung zu entscheiden.

- Die Heilkunde ist begrenzt auf Situation mit dem Vorliegen von Lebensgefahr oder drohenden wesentlichen Folgeschäden.
Die Entscheidungsprärogative obliegt hier wiederum den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, da der Gesetzestext hier Eigenverantwortlichkeit zuordnet. Dabei kann es durchaus auch zu Unschärfen kommen. Dazu der VGH München in VGH München, Beschluss v. 21.04.2021 – 12 CS 21.702: *„Der Verpflichtung zum eigenverantwortlichen Handeln korrespondiert eine retrospektiv nur eingeschränkt überprüfbare Einschätzungsprärogative. Zeigt sich etwa im Nachhinein, dass ein lebensbedrohlicher Zustand nicht vorgelegen hat oder keine wesentlichen Folgeschäden zu erwarten waren, so ist das Tätigwerden zwar objektiv als unzulässig zu bewerten, eine subjektiv vorwerfbare Ausübung der Heilkunde kann aber nur dann angenommen werden, wenn bereits im Rahmen einer ex-ante Betrachtung keine Lebensgefahr gedroht hat oder keine wesentlichen Folgeschäden zu erwarten waren und dies für die handelnde Notfallsanitäterin oder den handelnden Notfallsanitäter unter Berücksichtigung der im Einsatzgeschehen bestehenden Anspannung auch ohne weiteres erkennbar war. Für die Beurteilung kommt es maßgeblich auf die Sicht der vor Ort anwesenden Notfallsanitäterin oder -sanitäters im Augenblick des Handelns an.“*
- Die Maßnahmen müssen erlernt sein und beherrscht werden.
„Beherrscht wird eine Maßnahme nach den allgemeinen Maßstäben beruflicher Bildung, wenn sie auf der Basis sicheren theoretischen Wissens praktisch sicher angewendet werden kann. Dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die anzuwendenden Maßnahmen beherrschen, haben sie in aller Regel mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung nachgewiesen. Insofern gilt in Bezug auf die Neuregelung kein anderer Maßstab. Vielmehr soll damit deutlich gemacht werden, dass die handelnde Notfallsanitäterin oder der handelnde Notfallsanitäter auch im Moment der Übernahme der Tätigkeit selbst davon überzeugt ist, die Maßnahme ausreichend zu beherrschen.“ (Vgl. BT-Drs. 19/24447)

Weitere einschränkende Regelungen sind bundesgesetzgeberisch nicht getroffen. § 2a NotSanG knüpft die Befugnis an patienten- und maßnahmenbezogene Voraussetzungen. Das Gesetz verlangt weder, dass zunächst eine Standardarbeitsanweisung ausgeschöpft wird, noch ordnet es allein wegen der Anwendung des § 2a NotSanG eine Notarzt-Nachforderung an. Im abschließenden Gesetzgebungsverfahren wurden weitergehende tatbestandliche Konkretisierungen und bundesweite Muster-Standardanweisungen nicht übernommen, damit rechtliche und tatsächliche Vorfragen die erforderliche Behandlung gerade nicht verzögern oder erschweren sollten.

Zu § 21 Abs. 2 SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419)

Der § 21 Abs. 2 des SHRDG-Entwurfes (Drucksache 20/4419) muss nach unserer Einschätzung dahingehend geändert werden, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen nach landesweit einheitlichen Handlungsempfehlungen als Mindeststandard durchführen, wenn der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann. Die Durchführung von Maßnahmen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

Insbesondere das Wort „eigenständig“ muss hier aus unserer Sicht gestrichen werden, da es eine nicht zutreffende Einordnung der Verantwortlichkeiten vornimmt. Das Wort „eigenständig“ ist dabei dem Handeln im Rahmen der Mitwirkung zugeordnet.

Die Begründung im SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419) widerspricht sich aktuell in unserer Wahrnehmung und suggeriert die Delegation von ÄLRD auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Dies ist allerdings regelhaft als nicht erfüllt anzusehen.

