

# FÜRTHNER

2025

## GESPRÄCHE

EXPERTENFORUM FÜR DEN RETTUNGSDIENST  
16. und 17. September 2025



### NIEDRIGPRIORITÄRE HILFEERSUCHEN IM FOKUS

Handlungsempfehlungen der Fürthner Gespräche zur Professionalisierung  
und Qualifizierung im Rettungsdienst

Klaus Meyer, Harald Dormann, Bernd Landsleitner, Stephan Prückner, Johannes Gottschalk,  
Christoph Redelsteiner, Dominik Hinzmann, Dominik Hahnen, Insa Seeger, Tom Malysch, Thomas Prescher

Zukunftsfähig  
denken | entscheiden | handeln

i|nob

Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung

<b>1   Einleitung:</b>			
<b>Außerklinische fallabschließende Akutversorgung als Aufgabe für den Rettungsdienst</b>		<b>04</b>	
<b>Empfehlung 1:</b>	Eine außerklinische fallabschließende Akutversorgung braucht eine politisch legitimierte Zieldefinition.	07	
<b>2   Strukturelle Anpassung:</b>			
<b>Anforderungen an eine intersektorale Notfallversorgung</b>		<b>08</b>	
<b>Empfehlung 2:</b>	Die außerklinische Akutversorgung ist als eigenständiger Versorgungsbereich der Notfallversorgung bundeseinheitlich zu verankern.	09	
<b>Empfehlung 3:</b>	Die Dienste der außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung sind im Sozialgesetzbuch (SGB) V zu regeln und ausreichend zu finanzieren.	09	
<b>Empfehlung 4:</b>	Hoch- und niedrigprioritäre Anliegen sind bundeseinheitlich zur bedarfsgerechten Ressourcenallokation zu definieren und regelmäßig wissenschaftlich zu überprüfen.	10	
<b>Empfehlung 5:</b>	Die medizinischen Standards entlang der Versorgungskette sind durch die zuständigen Fachgesellschaften und Fachverbände zu definieren.	10	
<b>Empfehlung 6:</b>	Ein einheitlich digital vernetztes Gesundheitsleitsystem mit standardisierter Ersteinschätzung ist flächendeckend zu etablieren.	11	
<b>Empfehlung 7:</b>	Fallabschließende akutmedizinische Dienste sind eng mit dem Gesundheitsleitsystem und ergänzenden Diensten zu vernetzen.	12	
<b>Empfehlung 8:</b>	Die Ressourcen und das Leistungsportfolio der Akutversorgung mit einheitlichen Mindeststandards sind flächendeckend zu etablieren und durch entsprechende Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Landesrettungsdienstgesetze, Berufszulassungsgesetze, Arzneimittelgesetz) abzusichern.	12	
<b>3   Gestuftes Qualifikationssystem:</b>			
<b>Qualifikationslevel und Rollen einer fallabschließenden Akutversorgung</b>		<b>14</b>	
<b>Empfehlung 9:</b>	Ein System gestufter Qualifikationen für niedrigprioritäre Einsätze ist zu entwickeln und einzuführen.	14	
<b>Empfehlung 10:</b>	Ein Lernfeld „niedrigprioritäre Einsätze“ ist in die NotSan-Ausbildung einzuführen.	16	
<b>Empfehlung 11:</b>	Ein akademisches Qualifikationsprofil „Außerklinischer Fachexperte“ (DQR 6) ist gesetzlich zu verankern.	17	
<b>Empfehlung 12:</b>	Multiprofessionelle Einsatzrollen sind zu definieren und rechtlich abzusichern.	18	
<b>Empfehlung 13:</b>	Neue außerklinische Versorgungsformen und Rollen sind in ihrer Finanzierung und Anerkennung sicherzustellen.	18	
<b>4   Fazit</b>		<b>19</b>	
<b>5   Teilnehmer der Fürther Gespräche</b>		<b>20</b>	
<b>6   Literaturverzeichnis</b>		<b>22</b>	
<b>BILDNACHWEIS</b>			
© INOB / Theresa Reichert und Ivo Leidner			
<b>GENDER-HINWEIS:</b>			
Wir fördern Vielfalt, Diversität, individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Lebensentwürfe unabhängig von z. B. Herkunft, Geschlecht, Religion, Alter und sexueller Orientierung. Einzig aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.			

## Außerklinische fallabschließende Akutversorgung als Aufgabe für den Rettungsdienst

Das Thema „niedrigprioritärer Hilfeersuchen“ wird seit den 1. und 2. Fürther Gesprächen [1][2] als ein zentrales Handlungsfeld im Rahmen der bedarfsorientierten strukturellen Neuausrichtung des Rettungsdienstes durch die teilnehmenden Experten diskutiert. Mit der dritten Auflage der Gespräche wird dieses Thema nun explizit als eigenständiger Diskussionsgegenstand herausgelöst und systematisch konturiert.

Aktueller Anlass ist der Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung [3] vom 17.11.2025, insbesondere die geplante Neuregelung des §75 SGB V. Diese sieht erstmals eine 24/7-verfügbare, aufsuchende notdienstliche Akutversorgung vor, die auch durch

Gesundheitsfachkräfte unter Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden kann, um bestehende Versorgungslücken zu schließen. „Insbesondere soll diese Versorgung auch auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen eingehen und



Versorgungslücken insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten oder solche mit unabdingbaren Betreuungsverpflichtungen schließen. Unter anderem können dadurch (etwa durch Klärung der Transportnotwendigkeit oder Behandlung vor Ort) Fahrten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser und nicht bedarfsgerechte Einsätze der Rettungsdienste reduziert werden.“ [3]. Dies schließt die Möglichkeit zur Kooperation mit dem Rettungsdienst ein. Der Gesetzentwurf skizziert dabei eine klar abgestufte, funktional verzahnte Systemarchitektur aus präklinischen Elementen, ambulanten Strukturen, aufsuchenden Diensten, integrierten Notfallzentren und digital gestützten Ersteinschätzungsprozessen. Die Verantwortung für den vertragsärztlichen aufsuchenden Dienst liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß §75 SGB V. Regionale Gestaltungs- und Anpassungsspielräume beziehen sich folglich auf die konkrete Ausgestaltung innerhalb dieser vorgezeichneten Systemlogik.

Bereits seit Jahren werden diesbezüglich Erfahrungen in Deutschland, Österreich, der Schweiz und international in experimentellen Modellen und bereits in Teilen in der Routineversorgung gesammelt, wie der Rettungsdienst, über seine bisherige klassische Aufgabe der Notfallversorgung, die o.g. Versorgungslücke schließen kann. Die Lösungsansätze verfolgen ähnliche Ziele sind

aber von der Terminologie eher heterogen und beziehen sich auf Bezeichnungen wie „Gemeindenotfallsanitäter“, „Hanse-Sanis“, „Rettungseinsatzfahrzeug (REF)“, „NotSan-Erkundern“, für Deutschland bis hin zu internationalen Konzepten wie „Community Paramedics“, „Acute Community Care Providers“ oder „Acute Community Nurses“ [4]. Allen Konzepten ist gemein, dass sie nicht primär auf Transport in eine stationäre Weiterversorgung, sondern auf eine möglichst außerklinische Akutversorgung im häuslichen oder sozialen Umfeld zielen, wobei sich jedoch der Grad des vorbeugenden oder des reaktiv geplanten bzw. einer reaktiven nicht-geplanten Akutversorgung unterscheiden und bereits in der Alarmierung dahingehend differenziert wird.

Unter außerklinischer fallabschließender Akutversorgung wurde ein Einsatzverständnis diskutiert, das zwei Deutungen berücksichtigt: Einerseits meint es, dass eine qualifizierte Fachkraft den Fall vor Ort vollständig selbst oder mit telemedizinischer Unterstützung entscheidet und abschließt. Das Hilfeersuchen wird mit dem Einsatz beendet [5]. Dies meint eine Versor-



gung, welche keine unmittelbare Weiterbehandlung durch andere Akteure der Notfall- und Akutversorgung mit oder ohne Transport erfordert. Eine spätere (fakultative) Weiterbehandlung durch Hausarzt oder geeignete Dienste schließt dies aber nicht aus. Andererseits wird darunter verstanden, dass der Fall zwar

für das Einsatzmittel beendet ist, u.U. aber auch eine gezielte Weitervermittlung an geeignete spezialisierte Dienste (z.B. psychosozialer Notdienst, ambulante Pflege, Akutsozialarbeit u.a.) im Versorgungssystem bedeuten kann. Das Spannungsfeld liegt somit zwischen autonomer Falllösung und sektorenübergreifender Fallsteuerung und schließt damit eine spezifische Versorgungslücke.

