



komba gewerkschaft sh e.V. • Wilhelminenstraße 51 • 24103 Kiel

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss**

Vorsitzende Frau Katja Rathje-Hoffmann
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

per E-Mail an: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Fachgewerkschaft
für den öffentlichen Dienst

Wilhelminenstraße 51
24103 Kiel

Telefon: 0431.535579-0
Fax: 0431.535579-20

Mail: info@komba-sh.de
Web: www.komba-sh.de

Vereinsregister: VR 7506 KI

31.08.2026

Ihr Anschreiben vom 16. Juli 2026, Bearbeiter Thomas Wagner

**Betreff: Gesetz über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein,
Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 20/4419. Stellungnahme der komba
gewerkschaft schleswig-holstein**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir danken für die Gelegenheit zur schriftlichen Anhörung. Zum ersten Entwurf haben wir am 25. Februar 2026 ausführlich Stellung genommen, ergänzt durch die mündliche Anhörung am 13. Februar 2026. Der überarbeitete Entwurf liegt nun als Drucksache 20/4419 vor. Die Erste Lesung am 19. Juni 2026 fand leider ohne Aussprache statt, die Überweisung an den Sozialausschuss erfolgte über die Sammeldrucksache 20/4557.

Wir haben Punkt für Punkt geprüft, was der überarbeitete Entwurf aus unserer Kritik aufgegriffen hat und was nicht. Damit sich alles wiederfinden lässt, folgen wir denselben Themen wie in unserer ersten Stellungnahme. Jeden Punkt versehen wir mit einer von fünf Bewertungen:

- Übernommen bedeutet, unser Anliegen ist umgesetzt.
- Verbessert bedeutet, der Entwurf geht in unsere Richtung, erfüllt das Anliegen aber noch nicht ganz.
- Unverändert bedeutet, unser Kritikpunkt besteht fort und ist nicht aufgegriffen.
- Verschlechtert bedeutet, der neue Entwurf fällt hinter den ersten zurück.
- Neu bedeutet, es handelt sich um einen Punkt, den der erste Entwurf so nicht enthielt.

Wo wir auf die ausführliche Begründung verweisen, meinen wir stets unsere ergänzte Stellungnahme vom 25. Februar 2026 zum selben Thema. Die Kernaussage steht aber auch hier, damit diese neue Stellungnahme in sich verständlich bleibt. Bei den offenen Punkten benennen wir jeweils, was wir fordern, und was aus unserer Sicht droht, wenn die Forderung ungehört bleibt. Am Ende fassen wir offene Forderungen nochmals zusammen.

1. Verfassungsrechtlicher Rahmen

Der Staat schuldet Leben und Gesundheit seiner Bürger wirksamen Schutz, und die Überlebenschance im Notfall darf nicht vom Wohnort abhängen. Diese Maßstäbe gelten verfassungsrechtlich. Solange die Hilfsfrist zur bloßen Planungsgröße wird und Einsatzkategorien ohne verbindliche Höchstzeiten eingeführt werden, bleiben sie berührt. Bewertung: **leider unverändert**. Die verfassungsrechtliche Brisanz und Herleitung haben wir in unserer ersten Stellungnahme ausführlich dargelegt.

2. Hilfsfristen, Einsatzkategorien und Transportzeit

Hilfsfrist als reines Planungsmaß (§ 8): Hier liegt einer der folgenreichsten Unterschiede zwischen geltendem Recht und Entwurf, und er ist auf den ersten Blick leicht zu übersehen, weil die Zwölf-Minuten-Marke in beiden Fassungen steht.

Zunächst der Abgleich mit unserer ersten Stellungnahme: Wir hatten kritisiert, dass die Hilfsfrist vom Schutzziel zur bloßen Planungsgröße herabgestuft wird. An dieser Stelle hat sich vom ersten zum zweiten Entwurf nichts geändert, unsere Kritik ist leider nicht aufgegriffen worden. Der überarbeitete § 8 hält am Planungsmaß fest, und die Begründung verneint weiterhin ausdrücklich eine im Einzelfall einzuhaltende Rechtspflicht. Das eingefügte Wort regelhaft weicht die Marke sogar noch etwas weiter auf. Bewertung im Verhältnis der beiden Entwürfe: **unverändert, nicht übernommen**.