Notfallsanitäter beurteilen regelhaft den Gesundheitszustand und Entscheiden auch über eine möglicherweise vorliegende Lebensbedrohung i.S.v. § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG. Dazu bringen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelhaft Anamnese, Untersuchung, Stellen einer Arbeitsdiagnose, Indikationsstellung und Einleitung invasiver Therapien zur Wirkung. Diese Tätigkeiten können nach herrschender juristischer Meinung und den Regelungen zur Delegation nicht von Ärzten delegiert werden und fallen unter die höchstpersönliche Leistungserbringungspflicht des Arztes. (vgl. Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen; Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Stand: 29.08.2008)

In Fällen von Delegation auch nach der Anamnese und Diagnosestellung durch den Arzt selbst hat der delegierende Arzt sich zudem in Rufweite aufzuhalten, nach aktueller Rechtsprechung reicht hierzu die Nachforderungsmöglichkeit eines Notarztes nicht. Intravenöse Erstapplikationen von Medikamenten sind ebenfalls nicht delegierbar, allerdings regelhaft anzunehmen. Für eine Delegation muss die

Indikationsstellung, das „ob“ des individuellen Patienten, eindeutig durch den delegierenden Arzt erfolgen und der Delegationsempfänger führt lediglich die angeordnete Behandlungsmaßnahme durch, das „wie“. Der wissenschaftliche Dienst des Bundestages hat sich hierzu umfangreich geäußert und in WD 9 - 3000 - 032/19 ausgeführt: *„Von einer „Delegation“ nach allgemeinem juristischen Verständnis ist aber nur dann auszugehen, wenn durch die SOP weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt werden und wenn sie so präzise formuliert werden, dass sie möglichst keinen Bewertungsspielraum für die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter mehr enthalten. Dort, wo standardisierte Handlungsanweisungen Spielräume offenlassen, liegt zumindest auch eine Behandlungsentscheidung der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters selbst vor, die nach dem juristischen Verständnis von Delegation ausgeschlossen wäre.“*

Weiter heißt es dort: *„Die Delegation ärztlichen Handelns im Sinne des in Rechtsprechung und Literatur etablierten Verständnisses dieses Begriffs ist **durch einen starken Bezug zum Einzelfall geprägt, bei welcher ein Arzt die Indikationsstellung und die daraus folgenden medizinischen Anordnungen sowie die Personalauswahl jedes Mal konkret verantwortet** und lediglich die Durchführungsverantwortung auf nicht-ärztliches Fachpersonal übergeht. Der Arzt muss danach stets wissen, welcher Mitarbeiter welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt vornimmt. Eine pauschale Übertragung heilkundiger Tätigkeiten auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Sinne einer „Generaldelegation“ ist dem Medizinrecht bislang fremd und kommt nach etablierter juristischer Sichtweise deshalb nicht in Betracht.“* *„Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung und Überwachung und hat unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen. Die Entscheidungshoheit über die Durchführung der übertragenen Behandlungsmaßnahme – das „Ob“ – verbleibt im Falle der Delegation beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung – das „Wie“ – auf den Delegationsempfänger übergeht.“*

Regelhaft obliegt den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern aber die Aufgabe, i.S.v. § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG eigenverantwortlich den Gesundheitszustand einzuschätzen und über die erforderlichen Maßnahmen zu entscheiden. Damit führen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelhaft und tagtäglich nicht nur das „wie“ als Durchführungsverantwortung aus, sondern entscheiden ebenso über die Indikation, das „ob“. Damit müssen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter regelhaft den entscheidenden Beurteilungsspielraum nutzen. Delegation ist in all diesen Fällen ausgeschlossen, da, wie oben beschrieben, die erforderlichen Schritte zur Beurteilung eben gerade NICHT delegierbar sind. Daher ist es folgerichtig und auch im Sinne des NotSanG, dass Notfallsanitäter eben entsprechend der im NotSanG als Grundvorschrift bezeichneten Abschnitte des § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG diese Beurteilungstätigkeiten eigenverantwortlich ausführen.

Auch ist zu beachten, dass ein Tätigwerden nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 lit. c NotSanG im Rahmen der Mitwirkung gerade keine lebensrettenden Maßnahmen betrifft. Vgl. BR-Drs. 562/20: *„§ 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG **betrifft gerade keine lebensrettenden Maßnahmen.** Heilkundliche Maßnahmen, für die entlang eines definierten Algorithmus standardmäßig eine Delegation vorab ausgesprochen wird, die also weiterhin heilkundlich vom Arzt selbst zu verantworten sind, sind in der Regel „einfache Maßnahmen“, **die in keiner Weise mit Notstandsmaßnahmen zu vergleichen sind und auch keinerlei fließenden Übergang zu diesen haben.**“*

Die Maßnahmen bei Lebensgefahr und wesentlichen Folgeschäden sind damit also gerade nicht als delegierbar angesehen und favorisiert. Algorithmen, SOP, Handlungsempfehlungen im Land Schleswig-Holstein behandeln allerdings gerade diese lebensrettenden Situationen.