Die damit verbundene Begriffs- und Einsatzpluralität erschwert aktuell eine systematische Einordnung. Weder ist derzeit geklärt, welchen Tätigkeitsumfang und Auftrag diese Modelle im System der Gesundheitsversorgung erfüllen sollen, noch existieren einheitliche Standards hinsichtlich der eingesetzten Berufsgruppen, deren Kompetenzen und ihrer Einbindung in bestehende Versorgungs- und Alarmierungssysteme. Dabei reicht die Spannbreite der Zielsetzungen von einem innovativen Denken, das die Versorgung vom Patienten her strukturiert, d.h. die Bedingungen von Hausarztmangel, Klinikschließungen und neuen sozialen Lagen ursächlich mitdenkt [6] [7], bis hin zur eher reaktiven Nutzung spezieller Rollen im Rettungsdienst als eine Art „Lückenschließer“, bei der teure Einsatzmittel und eine Überversorgung wie RTW oder Notarzt bei nicht-lebensbedrohlichen Hilfeersuchen vermieden und entlastet werden sollen [8]. Letzteres droht vor allem bei einer nicht ausreichenden Qualifikation des eingesetzten Fachpersonals, mit der Gefahr die Probleme des Systems lediglich zu kompensieren, anstatt sie strukturell anzugehen. Als übergreifendes gesundheitsökonomisches Ziel kann festgehalten werden, dass das aktuelle Verschieben von Verantwortlich- und Zuständigkeiten beendet werden muss.

Gleichzeitig zeigen aktuelle Daten [9], dass ein erheblicher Anteil der RTW-Einsätze retrospektiv durch das Rettungsfachpersonal eingeschätzt keine rettungsdienstliche Indikation aufweist. In einer Pilotstudie aus Ludwigshafen wurden bei 634 Einsätzen in 52% der Fälle (n=328) keine rettungsdienstlichen Gründe festgestellt. Ebenso ergaben Daten aus Bayern, dass 28,9% der Patienten ohne Transport und ohne weitere Eskalation im System versorgt wurden [10].

Diese Entwicklungen verweisen einerseits auf ein strukturelles Versorgungsproblem mit der Gefahr der Überversorgung, das nicht allein durch Effizienzsteigerung oder Erhöhung der RTW-Verfügbarkeiten im bestehenden System zu lösen ist. Vielmehr reflektieren sie eine grundlegende Verschiebung in der Logik medizinischer Versorgung, die andererseits den Weg von der Transportlogik klassischer Notfallrettung, bis hin zu einer primär aufsuchenden, intersektoralen und fallabschließenden Akutversorgung avisiert. In diesem Kontext

stellt sich damit die Frage nach der Rolle des Rettungsdienstes neu, indem er nicht als reiner „Lückenbüsser“ [11] in einem dysfunktionalen Gesamtsystem betrachtet wird, sondern als potenziell eigenständiger Baustein einer reformierten Primärversorgung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer strukturierten Notrufabfrage zu bewerten, die zwar eine bessere Trennschärfe für rettungsdienstliche Indikationen ermöglicht, aber keine Ausweitung des rettungsdienstlichen Auftrags impliziert: Liegt nach standardisierter Ersteinschätzung (SNA) keine akute Lebensbedrohung oder schwere Gesundheitsgefährdung vor, ist die weitere Abklärung Aufgabe der Akutversorgung, nicht des Rettungsdienstes. Da ex ante jedoch häufig kein sicherer Ausschluss einer rettungsdienstlichen Indikation möglich ist, bleibt der Bedarf für ergänzende aufsuchende Dienste bestehen.



Zugleich ist zu betonen, dass sich das gegenwärtige Gesundheitssystem in seiner institutionellen Grundarchitektur auf Voraussetzungen der Nachkriegszeit stützt, die mit der heutigen demografischen, gesellschaftlichen und versorgungspolitischen Realität nicht mehr übereinstimmen [12] [13]. Während Hausärzte zunehmend weniger verfügbar sind und Hausbesuche zurückgehen [11], wird der Rettungsdienst in wachsendem Maße als Ersatzstruktur für verschiedene Hilfeersuchen nichtdringlicher Art genutzt, ohne dass er dafür strukturell, finanziell oder professionell vorgesehen ist. Die „Beauftragung“ erfolgt faktisch durch Anrufe bei 112, wobei eine formelle sowie strategisch und politische Beauftragung durch Auftraggeber wie Kommunen oder Kassen nicht erfolgt. Laut aktuellen Daten [14] wurden im Jahr 2024 insgesamt 23,5 Mio. Hausbesuche abgerechnet, davon 19,4 Mio. durch Hausärzte. 27% der Hausarztpraxen verfügen über eine NÄPa (Nicht-ärztliche Praxisassistenten als weitergebildete Medizinische Fachangestellte (MFA)), durch die 2,5 Mio. Hausbesuche erbracht wurden, ergänzt durch weitere 0,6 Mio. Besuche durch MFA ohne NÄPa-Status. Der ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) erbrachte 2024

rund 1 Mio. Fahrdienstesätze bei insgesamt 8 Mio. Fällen. Zum Vergleich fielen etwa 15% der rund 7 Mio. RTW-Einsätze jährlich (ca. 1 Mio.) auf Fälle ohne unmittelbare rettungsdienstliche Notwendigkeit. In Berlin waren es für den Zeitraum von 2018–2021 sogar 30%. [15]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass das bestehende System der hausärztlichen und notdienstlichen Versorgung trotz optimierter Patientensteuerung durch strukturierte und zunehmend spezifischere Notrufabfragen in quantitativer, wie qualitativer Hinsicht an seine Grenzen stößt. Dies betrifft sowohl die Erreichbarkeit sowie die Notwendigkeit hausärztlicher Leistungen als auch die Funktion des Rettungsdienstes [3]. Die Frage ist daher nicht mehr, ob neue Versorgungsformate gebraucht werden, sondern wie diese strukturell so zu gestalten sind, dass sie die tatsächlichen Versorgungsprobleme adressieren, statt nur deren Symptome abzufedern.

Die zentrale Herausforderung besteht folglich darin, einen neuen, professionsübergreifenden Versorgungsmodus zu definieren, der adäquat auf niedrigprioritäre, aber nicht triviale Hilfeersuchen reagieren kann. Dieser Modus, der hier als außerklinische fallabschließende



Akutversorgung bezeichnet wird, muss dabei mehr sein als ein weiteres singuläres Element in einem ohnehin fragmentierten System: Er erfordert eine gesundheits- und berufspolitische Grundsatzentscheidung darüber, welches konkrete Versorgungsproblem gelöst werden soll, mit welchen Mitteln, durch welche examinierten Berufsgruppen (wie Notfallsanitäter und Pflegefachkraft) oder akademisierte Berufsgruppen (wie z. B. Physician Assistant (PA)) und unter welchen institutionellen Bedingungen.

## DARAUS ERGIBT SICH EINLEITEND DIE ZENTRALE EMPFEHLUNG 1:

**Eine außerklinische fallabschließende Akutversorgung braucht eine politisch legitimierte Zieldefinition.**

Es braucht eine gesundheits- und berufspolitische Festlegung, welchen Auftrag und welcher Tätigkeitsumfang mit der Einführung einer außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung gelöst werden soll. Nur auf dieser Grundlage lässt sich ein systematisch begründeter Strukturtyp mit klaren Aufgaben, qualifikatorischen Mindestanforderungen und definierter Einbindung in das Versorgungssystem, idealerweise als intersektoraler Ansatz entwickeln. Andernfalls droht die Etablierung von Parallelstrukturen, die Symptome adressieren, aber die Systemfehler perpetuieren. In diesem Sinne wird im Beitrag eingegangen auf

→ **strukturelle Anpassungen auf die Anforderungen einer intersektorale Notfallversorgung**

und

→ **ein gestuftes Qualifikationssystem im Rettungsdienst als Antwort auf einen erweiterten Rollenbedarf für eine fallabschließenden Akutversorgung.**

### Anforderungen an eine intersektorale Notfallversorgung

Eine elementare Annahme, die für die nachfolgenden Empfehlungen getroffen werden muss, ist, dass das Notfallgesetz in den grundsätzlichen Zügen der Fassung in der Drucksache 20/13166 <sup>[17]</sup> zur Anwendung kommt. Hierbei ist insbesondere die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung und -vorsorge ein zentraler Punkt. Um dies sinnvoll ausgestalten zu können sind weitere Voraussetzungen notwendig, um eine effektive Steuerung und Anwendung in die außerklinische fallabschließende Akutversorgung zu ermöglichen.

