

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/7023



FLN-SH, Holzkoppelweg 8-12, 24118 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Ausschussbüro / Sozialausschuss
- Katja Rathje-Hoffmann -
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Der Vorsitzende

Telefon: 0451/500-40711
Telefax: 0451/500-20798
Email: info@fln-sh.de

Kiel, 31.08.2026

Geschäftsstelle:	FLN-SH	c/o Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Holzkoppelweg 8-12, 24118 Kiel E-Mail: info@fln-sh.de	Homepage: www.fln-sh.de
-------------------------	--------	---	--

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

**Sehr geehrte Frau Katja Rathje-Hoffmann als Vorsitzende des Sozialausschusses,
sehr geehrte Damen und Herren,**

Vielen Dank für die Gelegenheit, zum „Entwurf eines Gesetzes über die rettungsdienstliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz - SHRDG)“ im Rahmen der Anhörung des Sozialausschusses eine schriftliche Stellungnahme abgeben zu dürfen.

Wir sind sehr erfreut und dankbar, dass einige Aspekte, zu denen sich unter anderem auch das Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. bei der Stellungnahme zum Kabinettsentwurf im Februar 2026 eingelassen hatte, aufgegriffen und angepasst wurden.

Wir möchten betonen, dass unser Verein insbesondere die Wiederaufnahme eines Paragraphen zum Rettungsdienstlichen Großschadensereignis (jetzt §29; im SHRDG der aktuell geltenden Fassung §20) begrüßt.

Es verbleiben im Gesetzentwurf allerdings einige Punkte, bei denen aus unserer Sicht noch Verbesserungsbedarf besteht, um sowohl der Patientensicherheit als auch der Patientenperspektive Genüge zu tun und um die Verantwortungsstrukturen in der präklinischen Notfallmedizin treffend zu beschreiben.

Zunächst erlauben wir uns, auf drei Abschnitte (die §§ 9, 20 und 21 betreffend) einzugehen, bei denen wir wesentlichen Verbesserungsbedarf sehen. Weiter unten nehmen wir noch Stellung zu den §§ 4, 13, 14, 26 und 33.

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer),
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX



Zu §9 (3) Rettungsdienstliche Einsatzkategorien

Das FLN-SH befürwortet ausdrücklich die Einführung von Einsatzkategorien und sieht eine gestaffelte Hilfsfrist als einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Notfallversorgung in Schleswig-Holstein an. Die jetzige Formulierung birgt aber ein unverantwortbar hohes Risiko für Patientinnen und Patienten. Sofern tatsächlich nur die Träger des Rettungsdienstes im Benehmen mit den Kostenträgern die Einsatzkategorien erstellen, sind – insbesondere in potenziell wirtschaftlich angespannten Zeiten – Konstellationen denkbar, bei denen die Träger (beispielsweise aus Personalmangel) und die Kostenträger (aus finanziellen Gründen) im Einklang Kategorien schaffen bzw. Gruppen von Patientinnen / Patienten in Kategorien einordnen, die eher monetär-organisatorische Gründe haben als medizinischen Notwendigkeiten folgen. Dies würde der Zielsetzung des Gesetzes nicht entsprechen und wäre auch ethisch fragwürdig.

Mithin ist hier medizinische / ärztliche Expertise bei der Erstellung der Einsatzkategorien zu fordern, und die Kategorien müssen soweit möglich wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen.

Dies bedingt zum einen, dass die Träger ihre Ärztliche Leitung Rettungsdienst zwingend einbinden müssen und zum anderen, dass das Benehmen nicht nur mit den Kostenträgern, sondern auch mit den medizinischen Behandlungseinrichtungen erreicht werden muss (eine Alternative wäre die Einbindung der Ärztekammer Schleswig-Holstein; theoretisch sind auch Fachgesellschaften denkbar, letzteres ist aber sicherlich komplizierter).

Das FLN-SH schlägt daher vor:

- In §20 (2) – Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (oder auch „Leitung Medizinische Versorgung“) – einen vierten Punkt aufzunehmen: *die Erstellung und Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Einsatzkategorien*
- §9 (3) umzuformulieren: *„Die Einsatzkategorien sind landesweit einheitlich durch die Träger des Rettungsdienstes unter Einbeziehung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst und die Träger der Luftrettung zu erstellen. Dies hat im Benehmen mit Vertretern der Behandlungseinrichtungen und im Benehmen mit den Kostenträgern zu erfolgen. Die Einsatzkategorien sollen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen genügen. Eine Reevaluation der Einsatzkategorien erfolgt alle 24 Monate. ...“*
- Die konkrete Benennung von Eintreffzeiträumen jenseits der 12 Minuten (bei niedrigerer Einsatzpriorität) ist zu fordern und sollte in der Durchführungsverordnung erfolgen. Da zum Thema Einsatzkategorien ohnehin mit der Notwendigkeit von Veränderungen / Anpassungen in den folgenden Jahren zu rechnen ist, schlagen wir empfehlend vor, die Ausgestaltung der Einsatzkategorien auch in die Verordnungsermächtigung (§33) aufzunehmen.