Der eigentliche Bruch wird erst im Vergleich mit dem geltenden Recht sichtbar. Heute ist die Einhaltung der Hilfsfrist gesetzlich vorgeschrieben (§ 4 Abs. 2 SHRDG in der Fassung von 2017). Die Durchführungsverordnung unterlegt das mit einem messbaren Wert: Von der Alarmierung bis zum Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels dürfen zwölf Minuten vergehen, und dieser Wert muss im Jahresschnitt in 90 Prozent aller Notfälle je Rettungsdienstbereich erreicht werden (§ 2 SHRDG-DVO). Die Erfüllungsgrade werden jährlich erhoben. Wo die Quote unterschritten wird, müssen die Träger die Ursachen ermitteln und Maßnahmen ergreifen, und das Land verfolgt das nach. Wie wirksam dieser Maßstab ist, zeigt der Bericht der Landesregierung vom 23. Januar 2024 (Umdruck 20/2592): 2022 lag die Erfüllung in Dithmarschen, Rendsburg-Eckernförde und Steinburg **unter 80 Prozent**, und die Landesregierung nennt als Ursache ausdrücklich **Personalengpässe und Fachkräftemangel**. Die Hilfsfrist macht Unterversorgung und Personalnot daher sichtbar und erzwingt eine Reaktion. Beide Entwürfe lösen diese verbindliche, gemessene Einhaltung auf. § 8 verlangt nur noch, die Vorhaltung so zu planen, dass ein Rettungswagen regelhaft innerhalb von zwölf Minuten erreichbar ist. Der 90-Prozent-Zielwert und seine verpflichtende, transparente Messung stehen nicht mehr im Gesetz. Ob überhaupt und wie gemessen wird, bliebe einer künftigen Rechtsverordnung überlassen (§ 33 Nr. 2), und die Begründung nimmt einer solchen Prüfung schon vorab das Gewicht, indem sie jede Einhaltungspflicht verneint.

Der feine, aber entscheidende Unterschied: Aus einer überprüfbaren Muss-Größe mit Frühwarnfunktion wird eine unverbindliche Planungsannahme. Die Planungsfunktion hatte die Hilfsfrist schon immer, auch der Regierungsbericht beschreibt sie so. Neu ist allein, dass die gemessene Einhaltung entfällt. Zusammengefasst: gegenüber dem ersten Entwurf **unverändert** und von uns weiter kritisiert, gegenüber dem geltenden Recht eine Verschlechterung. Wir fordern daher, die Hilfsfrist als verbindlichen und überprüfbaren Maßstab im Gesetz zu erhalten, mit einem festen Zielerreichungsgrad von mindestens 90 Prozent in zwölf Minuten, einer gesetzlich verankerten jährlichen Erhebung und einer verpflichtenden Ursachen- und Abhilfeprüfung bei Unterschreitung, weil sonst genau das Instrument verschwindet, das heute Versorgungslücken und Personalnot sichtbar macht. Unterversorgung wird dann statistisch unauffällig, der Handlungsdruck auf die Träger entfällt, und die Beschäftigten tragen die Folgen einer Lücke, die niemand mehr messen muss.

Planungsgröße ist jetzt der Rettungswagen (§ 8 Abs. 1): Im ersten Entwurf konnte auch ein Rettungseinsatzfahrzeug zusammen mit einem Notfall-Krankentransportwagen als planungsrelevant gelten. Dieser Verweis ist gestrichen, jetzt zählt allein der Rettungswagen. Damit

lässt sich die volle Vorhaltung nicht mehr rechnerisch durch schwächer besetzte Fahrzeuge ersetzen. Bewertung: **verbessert**. Das entspricht einem unserer zentralen Anliegen.

Rettungsstandorte (§ 2 Abs. 13, § 4 Abs. 1): Der Entwurf bezeichnet Rettungsstandorte nun als Ergänzung. Was ein Rettungsstandort ist, bleibt aber weiter unbestimmt, und Mindeststandards für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit fehlen weiterhin. Bewertung: überwiegend **unverändert**. Wir fordern eine klare gesetzliche Definition. Dazu gehört die feste Zuordnung jedes Rettungsstandorts zu einer bestimmten Rettungswache und eine abschließende Festlegung, welche Fahrzeuge in welcher Zahl ausgelagert werden dürfen, etwa höchstens ein Rettungseinsatzfahrzeug, ein Notarzteinsatzfahrzeug und ein Organisatorischer Leiter. Ein Rettungsstandort darf keinen Rettungswagen als Ersatz für eine Rettungswache vorhalten. Ergänzend fordern wir verbindliche Arbeitsschutzstandards. Fehlt diese Eingrenzung, dann besteht die Gefahr, dass Rettungsstandorte reguläre Rettungswachen schrittweise ersetzen. Vorhaltung und Qualität sinken dann dauerhaft, und die Beschäftigten arbeiten unter schlechteren Bedingungen, ohne dass das Gesetz dem eine Grenze setzt.