Die außerklinische Versorgung von Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Störung oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Störungen identifiziert werden oder nicht ausgeschlossen werden können, liegt im Aufgabenbereich des Rettungsdienstes. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten, aber nicht bedrohlichen Gesundheitsstörungen fällt unter den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztli-

chen Vereinigungen <sup>[18]</sup>. Diese bisherige, klassische Trennung stößt in der Realität regelhaft an ihre Grenzen, da die Hilfesuchenden unter dem Eindruck der subjektiven Dringlichkeit selbst das gewünschte Versorgungssystem wählen, eine objektive und bedarfsgerechte Zuordnung sowie Überleitung in das jeweils andere System zwar in der Notfallreform vorgesehen, aber jedoch noch nicht überall problemlos möglich ist.



### EMPFEHLUNG 2:

→ **Die außerklinische Akutversorgung ist als eigenständiger Versorgungsbereich der Notfallversorgung bundeseinheitlich zu verankern.**

Die erschwerte bedarfsgerechte Zuordnung und Überleitung führen zu einer gefährlichen, teuren und gleichzeitigen nicht bedarfsgerechten Versorgung sowie einer zunehmenden Überlastung der Notfallstrukturen <sup>[19]</sup>. Dies ist mit unnötigen Kosten verbunden und führt zu Frustration bei Patientinnen und Patienten, Angehörigen und dem (außer-)klinischem Fachpersonal. Zur Optimierung der Prozesse innerhalb der Notfallversorgung muss diese insbesondere aus der ex ante Perspektive der Akut- und Notfallversorgung ganzheitlich betrachtet, geplant und finanziert werden. Die außerklinische Akutversorgung ist dabei planerisch integraler Bestandteil der außerklinischen Notfallversorgung und könnte im Rahmen der regionalen Ausgestaltung von verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversor-

gung bedient werden, solange die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten jeweils klar geregelt und rechtsicher sind.



### EMPFEHLUNG 3:

→ **Die Dienste der außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung sind im Sozialgesetzbuch (SGB) V zu regeln und ausreichend zu finanzieren.**

Der einzuführende Dienst, der die außerklinische fallabschließende Akutversorgung sicherstellen soll, muss ausreichend finanziert werden. Hierbei ist zu diskutieren, ob fallbasierte Vergütungsmodelle oder vorhaltebezogene Finanzierungen Vorteile bieten. Wichtig hierbei ist es, finanzielle Fehlanreize zu vermeiden, aber dennoch für eine auskömmliche Finanzierung der Vorhaltungen zu sorgen. Hierbei muss

auch eine Umschichtung von vorhandenen Mitteln in Betracht gezogen werden. Unstrittig ist die Aufnahme des außerklinischen fallabschließenden Akutversorgungsdienstes in das V. Sozialgesetzbuch. Dadurch werden die notwendigen Voraussetzungen zur Finanzierung im richtigen Bereich der Sozialgesetzgebung verankert.

## EMPFEHLUNG 4:

→ Hoch- und niedrigprioritäre Anliegen sind bundeseinheitlich zur bedarfsgerechten Ressourcenallokation zu definieren und regelmäßig wissenschaftlich zu überprüfen.

Für den außerklinischen Bereich muss dafür eine einheitliche Bewertung von gesundheitlichen Hilfeersuchen etabliert werden, deren Ergebnis unabhängig davon ist, welchen Zugangsweg die Betroffenen wählen (112 oder 116117). Dafür bedarf es einer bundeseinheitlichen Definition von hochprioritären, durch die Notfallrettung (NEF, RTW, N-KTW, RTH) zu bedienenden Anliegen und niedrigprioritären, durch die Akutversorgung zu bedienenden Anliegen, welche in einem

wissenschaftlichen Konsens erarbeitet und regelmäßig reevaluiert werden müssen (siehe Abbildung 1). Eine besondere Herausforderung sehen wir in der Ausgestaltung der Alarmierungswege, da in vielen Fällen – vor allem wenn die Entlastung der Rettungsmittel für hochprioritäre Einsätze zum Ziel ist – bereits bei initialer Kontaktaufnahme über die Priorität und voraussichtliche Möglichkeit des präklinischen Fallabschlusses entschieden werden muss.

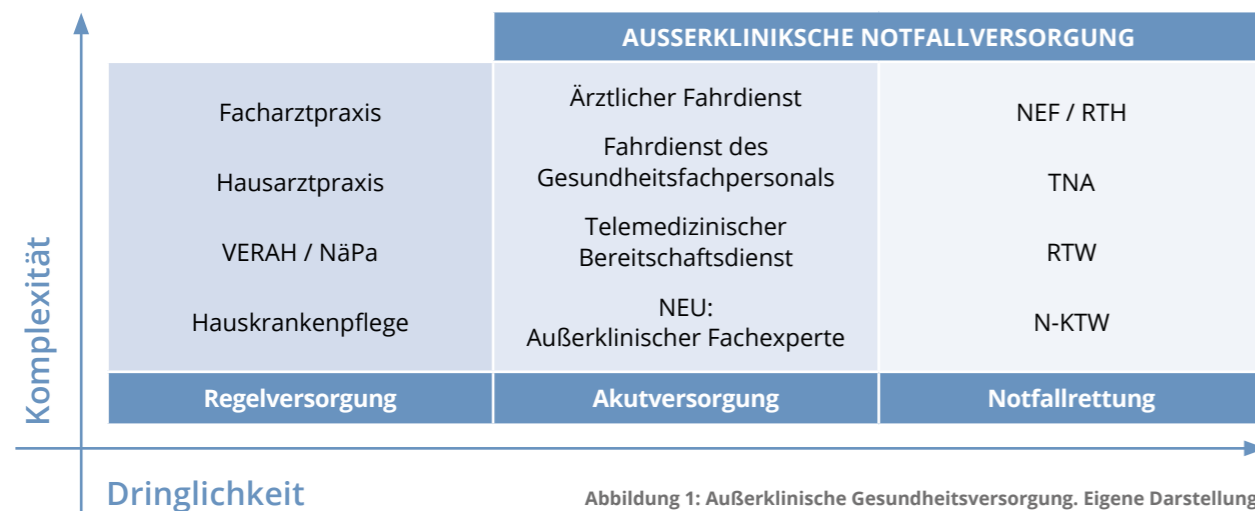


Abbildung 1: Außerklinische Gesundheitsversorgung. Eigene Darstellung.

## EMPFEHLUNG 5:

→ Die medizinischen Standards entlang der Versorgungskette sind durch die zuständigen Fachgesellschaften und Fachverbände zu definieren.

Neben dem Leistungsportfolio muss auch ein einheitlicher Standard entlang der medizinischen Versorgungskette definiert werden. Dies ist erforderlich, um den einerseits notwendigen regionalen Bedürfnissen gerecht werden zu können, dabei aber den ganzheitlichen Blick auf die Erfüllung der Versorgungskette nicht zu verlieren. Damit könnten sektorenübergreifend alle Hilfeersuchenden zielführend und effektiv bedient werden und idealerweise durch fallabschließende Akutversorgungen bereits außerklinisch gelöst werden, um sekundäres und tertiäres oder ungezieltes Hilfeersuchen zu vermeiden. Um dies zu definieren, bietet sich die Beteiligung von Fachgesellschaften und

Fachverbänden an. Diese verfügen über die Expertise, in einem Konsens geeignete Standards zu beschreiben und zu belegen [20]. Beispielsweise sind hier der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD), die Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin e.V. (DGINA), die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI), der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW), der Fachverband Leitstellen e.V. (FVLST) aber auch viele weitere genannt, die sich bereits jetzt mit Fragestellungen zur außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung beschäftigen oder an den eingangs erwähnten Modellprojekten beteiligt waren.

## EMPFEHLUNG 6:

→ Ein einheitlich digital vernetztes Gesundheitsleitsystem mit standardisierter Ersteinschätzung ist flächendeckend zu etablieren.