Algorithmen, SOP, Handlungsempfehlungen sind aus unserer Sicht geeignet, den medizinischen Stand darzulegen und eine Entscheidungshilfe für den Regelfall darzustellen. Dies ist ausdrücklich begrüßenswert und hilft Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern den aktuellen Stand der Versorgung entsprechend § 2 Abs. 1 SGB V in Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt angemessen zu berücksichtigen.

Algorithmen, SOP, Handlungsempfehlungen müssen aber juristisch entkoppelt betrachtet werden von der Verantwortung. Delegation wird oftmals als Machtinstrument verstanden, um bei Nichtanwesenheit des Arztes trotzdem ärztliche Kontrolle zu behalten. Dies ist allerdings aufgrund der geschilderten Anforderungen nicht möglich. Wir raten dringend, die Begründung dahingehend zu ändern. Die Verantwortung liegt IMMER regelhaft beim Notfallsanitäter. Alle anderen Suggestionen führen zu erheblicher Unsicherheit und sind geeignet, dazu zu führen, dass gebotene Maßnahmen aus Unsicherheit unterlassen werden.

Eine Vereinheitlichung der Therapiestrategien ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings kann der Landesgesetzgeber hier nicht in die kommunale Selbstverwaltungshoheit eingreifen. Landesweit geeinte Standards können daher nur einen Mindeststandard darstellen und müssen lokal anpassungsfähig bleiben. Was geschieht beispielsweise, wenn es keine einheitlich festgelegten Standards gibt, oder ein Träger auf Grundlage sorgfältiger Erwägung von diesen abweicht und ergänzende Standardanweisungen erlässt? Diese Möglichkeit muss den Trägern eingeräumt werden, da man sich ansonsten auf den kleinsten gemeinsamen Nenner festlegt mit der Gefahr, dass das Potential der Berufsgruppe entgehen dem, was das

NotSanG und auch der Entwurf des SHRDG wollten, nicht ausgeschöpft wird. Aktuell wird dies wenigstens durch die Klarstellung, dass Abs. 1 davon unberührt bleibt, ansatzweise verhindert.

Zu § 21 Abs. 3 SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419)

Der § 21 Abs. 3 des SHRDG-Entwurfes ist aus unserer Sicht gut formuliert.

Zu § 21 Abs. 4 SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419)

Der § 21 Abs. 4 des SHRDG-Entwurfes sollte aus unserer Sicht zwingend so belassen werden. Er greift in der jetzigen Formulierung des Entwurfes folgerichtig die Ansätze auf, die zu einer Zielerreichung von vermehrter Nutzung und Wirksamkeit von NotSan-Kompetenzen und zu einer Reduktion nicht erforderlicher Notarzteinsätze führen. I.S.v. § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG ist es die originäre und eigenverantwortliche Aufgabe von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, über die Erforderlichkeit oder Nichterforderlichkeit ärztlicher Hilfe zu entscheiden und entsandte Notarzteinsatzmittel wieder abzubestellen. In diesem Kontext ist auch zu bedenken, dass die Träger der Rettungsdienste in Schleswig-Holstein die Notfallsanitäterausbildung in Schleswig-Holstein zum großen Teil selbst durchführen. Dabei sind die Ausbildungsstätten und auch die Träger als Ausbildungsbetriebe an die Regelungen und Anforderungen des NotSanG und der NotSanAPrV gebunden. Somit ist auch davon auszugehen, dass die Träger dem gesetzlichen Auftrag entsprechend sicherstellen, dass die erforderlichen Kompetenzen vorhanden sind. Wäre dies nicht so und die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hätten diese Kompetenzen nicht erworben, so dürfte das Ausbildungsziel auch nicht als erfolgreich erreicht eingeschätzt werden. Dann würde aber auch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung i.S.v. § 1 i.V.m. § 2 NotSanG behördlicherseits versagt werden müssen. Wenn die Kompetenzen lediglich für die „Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung“ erreicht werden und nicht für den „eigenverantwortlichen“ Kompetenzabschnitt, so müssen sich die Träger der Frage nach fehlerhafter und unzureichender Ausbildung stellen.