Überprüfung der Einsatzkategorien (§ 9 Abs. 3): Der Entwurf schreibt jetzt vor, die Einsatzkategorien alle 24 Monate zu überprüfen. Das hatten wir gefordert. Bewertung: **übernommen**.

Verbindliche Höchstzeiten je Kategorie (§ 9): Feste, medizinisch hergeleitete Höchstzeiten stehen weiterhin nicht im Gesetz. Der Verweis auf den Stand der Wissenschaft findet sich nur in der Begründung. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern, Höchstzeiten für zeitkritische Notfälle im Normtext zu verankern, weil andernfalls die Einsatzkategorien zum Werkzeug werden, um Eintreffzeiten aus Kapazitätsgründen zu dehnen, statt sie medizinisch zu begründen. Betroffen wären zuerst die Gruppen mit dem höchsten Risiko, etwa Hochaltrige, chronisch Kranke und Schwangere.

Zeitvorgaben mit Qualifikation und Ausstattung verbinden (§ 9): Ein abgestuftes Modell, das jeder Kategorie eine Mindestqualifikation und eine Besetzungstärke zuordnet, ist nicht aufgenommen. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern die Verknüpfung von Zeit, Qualifikation und Ressourcen, weil sonst eine Kategorie formal eingehalten werden kann, obwohl fachlich zu gering qualifiziertes Personal am Einsatzort eintrifft. Eine eingehaltene Zeit ohne die passende Qualifikation nützt der Patientin und dem Patienten nichts.

Transportzeit bis zur Klinik (§ 9 Abs. 2): Dass die Einsatzkategorien die Transportzeit mitberücksichtigen, stand schon im ersten Entwurf und bleibt erhalten. Bewertung: **unverändert** enthalten.

Eigene Kategorie für geburtshilfliche Notlagen: Nicht geschaffen. Dazu ausführlich in Abschnitt 9.

3. Fahrzeuge, Personal und Qualifikation

Akutkrankentransportwagen statt Notfall-Krankentransportwagen (§ 13 Abs. 1 Nr. 4, § 14 Abs. 4, früher §§ 14, 15): Das Fahrzeug für die Lücke zwischen Krankentransport und Notfallrettung wird auf den höheren DIN-Typ C angehoben, und mindestens eine Person der Besatzung braucht eine landesweit einheitliche Zusatzausbildung. Bewertung: **teilweise übernommen und insoweit verbessert**. Wir fordern, den Umfang dieser Zusatzausbildung festzulegen, wir hatten rund 140 bis 160 Stunden genannt, und eine gesetzliche Sicherung, dass solche Fahrzeuge den Anteil voll besetzter Rettungswagen nicht absenken. Fehlt beides, dann droht, dass das Fahrzeug zum kostengünstigen Ersatz für den Rettungswagen mit voller Notfallsanitäter-Besatzung wird und die Fachlichkeit in der Notfallrettung schleichend gesenkt wird.

Neues Akuteinsatzfahrzeug und Alleinarbeit (§ 13 Abs. 1 Nr. 6, § 14 Abs. 5): Der Entwurf führt mit dem Akuteinsatzfahrzeug ein weiteres Fahrzeug ein, das nur mit einer Person besetzt ist. Die Begründung räumt selbst ein, dass Alleinarbeit hohe Risiken birgt, etwa fehlende Hilfe bei einem eigenen Unfall, fehlende Hilfe bei Angriffen auf Rettungskräfte und größere Gefahr

in schwierigen Einsatzlagen, stuft diese Risiken dann aber selbst als nicht erhöht ein. Bewertung: **neu und aus Arbeitsschutzsicht besonders kritisch**. Wir fordern eine verpflichtende Gefährdungsbeurteilung, Personen-Notsignal-Anlagen sowie Deeskalations- und Gewaltschutzkonzepte, deren Kosten als Kosten des Rettungsdienstes anzuerkennen sind, und den Einsatz des Akuteinsatzfahrzeugs nur für medizinisch klar bestimmte, weniger dringliche bzw. schwierige Lagen. Unterbleibt das, tragen einzeln eingesetzte Kräfte das Risiko von Eigenunfall und Übergriffen und die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers läuft leer.