Die korrekte Zuordnung und Steuerung beim medizinischen Erstkontakt ist jedoch nur mit einer flächendeckenden, standardisierten Telefonabfrage, -anleitung und -beratung in allen Leitstellen des Gesundheitsleitsystems mit digitaler, transparenter, medienbruchfreier, nachvollziehbarer und bidirektionaler Vernetzung zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems möglich. Darüber hinaus müssen niedrigprioritäre Anliegen mittels geeigneter und validierter standardisierter Ersteinschätzung weiter differenziert werden, um die

passende Ressource der Akutversorgung zu aktivieren [21]. Dabei kann in aufsuchende Ressourcen (Gesundheitsdienstleistung kommt zum Patienten) und selbst-aufsuchende Ressourcen (Gesundheitsdienstleistung muss vom Patienten selbst aufgesucht werden) unterschieden werden, wobei die Verfügbarkeit der aufsuchenden Ressourcen sowie die Vermittlung der selbst-aufsuchenden Ressourcen flächendeckend und 24/7 möglich sein muss [22].

Aufsuchende Ressourcen	Selbst-aufsuchende Ressourcen
Hausbesuchsdienst (Ärztlich / Gesundheitsfachpersonal)	Notdienstpraxis
Leichenschauendienst	Terminservicestelle
Ambulante Palliativversorgung	Telemedizinische Sprechstunde
Pflegebereitschaft (Wundversorgung, Grundversorgung, Fremdkörperversorgung)	Stationäre Akutpflege
Psychosozialer Dienst (psychische oder soziale Krisen)	
Medikamentenlieferdienst	

Tabelle 1: Ressourcen der Akutversorgung. Eigene Darstellung.



## EMPFEHLUNG 7:

### → Fallabschließende akutmedizinische Dienste sind eng mit dem Gesundheitsleitsystem und ergänzenden Diensten zu vernetzen.

Das in den derzeitigen Diskussionen häufig geforderte und immer noch nicht umgesetzten Gesetzesvorhaben geplante Gesundheitsleitsystem [13] muss dafür eine Schlüsselrolle für die außerklinische fallabschließende Akutversorgung einnehmen. Neben der Aktivierung des Dienstes über diese Leitstellen müssen hier auch die Vernetzung und Vermittlung an weiterführende Dienste möglich sein. Dieser Dienst sollte von qualifiziertem Personal der Gesundheitsfachberufe übernommen werden und bietet die Möglichkeit einer alternativen attraktiven und sinnstiftenden Tätigkeit, die das bestehende berufliche Tätigkeitsfeld sinnvoll ergänzt.

Zunächst ist eine Steuerung in die vertragsärztliche Versorgung anzustreben, da niedrigprioritäre Fälle ambulant fallabschließend behandelt werden. Auch eine direkte Anbindung an die zu schaffenden sektorenübergreifenden Gesundheitszentren [13] ist elementar, um zielführend tätig zu sein. Wünschenswert ist der Zu-

gang für den außerklinischen fallabschließenden Akutversorgungsdienst an eine Anbindung an telemedizinische Unterstützung. Der Dienst muss in der Lage sein, auf unterschiedlichste Fachärzte in den verschiedenen Fachrichtungen der Medizin zugreifen zu können. Nur so kann die notwendige Unterstützung bei spezifischen Fragestellungen gewährleistet werden. Neben dem Zugang zur haus- und fachärztlichen Unterstützung ist die Vernetzung und insbesondere die Zugangsmöglichkeit zu weiterführenden Diensten sinnvoll. Hierbei seien neben der klassischen ambulanten Pflege auch spezielle Wundversorgung, (psycho-)soziale Dienste, Demenzbetreuungs- und Beratungsdienste sowie Palliativversorger bzw. -netzwerke zu nennen. Neben diesen ist regional das Angebot weiterer Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens zu identifizieren und den außerklinischen fallabschließenden Dienst mit den identifizierten spezialisierten Gesundheitsdienstleistern zu vernetzen. Der gegenseitige Zugang muss niederschwellig möglich sein.

## EMPFEHLUNG 8:

### → Die Ressourcen und das Leistungsportfolio der Akutversorgung mit einheitlichen Mindeststandards sind flächendeckend zu etablieren und durch entsprechende Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Landesrettungsdienstgesetze, Berufszulassungsgesetze, Arzneimittelgesetz) abzusichern.

Weiterhin müssen diese Ressourcen durch einen bundeseinheitlichen Mindeststandard in Bezug auf Ausstattung und Kompetenzen definiert werden, um den Umfang und damit Auftrag (z. B. Ultraschalldiagnostik, 12-Kanal EKG, Labordiagnostik ggf. als point-of-care, Verordnung von Rezepten usw.) der einzelnen Ressourcen klar abzubilden und in der einheitlichen Zuordnung bzw. bei der Disposition zu berücksichtigen.

Es erscheint sinnvoll, ein Portfolio zu erstellen, aus dem sich – regional den Gegebenheiten angepasst – die jeweiligen Leistungen für die Patientenversorgung ergeben. Dieses Portfolio ist dann in die jeweiligen Alarmierungsstrukturen zu etablieren. Dabei ist darauf zu achten, dass keine Doppelstrukturen bei der Zuord-

nung der Dienste im Bereich Rettungsdienst oder in der ambulanten Akutversorgung entstehen.

Um das Leistungsportfolio zu entwickeln, empfiehlt es sich, die aktuellen Pilotprojekte und bereits etablierte Ansätze zu analysieren und die dort gewonnenen Erfahrungen für die Ausgestaltung des Portfolios zu nutzen. Bei den Lösungen sollen im deutschsprachigen Raum Projekte [4] wie das Projekt Berlin PSAPL mit dem Psychosozialen Arbeitsplatz in der Leitstelle der Berliner Feuerwehr, das Rettungseinsatzfahrzeug in Bayern oder Nordfriesland, das Akuteinsatzfahrzeug der Rettungsdienstkooperation in Schleswig-Holstein, der Gemeindenotfallsanitäter im Oldenburger Land, das Projekt RTW Akut der Kassenärztlichen Vereini-

gung Bayern und weitere bedacht werden. Darüber hinaus bietet der internationale Zusammenschluss des International Roundtable on Community Paramedicine [23] diverse Hilfestellungen und Publikationen, die die Beschreibung des Leistungsportfolio maßgeblich mit beeinflussen können. Um die Leistungen, die das Portfolio vorgibt, auch sinnvoll erfüllen zu können, kann es notwendig sein, eine Anpassung weiterer Gesetze, z. B. Notfallsanitätergesetz, Rettungsdienstgesetze der Länder, Arzneimittelgesetz und weiterer vorzunehmen,

so dass die handelnden Personen auch rechtssicher die Aufgaben einer außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung wahrnehmen können.

Diese Strukturvoraussetzungen bilden die Grundlage zur Etablierung einer umfassenden, aber zielgerichteten außerklinischen Akutversorgung für Notfallpatienten mit niedrigprioritären Anliegen als gemeinsame und klar abgestimmte Aufgabe der verschiedenen Akteure in der Gesundheitsversorgung (siehe Abbildung 2).