Die Leitstellen können nur sehr eingeschränkt die Situation vor Ort einschätzen und bemühen sich durch standardisierte und strukturierte Abfragen eine bestmögliche Rettungsmittelzuweisung zu erreichen. Allerdings treten dabei erhebliche, systembedingte Unschärfen auf, die zu einer deutlichen Übertriagierung führen. **Die Ressource Notarzt wird deutlich häufiger alarmiert, als sie tatsächlich an der Einsatzstelle benötigt wird.**

In einer Untersuchung von 6.851 Rettungsdiensteinsätzen hielten sich die eingesetzten Notärztinnen und Notärzte bei 46,7 % ihrer eigenen Einsätze selbst für nicht erforderlich; bezogen auf alle untersuchten Rettungsdiensteinsätze wurde die Anwesenheit eines Notarztes nur in etwa 11 % als notwendig eingeschätzt. Gleichzeitig waren die Notärztinnen und Notärzte auch bei den von ihnen als nicht erforderlich bewerteten Einsätzen durchschnittlich 25 Minuten an der Einsatzstelle gebunden – Zeit, in der diese hochqualifizierte Ressource für andere Notfälle nicht verfügbar war. (vgl. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-019-00643-0>)

Der überwiegende Teil der durch Notärztinnen und Notärzte durchgeführten Maßnahmen liegt innerhalb der für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beschriebenen Kompetenzbereiche.

Eine 2026 veröffentlichte Sekundäranalyse von 53.361 Einsatzprotokollen mit insgesamt 85.491 dokumentierten Maßnahmen ergab, dass 95,14 % 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; daraus folgt allerdings nicht automatisch eine identische rechtliche Handlungskompetenz in jedem Rettungsdienstbereich. In den weit überwiegenden Einsätzen führen Notärzte somit Notfallsanitätertätigkeiten aus.

(vgl. <https://link.springer.com/article/10.1007/s16024-026-00453-8>)

Die steigende Beanspruchung des Rettungsdienstes ist inzwischen auch ein erhebliches gesundheitsökonomisches Problem.

Die GKV gab 2022 rund 8,4 Milliarden Euro für rettungsdienstbezogene „Transport“- bzw. Fahrkosten aus – damit erreichten diese Ausgaben bereits nahezu 10 % der rund 88 Milliarden Euro für Krankenhausbehandlungen. Zwischen 2018 und 2022 stiegen die Fahrkosten von rund 5,95 auf 8,41 Milliarden Euro und damit um etwa 41 %; die Regierungskommission bezeichnet diesen Anstieg im Vergleich zu anderen betrachteten Leistungsbereichen als weit überproportional. Diese Steigerung liegt sicher nicht ausschließlich in unnötigen Notarzteinsätzen, allerdings zeigen sich hier erhebliche Einsparpotentiale, die i.S.d. GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes zur Sicherung der Finanzierung der kommunalen Rettungsdienste zwingend zu realisieren sind.

(vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf)

Auch die Formulierungen des Entwurfes des § 21 Abs. 4 zur Entscheidung für einen Notfalltransport oder einen Sektorenwechsel ist richtig und auch im Sinne der geplanten Notfallreformgesetzgebung. Diese Entscheidungen müssen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenverantwortlich getroffen werden können.

Zu § 21 Abs. 5 SHRDG-Entwurf (Drucksache 20/4419)

Der § 21 Abs. 5 des SHRDG-Entwurfes ist aus unserer Sicht gut formuliert.

Wir sprechen uns klar für eine Beibehaltung des § 21 im SHRDG-Entwurf aus der Drucksache 20/4419 mit den obenstehend dargelegten und begründeten Änderungsvorschlägen aus.

Dem Vorschlag des LKT vom 24.08.2026 zur Änderung des § 21 können wir uns hingegen nicht anschließen. Aus unserer Sicht bestehen sowohl in fachlicher und rechtlicher Hinsicht als auch im Hinblick auf die zu erwartenden praktischen Auswirkungen erhebliche Bedenken.