Zu § 20 Leitung Medizinische Versorgung / Ärztliche Leitung Rettungsdienst

Das Land Schleswig-Holstein hat durch die frühe Etablierung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst eine Vorreiterrolle unter den Bundesländern eingenommen. Wir können uns glücklich schätzen, dass inzwischen fast überall in Deutschland Ärztliche Leitungen Rettungsdienst etabliert sind. Diese sind personell typischerweise sowohl mit ärztlichen als auch nicht-ärztliche Kolleginnen und Kollegen ausgestattet. Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe entsteht dabei nicht durch Anpassung des Terminus *technicus*, sondern durch die gelebte tägliche Realität, bei der es am Träger liegt, dass er durch geschickte personelle Maßnahmen ein geeignetes Team zusammenstellt. Wir halten es daher für nicht

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer), Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX



zielführend, aufgrund berufspolitischer Einflussnahme die deutschlandweit tradierte Formulierung „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ in „Leitung Medizinische Versorgung“ umzubenennen.

Neben der bloßen Formulierung liegt tatsächlich – und auch dies schließt eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe nicht aus – innerhalb der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst die medizinische Verantwortung schlussendlich bei der Ärztlichen Leiterin oder dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

Dies gilt insbesondere für diejenigen Aufgaben, die die Indikationsstellung zu heilkundlichen Maßnahmen, die ärztliche Delegation und ärztliches Handeln betreffen, wie unter anderem die Entwicklung und Verantwortung von medizinischen Versorgungsstandards im Rettungsdienstbereich sowie die Erstellung der Standardarbeitsanweisungen inklusive deren landesweiter Abstimmung. Die ärztliche Verantwortung erstreckt sich weiterhin auf die medizinischen Fragestellungen zu den Alarmierungskategorien und zur Disposition (Notarztindikationskatalog).

Die Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz der Ärztlichen Leiterin bzw. des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst sollte im Gesetz klar benannt werden, ohne die interprofessionelle Zusammenarbeit damit schmälern zu müssen.

Zu §21 (1)/(2) Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Wir begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf die Handlungskompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beschreibt und stärkt. Der §21 legt die Regelungen des NotSanG allerdings in einer Form aus, die zwar recht progressiv wirkt, aber das Ziel einer optimalen Versorgung bei gleichzeitig maximaler Patientensicherheit nicht hinreichend erfüllt. Die Absätze (1) und (2) sollten hinsichtlich der Prioritäten in den Versorgungsschritten verändert werden.

Der Beginn des §21 mit dem vorliegenden Tenor von Absatz (1) suggeriert, dass die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen die zu wählende primäre Herangehensweise sei und verkennet, dass diese nur dann zur Verfügung stehen soll, wenn die Notfallsituation durch vorliegende Standardarbeitsanweisungen nicht abgearbeitet werden kann.

Patientinnen und -patienten sollten in Schleswig-Holstein erwarten können, dass ihr Notfall durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in konkreten Notfallsituationen zunächst mit dem Standard – nämlich nach §4(2) 2.c) NotSanG vorab delegierten heilkundlichen Maßnahmen abgearbeitet wird. Diese sind seitens der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst „bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet“. Sie tun dies ggf. unter Zuhilfenahme von Erstversorgungsmaßnahmen nach §4(2) 1.c) (die formell, aber seitens des Bundesgesetzgebers bewusst, nicht als heilkundlich titulierte sind). Wenn das in der konkreten Notfallsituation nicht ausreicht, dann dürfen heilkundliche Maßnahmen nach §2a angewendet werden, und zwar wenn sie „jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden“. Das NotSanG sieht in letzterem Fall bewusst ein „dürfen“ vor, der vorliegende Gesetzentwurf sieht hier ein „sollen“.

Wir bitten dringlich darum, eine Formulierung zu finden, die gleichzeitig Rechtssicherheit für die Träger mit den medizinisch verantwortlichen Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bietet, indem sie klar definiert, dass zunächst heilkundliche Maßnahmen aus Standardarbeitsanweisungen anzuwenden sind und danach eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeit

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer),
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX



eine gesetzlich gewollte und unterstützte Ausnahme darstellt. Zu letzterer sollten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht gedrängt (sollen), sondern ermutigt werden (dürfen).

Zu 21 (4) Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – Abbestellung primär alarmierter notärztlicher Unterstützung

Nach unserer Auffassung bedarf dieser Absatz dringend einer Überarbeitung. Es ist unstrittig, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter notärztliche Unterstützung nach Beurteilung des Gesundheitszustands anfordern können; allerdings sollte hier auf die Standardarbeitsanweisungen und den Notarztindikationskatalog Bezug genommen werden, die die Grundlage für die Entscheidung zur Nachforderung sein sollten.

Aus der Patientenperspektive gänzlich unverständlich ist, dass das Abbestellen einer primär alarmierten notärztlicher Unterstützung eine Verpflichtung sein soll (Formulierung „muss“ im Gesetzentwurf). Selbstverständlich braucht eine Notärztin oder ein Notarzt nicht zum Einsatzort zu kommen, wenn sie / er tatsächlich nicht erforderlich ist; dazu sind aber unbedingt weitere Kriterien zu berücksichtigen.

Es muss nämlich aus der Patientenperspektive unbedingt bedacht werden, dass grundsätzlich keine individuelle Patientin / kein individueller Patient davon profitiert, wenn eine Notärztin / ein Notarzt nicht erscheint sondern auf der Anfahrt kurz vorm Eintreffen abbestellt wird.

Eine Verpflichtung zum Abbestellen verkennt zusätzlich grob den „Mehrwert“ der zusätzlichen Anwesenheit von Notärztin oder Notarzt, der sich nämlich nicht darauf beschränkt, bestimmte hochinvasive Prozeduren durchzuführen, sondern der – jenseits eines ausgesuchten Katalogs heilkundlicher Maßnahmen – vielmehr darin liegt, auf Augenhöhe mit dem nicht-ärztlichen Personal im Sinne der Patientinnen und Patienten auf der Basis klinischer Erfahrung gemeinsame Entscheidungen bei komplexen Krankheitsbildern zu treffen, spezielle Therapieplanungen vorzunehmen, optimale Zuweisungsstrategien auszuarbeiten oder schlicht ein bis zwei Personen mehr für die zügige Einsatzabarbeitung zur Verfügung zu haben.

Das Argument, die Notärztin / der Notarzt stehe dann nicht für andere Notfälle zur Verfügung ist schlicht falsch. Sollte sie / er vor Ort feststellen, dass ihre / seine Anwesenheit eher unterstützend als essentiell ist, so wird sie / er dennoch an der Notfallversorgung teilnehmen und ist gleichzeitig für schwerwiegendere Fälle abkömmlich; hier sind vorhandene technische Hilfsmittel so einzusetzen, dass der Leitstelle unmittelbar klar ist, dass die Notärztin / der Notarzt abrufbar ist. In vielen Rettungsdienstbereichen ist das bereits seit Jahren gelebte Praxis.

Es darf insbesondere nicht zulässig sein, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter die notärztliche Unterstützung abbestellen, wenn sie bei Notfalleinsätzen damit unmittelbar Situationen generieren, die nicht mehr nach den Standardarbeitsanweisungen abzarbeiten sind sondern gar §2a-NotSanG-Situationen werden, quasi als bewusste Herbeiführung einer Ausnahmesituation.

Nach unserer Auffassung kann eine bereits erfolgte notärztliche Alarmierung durch die Leitstelle aufgehoben werden, wenn zum einen auf der Basis des Notarztindikationskatalogs die primär alarmierte notärztliche Unterstützung nicht erforderlich erscheint, und zum anderen nach Beurteilung des Gesundheitszustand eine Diagnostik und Therapie mit den sich aus §4(2) 2.c) NotSanG ergebenden Kompetenzen als durchführbar erscheinen lässt.

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer), Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX

§4 Aufgabenwahrnehmung / Tele-NA

Das Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein begrüßt die Einführung von Telenotarztsystemen. Dies muss aber im Sinne der Gleichbehandlung auch flächendeckend erfolgen: In der Präambel zum Gesetzentwurf wird auf die insgesamt stärkere rettungsdienstbereichs-übergreifende und landeseinheitliche Vorgehensweise eingegangen, die insbesondere auch aus Patientenperspektive zu unterstützen ist. Deshalb kann aber die Teilnahme an einem Telenotarztsystem keine fakultative Aufgabe für die Träger sein, sondern dieses muss landeseinheitlich verfügbar sein, um nicht Bürgerinnen und Bürger in bestimmten Rettungsdienstbereichen schlechter zu stellen. Dies ergibt sich nach unserer Auffassung faktisch auch aus §16 (3).

§13 (3) 4. Rettungsmittel / Sonderrettungsmittel

Die Änderung der Begrifflichkeit von „pädiatrischen Patientinnen und Patienten“ zu „früh- und reifgeborenen Patientinnen und Patienten“ ist irreführend. Alle Patientinnen und Patienten jedweden Alters sind früh- oder reifgeboren, so dass zumindest irgendeine Formulierung hinzugefügt werden muss, die das junge Alter beschreibt. Wenn nicht von „pädiatrischen Pat.“ gesprochen werden soll (vermutlich, weil dies ja bis 16 oder 18 Jahren gilt), könnte die Formulierung „Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern“ sein. Selbiges gilt analog für §14 (7).

§13 (5) Rettungsmittel / landesweite Einheitlichkeit

Wir bedauern, dass der Passus „Rettungsmittel nach den Absätzen 1 bis 4 sind entsprechend der spezifischen Aufgabenstellung und nach dem Stand von Wissenschaft und Technik landesweit einheitlich auszustatten“, wie er im Kabinettsentwurf zu finden war, offensichtlich ersatzlos gestrichen wurde. Gerade in Hinblick auf gebietskörperschaftsübergreifende Einsatzabwicklung, unter anderem beim Großschadensfall, wäre die landesweit einheitliche Ausstattung – exemplarisch als „Soll-Formulierung“ bzw. als Mindeststandard – zu fordern.

Als redaktionelle Anmerkung sollte dies möglicherweise mit §1 (2) 2. ausgedrückt werden, wobei dieser Satz ja nur die Einschränkung („Abweichung aufgrund regionaler Gegebenheiten“) darstellt von etwas, das vorher im Text nicht angegeben wurde.

§14 (1) Besetzung der Rettungsmittel

Das FLN-SH begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf (anders als der Kabinettsentwurf) als nicht-ärztliche Besetzung für das NEF primär eine Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter vorsieht. Dies trägt der von uns bereits in der Stellungnahme betonten durchschnittlich erhöhten Fallschwere von Einsätzen (insbesondere bei entsprechend angepasstem Indikationskatalog) mit dem NEF und einem bei dortiger Tätigkeit notwendigen Spezialwissen Rechnung. Dass die Träger stattdessen auch Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung einsetzen können, ist sicherlich in Ausnahmefällen wie bei Personalausfall etc. vertretbar, sollte aber klar als Ausnahme definiert sein: *„Notarzteinsatzfahrzeuge sind mit einer Notärztin oder einem Notarzt und in der Regel mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter zu besetzen. Anstelle einer Notfallsanitäterin oder eines Notfallsanitäters können die Träger des Rettungsdienstes in begründbaren Ausnahmesituationen auch Personen einsetzen, die mindestens Rettungssanitäterin mit Einsatzerfahrung oder Rettungssanitäter mit Einsatzerfahrung, ...“*

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer),
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX



§26 (4) Zentrale Stelle Rettungsdienst

Im Gegensatz zum Kabinettsentwurf umfasst dieser Abschnitt nicht mehr, dass die Auswertungsergebnisse nach Absatz 3 Satz 3 öffentlich bereitzustellen seien. Dies wäre aber im Sinne der Transparenz und aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger ein Gewinn und würde die Bedeutung der Zentralen Stelle Rettungsdienst betonen. Wir schlagen vor, einen geeigneten Passus wieder aufzunehmen, z.B.: ***„Die Auswertungsergebnisse nach Absatz 3 Satz 3 sind den Trägern des Rettungsdienstes digital bereitzustellen. Sie sind zudem in geeigneter Form öffentlich bereitzustellen.“***

Zu §33

Wie oben unter §9(3) beschrieben sollten die Ausgestaltung der medizinischen Einsatzkategorien der Durchführungsverordnung zugänglich gemacht werden.

Wir danken erneut und stehen Ihnen für Rückfragen und Ergänzungen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Im Namen des Vorstands

Dr. Holger Maurer
Vorsitzender FLN-SH e.V.

Vorstand: Dr. H. Maurer (Vorsitzender), Prof. Dr. J.T. Gräsner (stellv. Vorsitzender), Dr. U. Lorenzen (Schriftführer),
Dr. N. Jaeger (Kassenwart), C. Trockel (1. Beisitzer), Dr. S. Behrens (2. Beisitzer)

Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank Kiel e.G., Konto-Nr.: 000 343 5296, BLZ: 30060601
IBAN: DE55 3006 0601 0003 4352 96, BIC: DAAEDEDXXX