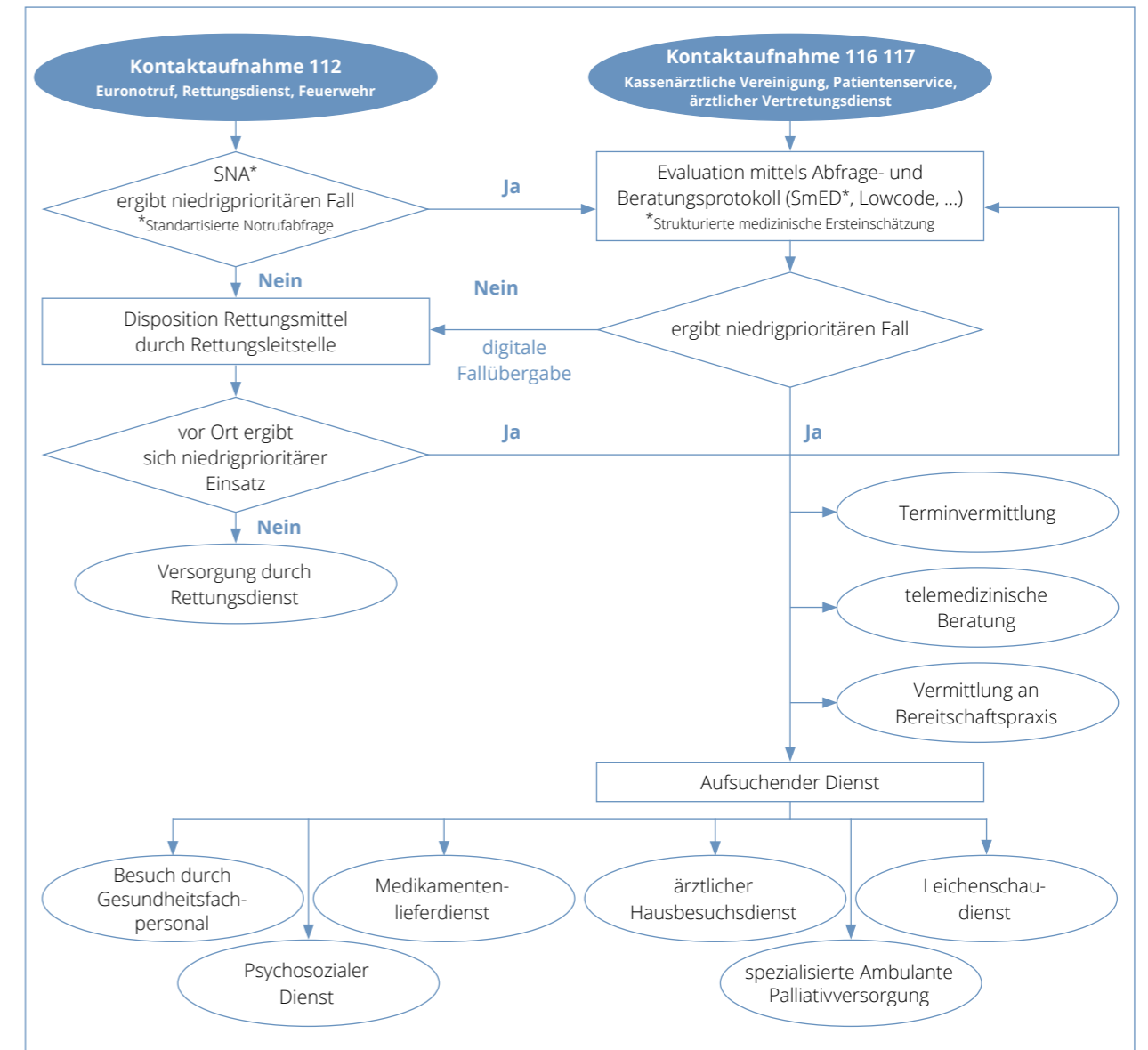


Abbildung 2: Patientensteuerung in der außerklinischen Notfallversorgung. Eigene Darstellung.

Die Akutversorgung als spezifischen, aber sektorenübergreifenden Bereich innerhalb der Notfallversorgung zu entwickeln, ermöglicht darüber hinaus die Anbindung in den geplanten übergeordneten Systemen der Notfallversorgung, wie dem Notfallregister zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, Forschung und Weiterentwicklung, welches ohne Berücksichtigung der gesamten Akutversorgung (unabhängig vom

erbringenden Gesundheitsdienstleister der jeweiligen Ressource) unvollständig und ineffizient wäre. Weiterhin können nur so weiterführende Strukturen der außerklinischen Notfallversorgung wie Sozialarbeit und Case Management (bspw. für „Frequent Caller“) die Patienten der niedrigprioritären Einsätze abbilden, die in besonderem Maße von diesen Strukturen profitieren [24].

## Qualifikationslevel und Rollen einer fallabschließenden Akutversorgung

Die außerklinische fallabschließende Akutversorgung im Kontext niedrigprioritärer Hilfeersuchen erfordert eine gezielte Professionalisierung des rettungsdienstlichen Fachpersonals oder anderer Berufsgruppen im Quereinstieg. Dieses Handlungsfeld bewegt sich im Spannungsfeld zwischen akutem Reaktionsbedarf und langfristiger Kompetenzentwicklung. Eine zentrale Voraussetzung für die Etablierung einer sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Versorgungsstruktur ist ein gestuftes Qualifikationssystem, welches horizontale und vertikale Durchlässigkeit ermöglicht (siehe auch Abb. 3). [25] [26]

### EMPFEHLUNG 9:

→ Ein System gestufter Qualifikationen für niedrigprioritäre Einsätze ist zu entwickeln und einzuführen.

Für niedrigprioritäre Einsätze ohne unmittelbare Transportindikation, darunter zählen beispielsweise unklare, nicht akute/lebensbedrohliche Symptombilder, Probleme mit einem Blasenkatheter, Beratungssituationen, palliative Fälle oder psychosoziale Krisen, muss eine eigenständige Qualifikationsstufe entwickelt werden. Um die schnelle Etablierung neuer Versorgungskonzepte zu ermöglichen, bietet es sich an, als ersten Ansatz eine Weiterbildung (Kompetenzniveau DQR 5) zu etablieren, die auf der Berufsausbildung zum Notfallsanitäter aufbaut, aber auch anderen Gesundheitsberufen wie Gesundheits- und Krankenpflege oder Physician Assistants einen Quereinstieg ermöglicht. Diese Weiterbildung soll mindestens 600 und höchstens 800 Stunden theoretische und praktische Ausbildung umfassen und ist an Berufsfachschulen für den Rettungsdienst angesiedelt. Durch Kooperationen mit Hochschulen kann später eine Anrechnung auf akademische Weiterbildungen (ECTS-Hochschulzertifikat) erfolgen. Die Weiterbildung befähigt zu einer fallabschließenden Tätigkeit unter der delegierten Verantwortung einer ärztlichen Leitung.

Bei dieser Tätigkeit unter der delegierten Verantwortung einer ärztlichen Leitung.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beurteilung der Akuität insbesondere multimorbider oder relevant vorerkrankter Patientinnen und Patienten in der Regel nicht allein durch die Basisausbildung abgedeckt wird. Sie erfordert zusätzlich präklinische und klinische Erfahrung. Dieser Aspekt sollte in der Definition der erforderlichen Expertise ausdrücklich enthalten sein. Diese erste Weiterbildung ist, sobald ausreichend Kapazitäten an geeigneten Hochschulen vorhanden sind, durch ein akademisches Qualifizierungsprogramm, basierend auf einem einheitlichen Rahmencurriculum für Hochschulen auf DQR 6-Niveau, zu ersetzen.

Das Ziel besteht in der Befähigung zur eigenständigen fallabschließenden außerklinischen Akutversorgung mit intersektoraler Schnittstellenkompetenz, insbesondere in ambulanten, pflegerischen und psychoso-

zialen Kontexten [2]. Die Entwicklung eines gestuften Qualifikationssystems ermöglicht einen kompetenzorientierten, teilweise akademisierten und sektorenübergreifend vernetzten Rettungsdienst, der zur nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems und

adressatengerechten Versorgung der Patienten beitragen kann. Schnittstellen in andere Berufsgruppen und Qualifizierungspfade wie beispielsweise dem Physician Assistant sind zu prüfen und mitzudenken.