Den LKT-Vorschlag bewerten wir folgendermaßen:

Vorschlag zur Änderung des § 21 des SHRDG-Entwurfes durch LKT	Bewertung
„(1) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen die im Rahmen von Aus- und Fortbildung erlernten und beherrschten heilkundlichen Maßnahmen, einschließlich invasiver oder medikamentöser Maßnahmen eigenständig durch, sofern sie in den landesweit einheitlich freigegebenen Standardarbeitsanweisungen beschrieben und vorgesehen sind, der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten entsprechend zugeordnet werden kann und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die unmittelbar bundesrechtlich geregelte Befugnis nach § 2a NotSanG bleibt hiervon unberührt.“	Der Entwurfstext verortet das Tätigwerden von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern durch den Einsatz des Wortes „eigenständig“ in den Bereich des Tätigwerdens „im Rahmen der Mitwirkung“. Dieses Tätigwerden ist dem § 4 Abs. 2 Nr. 2 lit. c NotSanG zuzuordnen. Darunter wird im Sprachgebrauch „Delegation“ verstanden. Dies ist bereits obenstehend ausführlich dargelegt und juristisch kaum haltbar. Die Ausführung „landesweit einheitlich freigegebene Standardarbeitsanweisungen“ greifen in die kommunale Selbstverwaltung ein und sind daher aus unserer Sicht verfassungsrechtlich nicht haltbar. Es muss den Kommunen möglich sein, den Rettungsdienst als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe selbst zu gestalten. Bei Landeseinigungen kann es sich nur um einen Mindeststandard handeln. Die Anforderung einer Zuordnung des Gesundheitszustandes zu einer Standardarbeitsanweisung erfolgt durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Damit haben die Notfallsanitäter bereits die maßgebliche Entscheidungsprärogative inne, die eine Delegation ausschließt. Wir weisen vorsichtshalber darauf hin, dass „beherrscht“ bedeutet, dass eine Maßnahme nach den allgemeinen Maßstäben beruflicher Bildung auf der Basis sicheren theoretischen Wissens praktisch sicher angewendet werden kann. Dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die anzuwendenden Maßnahmen beherrschen, haben sie in aller Regel mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung nachgewiesen. Insofern gilt in Bezug auf die Neuregelung kein anderer Maßstab. (vgl. BT-Drs. 19/24447) Dieser Änderungsvorschlag ist daher fachlich falsch und abzulehnen.
(2) Ärztlich angeordnete Maßnahmen dürfen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern eigenständig durchgeführt werden, sofern eine entsprechende Delegation durch eine Notärztin oder Telenotärztin oder einen Notarzt oder	Abs. 2 des LKT-Entwurfes entspricht wortgleich dem Entwurf des § 21 Abs. 3 SHRDG und kann, wie oben beschrieben, belassen werden. Eine Umordnung mit der Suggestion einer Wertigkeit

Telenotarzt vorliegt und die Maßnahme im Rahmen der Aus- und Fortbildung erlernt wurde und beherrscht wird. Die Verantwortung für die Durchführung liegt in diesem Fall bei der Notfallsanitäterin oder dem Notfallsanitäter, die Gesamtverantwortung verbleibt bei der delegierenden Notärztin oder Telenotärztin oder dem delegierenden Notarzt oder Telenotarzt.	der Reihenfolge, wie im LKT-Entwurf gefordert, ist irrelevant und irreführend.
(3) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind befugt, im Rahmen ihrer Ausbildung erworbene heilkundliche Maßnahmen, einschließlich invasiver und medikamentöser Maßnahmen, eigenverantwortlich durchzuführen, soweit dies zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen Folgeschäden erforderlich ist und eine ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig verfügbar ist.	Der unter der irrigen Annahme einer Relevanz in Abs. 3 verschobenen eigenverantwortliche Handlungsrahmen ist in dem Entwurf der Drucksache 20/4419 mit § 21 Abs. 1 deutlich besser und aussagekräftiger geregelt. Die Änderungsvorschläge unsererseits und in der obenstehenden Tabelle und dem Begleittext hinreichend dargelegt. Die angegebenen Begründungshinweise des LKT-Entwurfes sind durch andere und spätere Äußerungen des Bundesgesetzgebers überholt.
(4) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind unter Beachtung der Behandlungsleitlinien zur Verabreichung von Medikamenten und unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 13 Absatz 1b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365), zur Verabreichung von Betäubungsmitteln nach dem BtMG befugt.“	Abs. 4 des LKT-Entwurfes entspricht wortgleich dem Entwurf des § 21 Abs. 5 SHRDG und kann, wie oben beschrieben, ohne Änderungen belassen werden.