Auszubildende auf dem Rettungswagen (§ 14 Abs. 2): Auszubildende dürfen jetzt schon nach 18 statt nach 24 Ausbildungsmonaten als zweite Kraft auf dem Rettungswagen eingesetzt werden. Die Begründung mahnt zwar, das nicht zur Regel zu machen, der Gesetzestext senkt aber die Schwelle. Bewertung: **verschlechtert**. Entscheidend ist aus der Praxis heraus vor allem, ob Auszubildende als zweite oder als dritte Kraft mitfahren. Als dritte, zusätzliche Kraft besteht die personelle Kapazität, im Einsatz tatsächlich ausbilden zu können. Als zweite Kraft dagegen müssen sie im Notfall sofort funktionieren, für Anleitung und Einweisung bleibt kaum Zeit. Genau diese zweite Konstellation lässt der Entwurf zu, und das nährt den Verdacht, ob hier Kosten- und Personaleinsparung im Vordergrund stehen und nicht die Ausbildung. Wir fordern, die Schwelle bei 24 Monaten zu belassen, Auszubildende als dritte Kraft mit echtem Ausbildungscharakter einzusetzen und die mahnende Klausel aus der Begründung in den Gesetzestext zu übernehmen. Bleibt es beim jetzigen Wortlaut, dann wächst der Anreiz, Ausbildung als Lückenbüßer für fehlendes Personal oder zur Kosteneinsparung zu nutzen. Das geht zulasten der Versorgungsqualität und der Ausbildung selbst, und es legt Verantwortung auf Schultern, die dafür noch nicht ausgebildet sind.

Besetzung des Notarzteinsetzfahrzeugs (§ 14 Abs. 1, früher § 15): Der Regelfall ist jetzt die Besetzung mit einer Notärzt*in und Notfallsanitäter*innen. Rettungssanitäter*innen mit Einsatzerfahrung kommen nur noch ersatzweise infrage. Genau das hatten wir gefordert. Bewertung: **übernommen**. Wir fordern ergänzend, die Zusatzqualifikation der Ersatzbesetzung genau zu benennen, weil die offene Formulierung „entsprechend fortgebildet“ sonst dazu führen kann, dass die Fachlichkeit am Notarzteinsetzfahrzeug im Einzelfall nicht gesichert ist.

Begriff Rettungsdienstfachpersonal (§ 2 Abs. 9): Die Definition ist nicht enger gefasst, sondern um das Leitstellenpersonal erweitert worden. Entschärft wird unsere Sorge dadurch, dass der neue § 21 die heilkundlichen Maßnahmen ausdrücklich den Notfallsanitäter*innen zuweist. Bewertung: **unverändert, teilweise entschärft**. Wir fordern die Klarstellung, dass eigenverantwortliche heilkundliche Aufgaben nicht von Rettungssanitäter*innen zu leisten sind, weil sonst die Gefahr einer stillen Ausweitung ihres Verantwortungsbereichs besteht. Das überfordert diese Gruppe und schafft Haftungsrisiken, da ihre Ausbildung dafür bewusst nicht ausgelegt ist.

Einheitliche Ausstattung und regionale Ausnahme (§ 1 Abs. 2 Nr. 2): Der Entwurf erlaubt jetzt ausdrücklich Abweichungen bei der Ausstattung aufgrund regionaler Gegebenheiten. Zwar verlangt § 13 Abs. 5 eine landesweit einheitliche Ausstattung, doch die Ausnahme höhlt diesen Grundsatz aus. Bewertung: **verschlechtert**. Wir fordern, die Ausnahme zu streichen oder sie strikt an einen landesweiten Mindeststandard zu binden, von dem nur nach oben abgewichen werden darf. Bleibt die Ausnahme, dann sollen Notfallsanitäter*innen landesweit nach denselben Vorgaben handeln, finden aber je nach Kreis unterschiedliche Medikamente und Geräte vor. Die Patientensicherheit hänge dann vom Ort ab, und das Personal stünde in der Verantwortung, wenn das nötige Material fehlt.

4. Kompetenzen der Notfallsanitäter*innen und Telenotfallmedizin

Eigenverantwortliche Berufsausübung (§ 21, früher § 22): Die Fassung ist deutlich stärker. Der Beruf wird jetzt als eigenverantwortlich und teamorientiert beschrieben, und die Befugnis zu heilkundlichen Maßnahmen steht am Anfang der Vorschrift. Der Entwurf trennt sauber zwischen der Durchführungsverantwortung der Notfallsanitäter*innen und der ärztlichen Ge-

samtverantwortung. Er stellt außerdem klar, dass die Notfallsanitäter*innen selbst entscheiden, wann eine Ärztin oder eine Telenotärztin hinzugezogen wird. Das entspricht unserem Anliegen. Bewertung: **verbessert und übernommen**.

Interprofessionelle Leitung (§ 20, früher § 21): Aus der rein ärztlichen Leitung wird eine gemeinsame Leitung Medizinische Versorgung, an der auch Notfallsanitäter*innen beteiligt sind. Das wertet den Beruf auf, wie von uns angestrebt. Bewertung: **neu und in unserem Sinne**.

Telemedizin ergänzt, ersetzt aber nicht (§ 17, Begründung zu § 15): Eine ausdrückliche Regel, dass Telemedizin die Vorhaltung nach § 8 nur ergänzt, fehlt weiterhin. **Verschärfend** erklärt die Begründung, die Telenotfallmedizin solle vor Ort anwesende Notärzt*innen ausdrücklich ersetzen können. Bewertung: **unverändert und in der Begründung neu verschärft**. Wir fordern die gesetzliche Klarstellung, dass Telemedizin ergänzt und weder die Vorhaltung noch die notärztliche Präsenz ersetzt, weil sonst konkret droht, dass die Technik zum Argument wird, notärztliche Vorhaltung und Personal einzusparen. Telemedizin kann Handlungssicherheit im Personalmangel geben und Wartezeiten verkürzen, sie kann aber die vorgehaltene Fachkraft am Einsatzort nicht ersetzen.

5. Fortbildung und Zusammenarbeit (§ 22, früher § 23)

Geburtshilfliche Inhalte bleiben als Fortbildungsthema benannt, ebenso die gemeinsame Fortbildung mit Notärzt*innen. Bewertung: **unverändert** enthalten. Wir fordern darüber hinaus, gemeinsame Fortbildungen unter Beteiligung von Hebammen verbindlich vorzuschreiben und praxisnahe geburtshilfliche Übungen zu verankern, weil Fortbildung ohne geburtshilfliche Praxis sonst auf dem Papier bleibt. Ohne diese Verzahnung werden Komplikationen zu spät erkannt und physiologische Geburten unnötig als Notfälle behandelt. Näheres in Abschnitt 9.

6. Leitstellen und Notaufnahmen (§§ 3, 6, 23)

Keine Beleihung der Leitstelle (§ 3 Abs. 3 Satz 3): Die Aufgaben der Integrierten Leitstelle dürfen nicht an private Träger übertragen werden. Als Fachgewerkschaft des öffentlichen Dienstes begrüßen wir, dass die Leitstelle als hoheitliche Kernaufgabe in öffentlicher Hand bleibt. Bewertung: **neu und zu begrüßen**.

Struktur und Qualifikation (§ 23, früher § 24): Die Rollen von Notrufannahme und Disposition und deren Mindestqualifikation standen bereits im ersten Entwurf und bleiben **unverändert**. Eine verbindliche Arbeitsteilung in der Leitstelle, eine einheitliche staatlich geregelte Ausbildung des Leitstellenpersonals und ein Anreiz für die konsequente Nutzung des Abfrageprotokolls fehlen weiterhin. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern Mindeststandards für Personalstärke und Qualifikation, die Förderung arbeitsteiliger Modelle und die Anerkennung der Ausbildungskosten als notwendige Kosten des Rettungsdienstes, weil sonst die schon heute spürbare Überlastung und Fehleranfälligkeit bleibt. Wo dieselbe Person zugleich annimmt, bewertet und disponiert, steigt unter hoher Last das Risiko von Fehldispositionen, und das trifft am Ende die Patientin, den Patienten und die Beschäftigten.

Notaufnahmen (§ 6): Die Notaufnahmen sind in der Zusammenarbeit weiterhin nicht genannt. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern, sie in § 6 ausdrücklich einzubinden, weil sonst Einsatzkategorien, Zuweisungslogiken und Kapazitätsnachweise an einem zentralen Partner vorbei entwickelt werden. Das erzeugt Reibung an der Schnittstelle und verlängert am Ende die Zeit bis zur Versorgung.

7. Krankenhausstrukturreform und Rettungsdienst

Der Entwurf verweist selbst auf längere Transportzeiten durch die Krankenhausstrukturreform, zieht daraus aber keine Konsequenzen. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern eine verpflichtende Rettungsdienst-Folgenabschätzung vor jeder wesentlichen Krankenhausstrukturentscheidung, die vorherige Anpassung von Bedarfs- und Stellenplänen sowie der Entgeltvereinbarungen und die ausdrückliche Berücksichtigung der geburtshilflichen Versorgung.

Geschieht das nicht, dann schließen Kliniken, während Vorhaltung und Personalstärke des Rettungsdienstes **unverändert** bleiben. Längere Wege treffen dann auf eine Struktur, die darauf nicht vorbereitet ist, und beide Entwicklungen verstärken sich zulasten der Bevölkerung und der Beschäftigten.

8. Ersthelfer und Qualitätsmanagement (§§ 25, 26, 27, 28)

Ersthelfer sind keine Vorhaltung (§§ 27, 28): Organisierte Erste Hilfe und das digitale Ersthelfersystem sind ausdrücklich kein Teil der Vorhaltung nach § 8. Das stützt unsere Position und war schon angelegt. Bewertung: **unverändert** enthalten.

Digitales Ersthelfersystem (§ 27, früher § 29): Das System wird jetzt landesweit einheitlich vom Land beschafft, einschließlich eines landesweiten Verzeichnisses von Defibrillatoren, und die Kosten gelten als Kosten des Rettungsdienstes. Damit werden die Kosten für Geräte und Technik nicht auf Ehrenamtliche abgewälzt. Bewertung: **verbessert**.

Qualitätsmanagement (§§ 25, 26, früher §§ 26, 27): Das Qualitätsmanagement misst weiterhin nicht die Arbeitsbelastung der Beschäftigten und greift nicht auf bestehende Register zurück, etwa für Reanimation, Trauma oder Schlaganfall. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern, beides aufzunehmen, weil sonst das Qualitätsmanagement nur technische Kennzahlen abbildet und die entscheidenden Größen unsichtbar bleiben: das tatsächliche Überleben, die Folgeschäden und die Belastung der Teams. Fehlentwicklungen fallen dann erst auf, wenn sie sich in Personalabgängen und Versorgungslücken zeigen.

Zur Telenotfallmedizin siehe Abschnitt 4.

9. Geburtshilfe und Hebammen

Dies ist die auffälligste Lücke des Entwurfs. Der gesamte Bereich Geburtshilfe und Hebammen aus unserer ersten Stellungnahme ist nicht aufgegriffen. Das Wort Hebamme kommt im Entwurf an keiner Stelle vor. Geburtshilfe erscheint nur als Fortbildungsthema und als Beispiel in der Begründung. Bewertung: **unverantwortlich und unverändert**.

Der Hintergrund wiegt schwer. Mehr als die Hälfte der Kreißsäle im Land ist bereits geschlossen, die Wege für Schwangere sind länger geworden, präklinische Geburten und geburtshilfliche Notlagen nehmen zu. Wir fordern daher, den Bereich vollständig im Gesetz abzubilden, und verweisen ergänzend auf die Stellungnahme des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein e. V. Bleibt der Bereich ausgeklammert, dann tragen Schwangere, Gebärende und Neugeborene die Folgen der Klinikschließungen unmittelbar, und das Rettungsdienstpersonal wird mit Aufgaben allein gelassen, für die ihm die geburtshilfliche Kompetenz bei Komplikationen fehlt.

Im Einzelnen fordern wir:

- eine eigene Einsatzkategorie für geburtshilfliche Notlagen mit festen Höchstzeiten und klaren Qualifikationsanforderungen, weil sonst geburtshilfliche Einsätze in einem allgemeinen Raster untergehen,
- die Einbindung von Hebammen als eigenständige Fachinstanz in die Telenotfallmedizin, besonders bei drohender Geburt, Blutungen und schwierigem Verlauf, weil sonst im entscheidenden Moment die fachkundige Anleitung fehlt,
- ein landesweites Modell Hebamme im Rettungsdienst mit klaren Alarmierungswegen sowie eindeutigen Regeln zu Vergütung, Haftung und Versicherung, weil eine unverbindliche und unvergütete Zufallsbereitschaft in der Fläche nicht trägt,
- verbindliche gemeinsame Fortbildungen unter Beteiligung von Hebammen, weil Fortbildung ohne gelebte geburtshilfliche Praxis die Hebammenexpertise nicht ersetzt.

10. Wirtschaftlichkeit und Kosten (§§ 1, 4, 10)

Grundhaltung zu den Kosten: Die Formulierungen tragbare Kosten und wirtschaftlich und sparsam bleiben, ebenso die Aussage, der Landeshaushalt sei nicht betroffen. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern, den Rettungsdienst nicht als Auffangbecken für Einsparungen in der stationären Versorgung anzudocken, weil sonst Spardruck auf Versorgungsqualität und

Arbeitsbedingungen abgeladen wird. Tragbare Kosten dürfen nicht bedeuten, dass die Bevölkerung ein höheres Risiko trägt und die Beschäftigten strukturelle Versäumnisse mit ihrer beruflichen Gesundheit bezahlen.

Fehleinsätze und Fehlfahrten (§ 10 Abs. 2, § 2 Abs. 14 und 15): Beide Begriffe sind jetzt definiert, und die dadurch entstehenden Kosten sind refinanzierbar. Bewertung: **neu und sachgerecht**.

Anerkennung notwendiger Kosten: Die Begründung erkennt Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten allgemein als Kosten des Rettungsdienstes an. Die von uns benannten Posten sind aber nicht ausdrücklich erfasst: Deeskalation und Gewaltprävention, psychologische Nachsorge, simulationsgestützte Aus- und Fortbildung, die Notfallmedizinische Zusatzqualifikation der Notärzt*innen sowie gemeinsame Fortbildungen. Bewertung: im Kern **unverändert**. Wir fordern deren ausdrückliche Anerkennung, weil sonst diese Maßnahmen entweder von Trägern und Beschäftigten faktisch selbst finanziert werden oder unterbleiben. Beides schwächt Sicherheit und Qualität, wo sie gebraucht werden.

11. Verantwortung, Eingruppierung und Ausbildung (§ 21, Tarif)

Die gewachsene Verantwortung der Notfallsanitäter*innen ist im neuen Entwurf klarer beschrieben, findet aber keine Entsprechung bei der Bewertung der Tätigkeit, der Stellenbemessung und der Bezahlung. Auch die überfällige Reform der Ausbildung der Rettungssanitäter*innen bleibt wie bisher nur der Verordnungsermächtigung überlassen. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern eine klare Aussage im Gesetz, dass die erweiterten Kompetenzen bei Eingruppierung und Entgelt zu berücksichtigen sind, einen politischen Auftrag zur strukturierten Reform der Rettungssanitäter-Ausbildung mit Entwicklungspfaden und die Anerkennung der Einbindung weiterer Fachgruppen als zu finanzierende Qualitätsmaßnahme.

Für die tarifliche Umsetzung schlagen wir einen konkreten und sofort gangbaren Weg vor: eine Funktions- oder Verantwortungszulage, die nicht an die Eingruppierung insgesamt rührt, sondern an die tatsächlich geleisteten Dienste in Team- oder Fahrzeugverantwortung anknüpft, ähnlich wie die Nachtzulage an die tatsächlich geleisteten Nachtstunden. Wer als verantwortliche Kraft eingesetzt wird, etwa als Teamführer*in auf dem Rettungswagen, erhält für jede so geleistete Stunde einen festen Zuschlag. Das Modell ist einfach, gerecht und schnell umsetzbar, weil es die zusätzliche Verantwortung genau dort vergütet, wo sie anfällt. Nach uns vorliegenden Informationen zahlt Hamburg für die Tätigkeit als Teamführerin oder Teamführer auf dem Rettungswagen eine Zulage in der Größenordnung von etwa 1,50 Euro je Stunde. Das kann als erste Orientierung dienen.

Bleibt eine solche Aufwertung aus, dann übernehmen Notfallsanitäter*innen erneut mehr Verantwortung ohne Gegenwert. Das treibt Berufserfahrene aus dem Beruf und verschärft den Fachkräftemangel, den dieses Gesetz eigentlich lindern soll.

12. Werksrettungsdienst (§ 30, § 29)

Unsere Forderung, im Gesetz klarzustellen, dass Werksrettungsdienste bei Großschadenslagen gezielt angefordert und in die Einsatzleitung eingebunden werden können, mit klaren Regeln zu Verantwortung und Kosten, ist nicht aufgegriffen. Bewertung: **unverändert**. Wir fordern die entsprechende Klarstellung, weil sonst im Großschadensfall vorhandene und geeignete Ressourcen ungenutzt bleiben, gerade dann, wenn jede zusätzliche Kraft zählt. Alle offenen Forderungen auf einen Blick

13. Fazit

Die folgenden Punkte sind noch nicht erfüllt. Sie sind für uns vorrangig, weil an jedem von ihnen sowohl die Versorgungssicherheit der Bevölkerung als auch die Arbeitsqualität der Beschäftigten hängt. Die Liste ist chronologisch nach Paragraphen geordnet, in Klammern steht zusätzlich der zugehörige Abschnitt dieser Stellungnahme:

- Die regionale Ausnahme bei der Ausstattung streichen oder eng an einen Mindeststandard binden. (§ 1 Abs. 2 Nr. 2, § 13 Abs. 5; Abschnitt 3)

- Den Begriff Rettungsdienstfachpersonal klarstellen. (§ 2 Abs. 9; Abschnitt 3)
- Geschärfte Kriterien, klare Definition und Arbeitsschutzstandards für Rettungsstandorte, einschließlich fester Zuordnung zu einer Rettungswache und einer abschließenden Begrenzung der auslagerbaren Fahrzeuge. (§ 2 Abs. 13, § 4 Abs. 1; Ab. 2)
- Eine verpflichtende Rettungsdienst-Folgenabschätzung vor Krankenhausstrukturänderungen, mit vorheriger Anpassung von Bedarfs- und Stellenplänen und Entgeltvereinbarungen. (neu zu verankern, Anknüpfung an § 4 und § 6; Abschnitt 7)
- Die Notaufnahmen ausdrücklich in die Zusammenarbeit einbinden. (§ 6; Abschnitt 6)
- Die Hilfsfrist als Schutzziel erhalten, nicht als bloße Rechengröße. (§ 8; Abschnitt 2)
- Verbindliche Höchstzeiten je Einsatzkategorie im Gesetzestext. (§ 9; Abschnitt 2)
- Zeitvorgaben mit Qualifikation und Besetzungstärke verknüpfen. (§ 9 in Verbindung mit § 14; Abschnitt 2)
- Eine eigene Einsatzkategorie für geburtshilfliche Notlagen. (§ 9; Abschnitte 2 und 9)
- Die systematische Einbindung von Hebammen in Telenotfallmedizin, Einsatzplanung und Fortbildung sowie ein Modell Hebamme im Rettungsdienst. (§ 9, § 17, § 22; Abschnitt 9)
- Die Anerkennung notwendiger Kosten für Deeskalation, Gewaltprävention, psychologische Nachsorge, Simulation, notärztliche Zusatzqualifikation und gemeinsame Fortbildungen. (§ 10; Abschnitt 10)
- Umfang der Zusatzausbildung für Akutkrankentransportwagen festlegen und eine Schutzklausel gegen die Absenkung des Notfallsanitäter-Anteils. (§ 13 Abs. 1 Nr. 4, § 14 Abs. 4; Abschnitt 3)
- Arbeitsschutzpaket für einfachbesetzte Fahrzeuge mit Gefährdungsbeurteilung, Personen-Notsignal-Anlagen sowie Deeskalations- und Gewaltschutzkonzepten als Kosten des Rettungsdienstes. (§ 13 Abs. 1 Nr. 5 und 6, § 14 Abs. 5, § 10; Abschnitt 3)
- Eine benannte Zusatzqualifikation für Rettungssanitäter*innen auf dem Notarztein-satzfahrzeug. (§ 14 Abs. 1; Abschnitt 3)
- Die 24-Monate-Schwelle für den Einsatz Auszubildender auf dem Rettungswagen beibehalten und Auszubildende vorrangig als dritte Kraft mit Ausbildungscharakter einsetzen. (§ 14 Abs. 2; Abschnitt 3)
- Gesetzlich klarstellen, dass Telemedizin ergänzt und weder Vorhaltung noch notärztliche Präsenz ersetzt. (§ 17 in Verbindung mit § 8; Abschnitt 4)
- Die Aufwertung der erweiterten Kompetenzen der Notfallsanitäter*innen bei Eingruppierung und Entgelt, für die tarifliche Umsetzung eine an die tatsächlichen Verantwortungsdienste gekoppelte Funktionszulage, sowie die Reform der Rettungssanitäter-Ausbildung. (§ 21, § 33 Nr. 5; Abschnitt 11)
- Verbindliche Fortbildung unter Beteiligung von Hebammen. (§ 22; Abschnitt 5)
- Arbeitsteilige Leitstellenmodelle, eine einheitliche staatliche Ausbildung des Leitstellenpersonals und die Anerkennung der Kosten. (§ 23, § 33 Nr. 6; Abschnitt 6)
- Ein Qualitätsmanagement, das Überleben, Folgeschäden und Arbeitsbelastung misst und bestehende Register nutzt. (§ 25, § 26; Abschnitt 8)
- Die Einbindung des Werksrettungsdienstes bei Großschadenslagen. (§ 29, § 30; Abschnitt 12)

Wir erkennen an, dass der überarbeitete Entwurf an mehreren Stellen in die richtige Richtung geht, besonders bei der eigenverantwortlichen Berufsausübung der Notfallsanitäter*innen, bei der gemeinsamen medizinischen Leitung und bei der öffentlichen Trägerschaft der Leitstelle. An anderer Stelle fällt er hinter den ersten Entwurf zurück, etwa bei der Ausstattung und beim Einsatz Auszubildender, oder er lässt zentrale Fragen offen, allen voran die geburtshilfliche Versorgung und die Rolle der Hebammen. Wir bitten den Ausschuss, unsere Anmerkungen in den weiteren Beratungen aufzugreifen, und stehen für Rückfragen und für die mündliche Anhörung gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
gez. Christian Sehleier
Landesvorsitzender und Leiter der Geschäftsstelle