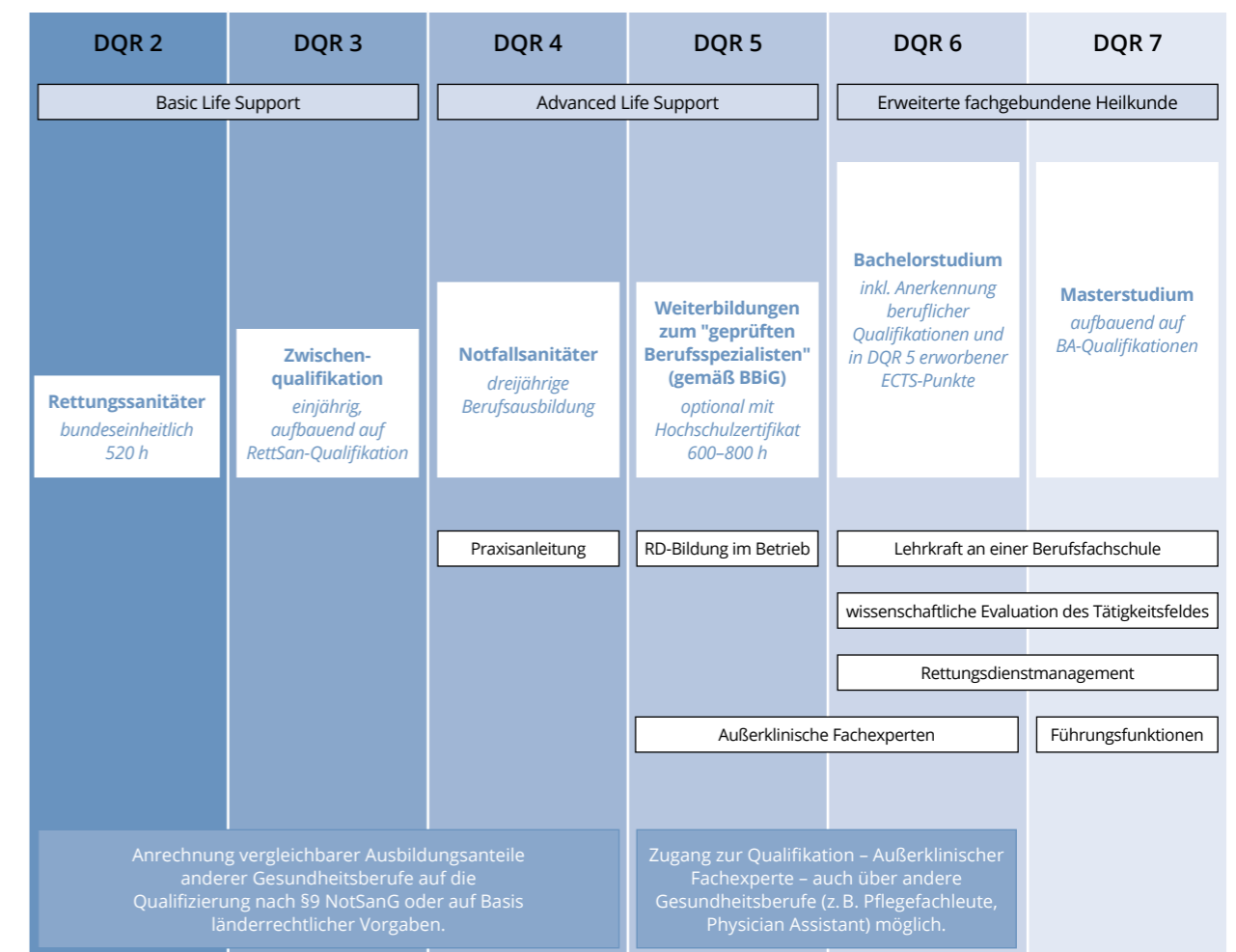


Abbildung 3: Gestuftes Qualifikationssystem im Rettungsdienst mit Bezug zur außerklinischen Akutversorgung. Eigene Darstellung.

## EMPFEHLUNG 10:

→ Ein Lernfeld „niedrigprioritäre Einsätze“ ist in die NotSan-Ausbildung einzuführen.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (APRV-NotSan) muss um ein Lernfeld „Mitwirken bei der Einschätzung von Patienten in nicht-akuten Einsatzsituationen“ erweitert werden. Dieses umfasst 120 Unterrichtseinheiten schulische Ausbildung und 80 Stunden Praktikum in der außerklinischen Versorgung. Dabei ist in der Überarbeitung des Curriculums und ggf. zu streichender Inhalte bzw. Stunden darauf zu achten, dass die notfallmedizinische Kompetenzentwicklung adäquat berücksichtigt bleibt. Die curriculare Integration dieses Moduls stärkt jedoch die Fähigkeit von Notfallsanitätern, nach Abschluss der Berufsausbildung Patientinnen und Patienten mit niedrigprioritären Hilfeersuchen besser einzuschätzen und neue Versorgungsformen, etwa den „Außerklinischen Fachexperten“, in der Versorgungskette einbinden zu können. Dies ist aus unse-

rer Sicht auch nur möglich, wenn man Patientenverläufe auch außerhalb der kurzzeitigen Akutversorgung kennen lernen kann, um einen Eindruck über weitere Verläufe und mögliche Komplikationen überhaupt absehen zu können. Auch der Einsatz digitaler Ersteinschätzungssystemen wie etwa SmED, kann für den Einsatz im Regelrettungsdienst unterstützende sinnvoll sein.

Die eigenverantwortliche fallabschließende Versorgung ist nicht Ziel dieser curricularen Ergänzung, sondern die Anpassung der APRV-NotSan an die aktuelle Einsatzrealität. Der Fallabschluss vor Ort – insbesondere ohne Mittel der klinischen Diagnostik – stellt eine Herausforderung dar, bedarf theoretischer und praktischer Kompetenzen und muss in einer erweiterten Zusatzausbildung (siehe Empfehlung 11) berücksichtigt sein.



## EMPFEHLUNG 11:

→ Ein akademisches Qualifikationsprofil „Außerklinischer Fachexperte“ (DQR 6) ist gesetzlich zu verankern.

Für die fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze ist eine akademische Weiterqualifizierung „Außerklinischer Fachexperte“ auf dem DQR 6-Kompetenzniveau (Bachelor) gesetzlich zu verankern. Diese Qualifikation sollte, um die Verfügbarkeit von ausreichend Fachkräften zu gewährleisten, für mehrere Gesundheitsfachberufe erreichbar sein. Neben Notfallsanitäterinnen und -sanitätern verfügen insbesondere Pflegefachpersonen und Physician Assistants über eine geeignete berufliche Basis. Gegenwärtig besitzt keine dieser Berufsgruppen die Qualifikation zur eigenverantwortlichen außerklinischen Versorgung. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege hat der Gesetzgeber bereits durch eine entsprechende Kompetenzerweiterung reagiert, so dass zukünftig im Rahmen modularer Ausbildungskonzepte auch darauf bereits zurückgegriffen werden kann. Das Pflegekompetenzgesetz erweitert die heilkundlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen, sodass sie bestimmte medizinische Maßnahmen wie Wundversorgung oder Infusionen eigenverantwortlich durchführen dürfen. Zudem schafft es mit einem „Muster-Scope of Practice“ klare Kompetenzrahmen, die Rechtssicherheit über Verantwortungsbereiche bieten. Das Gesetz stärkt die Eigenverantwortung der Pflege und definiert sie deutlicher als eigenständige Heilprofession. Für den „fallabschließenden Einsatz“ z. B. als Gemeindenotfallsanitäter bedeutet dies insgesamt mehr Handlungsspielraum, klare Zuständigkeiten und eine stärkere Rolle in interprofessionellen Notfallstrukturen [28].



Ein verbindliches Rahmencurriculum sollte abhängig von der jeweiligen Grundqualifikation die fehlenden Inhalte zur eigenverantwortlichen fallabschließenden Versorgung sowie zur fachgebundenen Heilkunde (Substitution) ergänzen. Für diese Aufgabe ist eine Qualifikation erforderlich, die über eine vertiefte medizinische Expertise und einen erweiterten Ausbildungsumfang verfügt. Die bestehenden Ausbildungsprofile von Medizinischen Fachangestellten und Rettungsanitätern sind auf diese spezifischen Anforderungen nicht ausgerichtet.



Das Qualifikationsprofil „Außerklinischer Fachexperte“, das hier als Arbeitstitel eingeführt wird, erlaubt, kombiniert für den Rettungsdienst mit der Grundqualifikation Notfallsanitäter, sowohl einen Einsatz in rettungsdienstlichen Kontexten wie z. B. Gemeindenotfallsanitäter, als auch im Fahrdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Der Fahrdienst der KVen ist bisher als ärztliche Leistung konzipiert, gerät jedoch in einigen Bundesländern zunehmend unter Druck. Der ergänzende Einsatz durch außerklinische Fachexperten kann daher bei bestimmten Einsatzprofilen oder in Regionen mit begrenzter ärztlicher Verfügbarkeiten eine Alternative darstellen. Der Einsatz auf rettungsdienstlichen Einsatzmitteln ist jedoch Personen mit der Berufsausbildung Notfallsanitäter vorbehalten. Um anderen Gesundheitsfachberufen den Zugang zur Qualifikation „Außerklinische Fachexperten“ zu ermöglichen, sollten adäquate Einstiegspfade und individuelle Qualifikationsbedarfe für eine individuelle Weiterbildung, basierend auf den jeweiligen Grundkompetenzen der Berufe, definiert werden.

Dies bildet die Grundlage für ein gestuftes Berufsbild mit akademischer Perspektive und stärkt die Zukunftsfähigkeit des Rettungsdienstes (siehe Abbildung 3) [13] [25].

## EMPFEHLUNG 12:

### → Multiprofessionelle Einsatzrollen sind zu definieren und rechtlich abzusichern.

Die außerklinische fallabschließende Akutversorgung benötigt die Entwicklung erweiterter und im Selbstverständnis neuer Einsatzrollen, die diagnostische, pflegerische und psychosoziale Kompetenzen verbinden. Dazu gehören fallführende Notfallsanitäter mit erweiterter diagnostischer Qualifikation, bei Bedarf telemedizinisch angebundene ärztlichen Entscheidungsträger zur Unterstützung, sowie Schnittstellenrollen im sozial- und palliativmedizinischen Bereich.

Im Rahmen der schulischen Weiterbildung (DQR 5) ist die Ausübung der fachgebundenen Heilkunde unter Delegation eines verantwortlichen ärztlichen Leiters möglich. Mit akademischem Abschluss (DQR 6) erfolgt die Tätigkeit auf Substitutionsbasis. Die aktuellen Entwicklungen in der Physiotherapie und Pflege können dafür als Vorbilder dienen. Die Rollen sind bundesweit zu definieren und im SGB V als abrechenbare Leistungen zu verankern, um die Implementierung zu sichern [27].



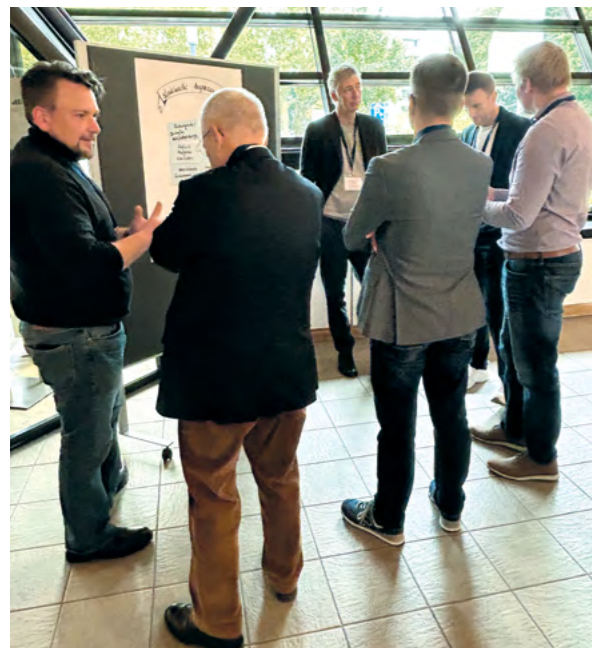
Die Einführung einer außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung markiert einen Paradigmenwechsel in der Notfall- und Akutversorgung und bietet dazu zahlreiche Perspektiven. Sie kann nur gelingen, wenn ihre Zielsetzung politisch legitimiert, strukturell verankert und rechtlich abgesichert wird. Erforderlich sind ein einheitliches Gesundheitsleitsystem, klare Priorisierungs- und Qualitätsstandards sowie ein rechtlich geregeltes Leistungsportfolio im SGB V.

### Entscheidend wird die Qualifikation des Fachpersonals sein:

Ein gestuftes Ausbildungs- und Weiterbildungssystem, das Notfallsanitäter, Pflegefachpersonen und Physician Assistants befähigt, sektorenübergreifend zu handeln, bildet die Grundlage. Gelingt diese Integration, kann eine außerklinische fallabschließende Akutversorgung die Brücke zwischen Rettungsdienst, ambulanter Versorgung und sozialer Daseinsvorsorge schlagen und zu einer nachhaltigen Entlastung des gesamten Versorgungssystems beitragen.

## EMPFEHLUNG 13:

### → Neue außerklinische Versorgungsformen und Rollen sind in ihrer Finanzierung und Anerkennung sicherzustellen.



Für Implementierung und Verstetigung ist eine dauerhafte Finanzierung des Rettungsdienstes und neuer außerklinischer Versorgungsformen als eigenständiges Leistungssegment gemäß SGB V notwendig. Weiterhin ist die bundesweite Anerkennung der Weiterbildung notwendig, um Vergleichbarkeit und berufliche Mobilität zu gewährleisten. Damit wird die fallabschließende Versorgung als integraler Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge verankert [2].

Die Implementierung und Verstetigung dieser Qualifikationen erfordert eine dauerhaft gesicherte Finanzierung als eigenständiges Leistungssegment nach SGB V analog zu pflegerischen Fachweiterbildungen. Darüber hinaus ist eine bundesweite Anerkennung der Weiterbildung nötig, um Vergleichbarkeit und berufliche Mobilität zu gewährleisten. Damit wird die fallabschließende Versorgung als integraler Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge verankert.



Foto (von links nach rechts): Ch. Lackner, J. Pemmerl, M. Holder, F. Bergmann, Ch. Tögel, Ch. Wrede, I. Seeger, H. Sander, S. Koch, B. Landsleitner, P. Dahlmann, F. Reifferscheid, S. Prückner, M. Schmidt, C. Werkmeister, H. Regener, T. Malysch, K. Enke, D. Hinzmann, K. Meyer, J. Gottschalk, T. Prescher, Ch. Redelsteiner, K. Runggaldier, F. Flake, D. Hahnen, M. Lechner, H. Dormann, C. Kemp

### **Klaus Meyer**

Geschäftsführer und Direktor, Institut für notfallmedizinische Bildung INOB, Wissenschaftlicher Koordinator TTZ Stein – Hochschule Ansbach und Präsident – Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)

### **Prof. Dr. med. Harald Dormann**

Wissenschaftlicher Direktor, Institut für notfallmedizinische Bildung und Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Klinikum Fürth, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.

### **Prof. Dr.-Ing. Sascha Müller-Feuerstein**

Wissenschaftlicher Direktor, Institut für notfallmedizinische Bildung und Präsident der Hochschule für angewandte Wissenschaft Ansbach

### **Prof. Dr. habil. Thomas Prescher**

Fachbereichsleiter Pädagogik, Institut für notfallmedizinische Bildung und Professor für Didaktik in den Gesundheitsberufen, FH Münster, Vize-Präsident – Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)

### **Dr. med. Frank Bergmann**

Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein distanziert sich ausdrücklich von den Ergebnissen dieses Papiers. Die darin vertretenen Schlussfolgerungen und Positionen entsprechen nicht der Haltung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und werden von ihr nicht getragen.

### **Prof. Dr. med. Viktoria Bogner-Flatz**

Ärztliche Direktorin und Chefarztin der Zentralen Notaufnahme, Klinikum Ebersberg München-Ost, Ärztliche Bezirksbeauftragte Rettungsdienst Oberbayern West der Regierung von Oberbayern

### **Dr. Philipp Dahlmann**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fakultät Angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf

### **Kersten Enke**

Akademieleiter, Johanniter-Akademie Niedersachsen/Bremen, Präsident – Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)

### **Frank Flake**

1. Vorsitzender, Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD), Leiter Rettungsdienst Landkreis Oldenburg

### **Marc Gistrichovsky**

Abteilungsleiter Integrierte Leitstelle, Stadt Nürnberg – Feuerwehr und Vorsitzender Fachverband Leitstellen e. V.

### **Bernhard Gliwitzky**

FERC, Geschäftsführender Gesellschafter MegaMed GbR, Maikammer, Geschäftsführer, GRC Akademie GmbH, Bellheim und 2. Sprecher der Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der DIVI

### **Johannes Gottschalk**

Referatsleiter Bildung, Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Regensburg

### **Sebastian Habicht**

Fachbereichsleiter Rettungswesen, Institut für notfallmedizinische Bildung, Bereichsleiter Bildung, Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e.V. und Geschäftsführer TTZ Stein, Hochschule Ansbach

### **Dominik Hahnen**

Schulleiter, Malteser Hilfsdienst e.V., Bildungszentrum Euregio

### **PD Dr. med. Dominik Hinzmann**

Bereichsoberarzt prä- und innerklinische Notfallversorgung, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum der Technischen Universität München – Rechts der Isar

### **Claus Kemp**

Bezirksgeschäftsführer Malteser Hilfsdienst gGmbH, Bildungszentrum HRS

### **Prof. Dr. rer. medic. Sebastian Koch**

Professor für Interdisziplinäre vernetzte Gesundheitsforschung am Fachbereich Gesundheit und Pflege, Ernst-Abbe-Hochschule Jena

### **Prof. Dr. med. Christian K. Lackner**

Vorstandsvorsitzender, Claus-Enneker Stiftung

### **Prof. Dr. med. Bernd Landsleitner**

Fachbereichsleiter Rettungswesen, Institut für notfallmedizinische Bildung und wissenschaftliche Leitung TTZ Stein, Hochschule Ansbach

### **Marc Lechner**

Fachbereichsleiter Landrettung, Forschung und Entwicklung, BRK Landesgeschäftsstelle München

### **Dr. med. Tom Malysch**

Ärztlicher Leiter Institut für Rettungsmedizin, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel und stellv. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Stadt Brandenburg an der Havel

### **Josef Pemmerl**

Leiter Rettungsdienst Bayern und Betriebsleiter, Malteser Rettungsdienst gGmbH Landesgeschäftsstelle Bayern

### **PD Dr. med. Stephan Prückner**

Geschäftsführender Direktor, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), LMU Klinikum München

### **FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. Ph**

#### **Dr. Christoph Redelsteiner**

M. Sc., Sozialarbeiter, Gesundheitswissenschaftler, Notfallsanitäter-NKI, Universität Krems, Dozent an Hochschulen und Universitäten

### **Helge Regener**

Geschäftsführer, SIRMED Schweizer Institut für Rettungsmedizin AG

### **Dr. med. Florian Reifferscheid**

Vorstandsvorsitzender der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND e.V.

### **Prof. Dr. Klaus Runggaldier**

Dekan der Fakultät Gesundheitswissenschaften und Professur für Medizinpädagogik, MSH Medical School Hamburg

### **Dr. rer. medic. Henning Sander**

Schulleiter RKiSH-Akademie, Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) gGmbH, Vize-Präsident – Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)

### **Mirjam Schmidt**

Geschäftsführerin und Direktorin, Institut für notfallmedizinische Bildung und Leiterin der Klinikum Fürth Akademie

### **Dr. rer. medic. Insa Seeger**

stellvertretende Geschäftsführung, Großleitstelle Oldenburger Land

### **Christoph Tögel**

stellv. Schulleiter, Bildungszentrum DRK Rettungsdienst Mittelhessen

### **Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried**

Vorstandsvorsitzender, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

### **Prof. Dr. habil. Clemens Werkmeister**

Academic Representative Bayern der SRH University of Applied Sciences

### **Prof. Dr. med. Christian Wrede**

Chefarzt Interdisziplinäres Notfallzentrum, Helios Klinikum Berlin-Buch und Professor für interdisziplinäre Notfallmedizin, MSB Medical School Berlin, Vizepräsident der DGINA Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin

**[1]** Meyer K, Dormann H, Prescher T (2023) Fürther Gespräche: Expertenforum für den Rettungsdienst mit Forderungen an Politik und Gesellschaft. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9>

**[2]** Meyer, K., Dormann, H., Reifferscheid, F. et al. (2024) Notfallreform konkret: Handlungsempfehlungen der „Fürther Gespräche“ zur zukunftsfähigen Professionalisierung im Rettungsdienst. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01400-8>

**[3]** BMG (2025) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Erreichbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuVN/RefE\\_Notfallreform.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuVN/RefE_Notfallreform.pdf), Stand: 17.11.2025.

**[4]** Dahlmann P., Burgmaier, M., Flake F. et al. Wie vorbeugender Rettungsdienst den Anforderungen der Zukunft begegnen kann. Heilberufe Science, Springer Verlag 2025, <https://doi.org/10.1007/s16024-025-00439-y>

**[5]** DGINA (2023) DGINA kommentiert Empfehlungen der Regierungskommission zu Rettungsdienst und Finanzierung. Erreichbar unter: <https://www.dgina.de/aktuelles/kommentar-rd-9-expertenkommission>, Stand: 24.10.2025.

**[6]** Nolting, H.-D., Ochmann, R. & Zich, K. (2021) Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung (Hg.), Stuttgart. Erreichbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>, Stand: 12.04.2024, S. 31ff.

**[7]** Bölt, U., Nemitz, S., Schelhase, T. & Schirrmacher, H. (2024) Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Sozialbericht 2024. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 305-313. Erreichbar: [https://www.bpb.de/system/files/dokument\\_pdf/8.1.pdf](https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/8.1.pdf), Stand: 22.09.2025, S. 305f.

**[8]** Seeger, I., Klausen, A., Thate, S. et al. (2021) Gemeindefallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Notfall Rettungsmed 24:194–202. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>, S. 196.

**[9]** Leutgeb, R., Nau, L.M., Altiner, A. et al. (2025) Ersteinschätzung der Dringlichkeit von Rettungseinsätzen – Erkenntnisse nach einer Pilotstudie. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01613-5>, S. 2.

**[10]** Dax, F., Trentzsch, H., Lazarovici, M. et al. (2023). Ambulance deployment without transport: a retrospective difference analysis for the description of emergency interventions without patient transport in Bavaria. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 31, 93, <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01159-w>.

**[11]** Stöckel, M. (2022) Wenn Notärzte als Hausärzte erhalten müssen. Bericht im Deutschlandfunk vom 5.12.2022 <https://www.deutschlandfunkkultur.de/ambulante-gesundheitsversorgung-hausarzt-notarzt-100.html>, Stand: 18.09.2025.

**[12]** Kruk M.E., et al. (2018) High quality health systems in the Sustainable Development Goals era, In: The Lancet. 6:1196-1252. Erreichbar unter: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930386-3>, Stand 22.09.2023, S. 1202.

**[13]** Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024) Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Erreichbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Regierungskommission\\_10te\\_Stellungnahme\\_Ueberwindung\\_der\\_Sektorengrenzen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf), Stand: 12.05.2025.

**[14]** Stolfried, D. von (2025) Fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze im Rettungsdienst: Überlegungen aus Sicht des Zi. Vortrag auf dem Expertenforum Fürther Gespräche am 17.09.2025, Fürth, S. 6.

**[15]** Herr, D., Bhatia, S., Breuer, F. et al. (2023) Increasing emergency number utilisation is not driven by low-acuity calls: an observational study of 1.5 million emergency calls (2018–2021) from Berlin. BMC Med 21, 184:21. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02879-7>

**[16]** Wnent, J., Bandlow, S., Renner, HJ. et al. (2023) Rettungsdienststrukturen neu denken – Ergebnisse der Expertenworkshops „Logistik in der präklinischen Notfallversorgung“. Notfall Rettungsmed <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01248-4>, S. 2f.

**[17]** Drucksache 20/13166 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung; Erreichbar unter: Deutscher Bundestag Drucksache 20/13166 Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung; Stand: 02.10.2024

**[18]** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2025): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). Erreichbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/), Stand: 24.10.2025.

**[19]** Krafft, T., Neuerer, M., Böbel, S. & Reuter-Opermann, M. (2022) Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden. Erreichbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/PicturePark/2022-12/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/PicturePark/2022-12/Studie_Notfallversorgung.pdf), Stand: 24.10.2024.

**[20]** Frahm, W., Jansen, C., Katzenmeier, C. et al. (2018) Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven. MedR 36:447–457. <https://doi.org/10.1007/s00350-018-4957-1>

**[21]** Herrmann et al. (2024). DEMAND – Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand ~Managements in der ambu-

lantent Notfallversorgung. Erreichbar unter: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/514/2024-01-19\\_DEMAND\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/514/2024-01-19_DEMAND_Ergebnisbericht.pdf), Stand: 10.11.2025.

**[22]** Fischer-Rosinsky A, et al. (2023). INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland.. Erreichbar unter: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/426/2023-06-30\\_INDEED\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/426/2023-06-30_INDEED_Ergebnisbericht.pdf), Stand: 10.11.2025.

**[23]** International Roundtable on Community Paramedicine; Erreichbar unter: <https://ircp.info/>, Stand: 26.10.2025.

**[24]** Breuer, F., Pommerenke, C., Wollenhaupt, L. et al. (2020) Vorkommen von Frequent Usern und Frequent Callern in einem großstädtischen Rettungsdienst: Indikatoren eines unzureichenden Gesundheits- und Sozialsystems?. Notfall Rettungsmed 23:122–131. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0600-6>

**[25]** Gottschalk J. et al. (2024) Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll?, Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1>

**[26]** Hjalmarsson A, Wadman M, Lindström V, et al. (2020) Competence-based qualification frameworks for emergency medical services: a Scandinavian perspective. BMC Emerg Med. 20:56.

**[27]** Dahmen J. et. A., 2025 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (NotfallG), Deutscher Bundestag, <https://dserver.bundestag.de/btd/21/022/2102214.pdf>, Stand: 25.10.2025.

**[28]** BMG (2025): Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Erreichbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugnisserweiterung-entbuerokratisierung-pflege.html>, Stand: 24.11.2025.

Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung gGmbH

Deutenbacher Straße 1  
90547 Stein

Geschäftsführer:  
Klaus Meyer, Mirjam Schmidt

[www.inob.org](http://www.inob.org)



**Institut für  
notfallmedizinische  
Bildung**