Abzulehnen ist insbesondere auch das Bestreben, § 21 Abs. 4 des SHRDG-Entwurfs zu streichen. Die Gründe für die Notwendigkeit dieser Regelung sind aus unserer Sicht bereits hinreichend dargelegt. Die Entscheidung über die konkrete Erforderlichkeit einer notärztlichen Versorgung obliegt im Einsatz den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Beurteilung nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. b NotSanG. Pauschale trägerseitige Vorgaben, die eine Abbestellung eines bereits alarmierten notarztbesetzten Rettungsmittels grundsätzlich ausschließen oder unabhängig von der konkreten Einsatzsituation eine Notarztentsendung vorsehen, begegnen daher erheblichen Bedenken. Solche Regelungen müssen sich insbesondere am Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V messen lassen. Danach dürfen Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vorgaben, die regelhaft zu medizinisch nicht erforderlichen Notarztentsendungen führen, stehen mit diesem Grundsatz nicht in Einklang.

Die Ausführungen des LKT lassen ein deutliches Maß an Zurückhaltung gegenüber der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern erkennen. Etwaigen Unsicherheiten sollte jedoch vorrangig durch eine adäquate Einsatzbegleitung, fachliche Unterstützung und strukturierte Nachbereitung begegnet werden, nicht durch zusätzliche Reglementierungen.

Die im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Regelungen angesprochene Rechts- und Haftungssicherheit ist nach dem vorliegenden Gesetzentwurf bereits über die Amtshaftung gemäß § 839 BGB i. V. m. Art. 34 GG gewährleistet, unabhängig ob in eigenverantwortlichem Handeln oder im Rahmen der Mitwirkung. Strafrechtliche Verantwortlichkeit betrifft demgegenüber grundsätzlich die jeweils handelnde Person und damit gegebenenfalls Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, sofern diese eigenverantwortlich tätig geworden sind. Problematisch erscheint vielmehr, dass zusätzliche oder unklare Vorgaben bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu Verunsicherung führen können und dadurch im Einzelfall medizinisch gebotene Maßnahmen unterbleiben.

Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass die angeführten Aussagen eher zusätzliche Rechtsunsicherheit erzeugen, obwohl die haftungsrechtlichen Grundstrukturen bereits gesetzlich geregelt sind.

Der gesamte Entwurf ist erkennbar darauf ausgerichtet, die maßgebliche Regelungs- und Entscheidungskompetenz bei den ÄLRD und den Trägern des Rettungsdienstes zu verorten. Dabei besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass die praktischen Erfordernisse des Rettungsdienstalltags nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt werden. Der Entwurf legt damit einen deutlichen Schwerpunkt auf

Fragen der Weisungs- und Entscheidungskompetenz, während die konkrete Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten demgegenüber weniger stark in den Vordergrund tritt.

Mit § 2a NotSanG hat der Bundesgesetzgeber Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern ausdrücklich die Befugnis zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde unter den dort genannten Voraussetzungen eingeräumt (s.o.). Die Regelung dieser Berufsausübungskompetenz fällt gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Darüber hinaus handelt es sich, wie sich auch aus der Gesetzesbegründung zu § 2a NotSanG ergibt, um eine Regelung mit Bezügen zum Nebenstrafrecht. Strafrechtliche Regelungsmaterien unterfallen gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG ebenfalls der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Vor diesem Hintergrund entfaltet § 2a NotSanG eine Sperrwirkung gegenüber landesrechtlichen Regelungen, soweit diese den bundesgesetzlich geregelten Bereich abweichend oder einschränkend ausgestalten würden.

Insgesamt ist es zudem irritierend, dass derartige Eingaben in dieser Vehemenz zu einem so späten Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens gemacht werden.

Der Kreis Nordfriesland trägt daher die Eingaben des LKT bezüglich des §21 SHRDG nicht mit und gibt dies als eigene Stellungnahme ab.

gez.
Jens-Peter Lindner
Fachdienstleitung Rettungsdienst

gez.
Hans-Martin Grusnick
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst