Neuordnung der aufsuchenden Notfallversorgung

Optimierung der Schnittstellen zwischen kassenärztlichem Fahrdienst und Rettungsdienst



BertelsmannStiftung

Impressum
© Bertelsmann Stiftung
März 2026

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Dr. Jan Böcken
Dr. Christian Schilcher

Autor
Dr. Matthias Gruhl

Zitationshinweis
Gruhl, Matthias (2026), Neuordnung der aufsuchenden Notfallversorgung: Optimierung der Schnittstellen zwischen kassenärztlichem Fahrdienst und Rettungsdienst. Hrsg. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Lektorat
Paul Kaltefleiter

Layout
Dietlind Ehlers

Bildbachweis
© DragonImages – stock.adobe.com

Neuordnung der aufsuchenden Notfallversorgung

Optimierung der Schnittstellen zwischen kassenärztlichem Fahrdienst und Rettungsdienst

Matthias Gruhl

Inhalt

Zusammenfassung 6

1 Einleitung 8

2 Ausgangslage 10
2.1 Veränderte Gegebenheiten im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst) 10
2.2 Veränderte Gegebenheiten im Rettungsdienst 12

3 Vorbemerkungen zum Zielbild 14

4 Vorschlag zum koordinierten Vorgehen bei Low-Code-Notfällen 15

5 Notwendige Anpassungen 20
5.1 Zusätzliche Qualifikation für Gesundheitsfachpersonal notwendig 20
5.2 Ärztliche Leichenschau außerhalb des Notdienstes darstellbar 21
5.3 Ärztliche Besetzung des Fahrdienstes nicht zwingend 22
5.4 Bedarf an spezialisierter Unterstützung des Fahrdienstes absichern 22
5.5 Rechtliche Klärung zur Delegation bzw. Ausübung der Heilkunde geboten 22
5.6 Keine neuen Player in die Notfallversorgung einführen 23
5.7 Organisatorische und finanzielle Auswirkungen beachten 23

6 Zeitliche Perspektive 24

Abkürzungsverzeichnis 25

Zusammenfassung

Sowohl die Rettungsdienste als auch die Kassenärztlichen Bereitschaftsdienste versorgen zunehmend eine ähnliche Gruppe von Notfällen. Hilfeersuchen von niedriger Komplexität und geringer Dringlichkeit (Low-Code-Fälle), die meist zum hausärztlich-internistischen oder geriatrischen Formenkreis gehören, werden vermehrt an die Rettungsdienste gerichtet. Dieses Spektrum von Hilfeersuchen hat eine große Schnittmenge mit den Patientinnen und Patienten, die vom aufsuchenden Dienst des Bereitschaftsdienstes behandelt werden. Eine Überleitung zwischen den beiden Institutionen erfolgt – außer in Berlin – nicht systematisch.

Als Reaktion auf die steigende Zahl von Low-Code-Fällen entwickeln die Rettungsdienste auf diese Klientel zugeschnittene effiziente spezifische Einsatzmöglichkeiten – z. B. mit dem Berufsbild der Gemeindenotfallsanitäterin bzw. des Gemeindenotfallsanitäters –, um ihre Kernaufgaben weiter wahrnehmen zu können.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst, insbesondere der aufsuchende Dienst, kann regional aufgrund des Mangels an grundversorgenden hausärztlichen Kapazitäten besonders in ländlichen Regionen z. T. nur mit großer Anstrengung besetzt werden. Die vermehrte Beanspruchung der niedergelassenen Ärzteschaft für den ärztlichen Bereitschaftsdienst mindert zudem die Attraktivität einer Niederlassung in der vertragsärztlichen Versorgung. Zusätzlich beabsichtigt der Gesetzgeber, den Kassenärztlichen Notdienst im Rahmen des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus auf eine 24/7-Präsenz auszuweiten.

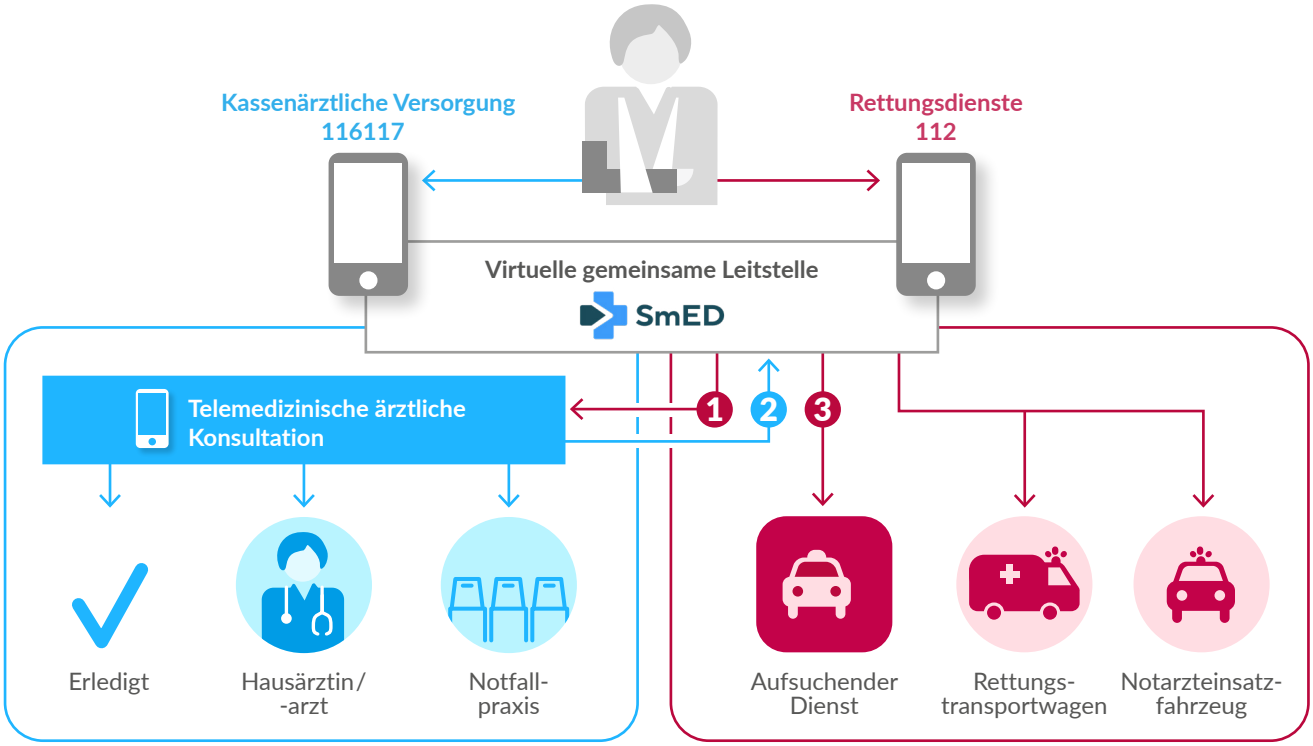
Insofern ist eine doppelte und oft unabgestimmte Vorhaltung von aufsuchenden Diensten für identische Notfallersuchen nicht mehr leistbar und auch nicht zu rechtfertigen.

Mit der vorgelegten Expertise eines Panels aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Rettungsdiensten wird untersucht, unter welchen Rahmenbedingungen die aufsuchenden Dienste der KVen mit den rettungsdienstlichen Angeboten zur Behandlung von Hilfeersuchen im Low-Code-Bereich zusammengeführt werden können.

Dabei werden u. a. die ersten Erfahrungen aus einem Modellversuch der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen herangezogen, die den aufsuchenden Dienst extern vergeben und z. T. mit fortgebildeten Gesundheitsfachberufen besetzt hat.

Es wird ein Zielbild formuliert, in dem durch die rettungsdienstlichen Ersteinschätzungssysteme der Rettungsdienste identifizierte Low-Code-Fälle an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet werden, die das bundesweit einheitliche SmED-Verfahren auf diese Fälle anwenden. Soweit notwendig, wird den Hilfesuchenden als erste Versorgungslinie ein telemedizinisches (telefonisches und/oder Video-unterstütztes) ärztliches Gespräch angeboten. Damit können nach den Erfahrungen des niedersächsischen Modellversuches 70 Prozent der Hilfeersuchen abschließend geklärt werden. Falls ein Vor-Ort-Besuch angezeigt ist, kann dieser durch die kooperierenden Rettungsleitstellen im Auftrag der KV disponiert werden. Eigens für diese Klientel weiterqualifiziertes (akademisches) Fachpersonal (vorzugsweise Notfallsanitäterinnen und -sanitäter B. Sc.) übernimmt den Besuchsdienst. Eine teleärztliche Anbindung an grundversorgende Fachdisziplinen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt das Gesundheitsfachpersonal während des Einsatzes bei Bedarf. Aus Modellversuchen ist bekannt, dass 70 bis 90 Prozent der durch Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitäter aufgesuchten Notfälle abschließend behandelt werden können. Als Ultima Ratio erfolgt, in einem reduzierten Umfang gegenüber der aktuellen Praxis, die Organisa-

ABBILDUNG 1: **Zuführung zum aufsuchenden Dienst (Fahrdienst) für niedrigprioritäre Hilfeersuchen**



Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

tion eines Krankentransportes in eine ambulante oder – falls zwingend – stationäre Weiterversorgung.

Um dieses Zielbild zu realisieren, bedarf es mehrerer Voraussetzungen. So sind die notwendigen definitorischen Klärungen bzw. die verbindlichen strukturellen und prozessorientierten Abläufe zwischen beiden Diensten möglichst bundeseinheitlich festzulegen und zwischen den einzelnen Partnern auf Landesebene an die lokalen Gegebenheiten angepasst umzusetzen. Die KV Niedersachsen zeigt, dass durchaus regionale Lösungen umsetzbar sind. Die heutige z. T. sehr kleinteilige Struktur der Rettungsdienste ist für diese eine übergreifende und einheitlich abgestimmte Umsetzung nicht hilfreich.

Des Weiteren ist ein einheitliches Berufsbild (s. o.) zu definieren, das – in Anlehnung an ausländische Vorbilder – die abschließende Vor-Ort-Versorgung für die genannten Hilfeersuchen fachlich-qualitativ und rechtlich selbstständig übernehmen wird. Hierzu sind wichtige inhaltliche Vorarbeiten in Bayern eingeleitet worden.

Ein Großteil der ärztlich besetzten aufsuchenden Einsätze wird, insbesondere im ländlichen Raum, durch die ärztliche Leichenschau gebunden. Sie ist nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Diese privatärztliche Tätigkeit kann, so zeigen bisherige Erfahrungen, profitabel und eigenständig außerhalb des Kassenärztlichen Notdienstes organisiert werden. Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass eine ärztliche Besetzung des aufsuchenden Dienstes künftig grundsätzlich nicht mehr bedarfsnotwendig ist, wenn die o. a. alternativen Voraussetzungen gegeben sind.

Die Umsetzung von bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen erfordert unter Berücksichtigung der veränderten Zuständigkeiten eine Bereinigung der finanziellen Bedarfe für die beteiligten Institutionen. Es ist zu erwarten, dass durch den Wegfall von Doppelstrukturen zumindest eine Kostenneutralität möglich ist.

Mit der jüngst erneut eingeleiteten Reform der Notfallversorgung besteht aktuell die Chance, die Weichen für diese ressourcensparende Neuordnung zu stellen. Falls dies nicht gelingt, sind weitere Kostensteigerungen und eine Angebotsreduzierung zu befürchten – inklusive eines entsprechenden Skandalisierungspotenzials für populistische Kräfte in der Versorgung von Notfällen.

1 Einleitung

In der letzten Legislaturperiode konnte eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungswesens nach der ersten Lesung im Bundestag aufgrund der verkürzten Legislaturperiode im Gesundheitsausschuss nicht abschließend beraten werden. Eine Wiederaufnahme des unterbrochenen Gesetzgebungsprozesses erfolgte im November 2025 durch einen Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und einen Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN.
Ziel war und bleibt es, die zahlreichen Schnittstellen zwischen den drei beteiligten Institutionen in der Akut- und Notfallversorgung zu einem gemeinsamen und abgestimmten Prozess zusammenzuführen. Dazu konnte vorab ein grundsätzlicher fachlicher Konsens gefunden werden. Die Bertelsmann Stiftung hat sich an diesem Prozess durch mehrere Gutachten und Expertisen ab dem Jahr 2022 beteiligt. Anregungen aus dem damaligen Positionspapier[1], wie die Einsetzung eines übergeordneten Gremiums zur standardsetzenden Festlegung von Rahmenempfehlungen, haben Eingang in den Gesetzgebungsprozess gefunden[2].

Durch die sich zunehmend verändernden Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Grundversorgung einerseits und durch ein sich veränderndes Anforderungsprofil an die Rettungsdienste andererseits rückt ein weiteres Spannungsfeld in den fachpolitischen Fokus: die Schnittstelle zwischen dem aufsuchenden vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst, die beide mit ähnlich gelagerten, meist hausärztlich-internistischen Hilfeersuchen konfrontiert werden. Eine Differenzierung nach Dringlichkeit und Komplexität gelingt vorab oft nicht abschließend. Sowohl in den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch in verschiedenen Rettungsdiensten werden strukturelle und prozessuale Veränderungen für die fachgerechte Versorgung dieser sich überlappenden Zielgruppen angedacht und eingeleitet. Mehrere Modellprojekte, wie die Einführung von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern in den Landkreisen Ammerland, Cloppenburg und Vechta sowie in der Stadt Oldenburg, wurden erfolgreich abgeschlossen. Beispielgebend ist auch die grundlegende Neuausrichtung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die im Juli 2025 flächendeckend in Kraft getreten ist.

1 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022): Neuordnung der Notfallversorgung – Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform. Gütersloh; https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Neuordnung_Notfallversorgung_lang.pdf (abgerufen am 03.12.2025)

2 § 133b des Referentenentwurfes eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung; Bearbeitungsstand: 05.11.2025

Die Bertelsmann Stiftung hat ein Panel von Expertinnen und Experten aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Rettungswesen gebeten, Überlegungen zur Optimierung der bisherigen Strukturen und Prozesse zu diskutieren. Beteiligt waren:

- Dr. Andreas Callies, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Bremen
- Birthe Heins, Senator für Inneres, Bremen, Referatsleiterin
- Sabrina Kühn, KV Westfalen-Lippe, Leiterin Patientenservice
- Dr. Tom Malysch, u. a. Ärztlicher Leiter des Instituts für Rettungsmedizin Brandenburg
- Klaus Meyer, AG Notfallmedizin Fürth, Vorstandsvorsitzender
- Peter Pfeiffer, KV Berlin, Hauptabteilungsleiter Sicherstellung
- Caroline Roos, KV Hamburg, stv. Vorstandsvorsitzende
- Dr. Burkhard Ruppert, KV Berlin, Vorstandsvorsitzender
- Thorsten Schmidt, KV Niedersachsen, stv. Vorstandsvorsitzender
- Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

- Moderation und Verschriftlichung: Dr. Matthias Gruhl (Staatsrat a. D.)

Die Inhalte der Expertise stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung einzelner Mitglieder des Panels dar. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt.

2
Ausgangslage

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Kassenärztlichen Notdienstes und des Rettungswesens erschweren eine Kooperation oder einen Leistungsübergang. Rechtlich, strukturell und finanziell arbeiten die vertragsärztlichen Notdienste und die Rettungsdienste nach getrennten Systematiken.[3] Hinzu kamen in den letzten Jahren externe und interne Entwicklungen, die für beide Dienste Veränderungsbedarf mit sich brachten.

2.1
Veränderte Gegebenheiten im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

Der Gesetzgeber regelt in § 75 Abs. 1b SGB V, dass „… der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst …“.

Alle weiteren gesetzlichen Erwähnungen zum Notdienst sind Soll- oder Kann-Vorschriften und gestatten den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland somit einen großen Gestaltungsspielraum. Die Bereitschaftsdienst-Ordnungen der KVen und die darauf beruhenden räumlichen, organisatorischen und vergütungstechnischen Vorgaben sind dementsprechend aufgrund der regionalen und historischen Gesichtspunkte unterschiedlich formuliert.

Alle Kassenärztlichen Vereinigungen bieten auf Basis der Verpflichtung in § 75 Abs. 1a SGB V über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 einen telefonischen Zugang zum Notdienst an, der mit einer einheitlichen standardisierten Methode zur medizinischen Ersteinschätzung (SmED) verbunden ist.

Es bestehen folgende Handlungsoptionen:

- Terminvermittlung in die Regelversorgung
- Telefonische (ggf. Video-unterstützte) vertragsärztliche Beratung (die von der Mehrzahl der KVen angeboten wird)
- Verweis an eine Bereitschaftsdienstpraxis (sogenannter Sitzdienst)
- Initiierung eines vertragsärztlichen Besuches („Fahrdienst“, aufsuchender Bereitschaftsdienst)

Der vertragsärztliche Besuch wird grundsätzlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte oder durch die von den KVen zugelassenen Ärztinnen und Ärzte („Poolärztinnen/-ärzte“) wahrgenommen.

In den meisten KVen sind alle Vertragsärztinnen und -ärzte (teilweise auch privatärztliche, ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte) verpflichtet, sich an dem Kassenärztlichen Notdienst (Sitz- und Fahrdienst) zu beteiligen. Befreiungsmöglichkeiten sind nur für wenige unabweisbare Tatbestände oder in Urlaubszeiten zulässig. Einige KVen können den Notdienst mit freiwilligen Meldungen aus der Vertragsärzteschaft oder durch Poolärztinnen und -ärzte (Ärztinnen oder Ärzte, die freiwillig am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, ohne vertragsärztlich tätig zu sein) sicherstellen.

Dieses Regelsystem des Notdienstes stößt vermehrt an seine Grenzen. Kritisch wird zunehmend die Besetzung des Fahrdienstes in ländlichen Regionen. Gründe dafür sind:

3 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022), a.a.O.

Fehlallokationen von Hilfeersuchen durch unstrukturierten Zugang

Hilfesuchende entscheiden selbst, ob sie sich beim Kassenärztlichen Notdienst (Rufnummer 116117), bei den Leitstellen der Rettungsdienste (Rufnummer 112) oder in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser vorstellen. Die unterschiedlichen Leistungsprofile der drei notfallversorgenden Anlaufpunkte sind entweder nicht bekannt oder werden möglicherweise wegen einer Fehleinschätzung des eigenen Anliegens nicht richtig ausgewählt. Hinzu kommt z. T. die Erwartungshaltung, durch die notdienstlichen Angebote schneller behandelt zu werden als in der Regelversorgung, auch wenn es sich nicht um ein akutes Notfallgeschehen handelt. Das Fehlen einer verbindlich bahnenden Ersteinschätzung, nicht hinreichende Gesundheitskompetenz und subjektive Fehlentscheidungen führen zu einer dysfunktionalen Belastung der Notdienste.

Personelle Limitationen

Die Vakanzen (haus-)ärztlicher Vertragsarztsitze nehmen zu – insbesondere in ländlichen, aber zunehmend auch in urbanen Regionen. Dadurch steigt die Arbeitsbelastung im Rahmen des Notdienstes für die verbleibenden Grundversorgungspraxen.

Die ärztliche Bereitschaft, sich vor diesem Hintergrund zusätzlich im Fahrdienst zu engagieren, nimmt ab.

Poolärztinnen und -ärzte stehen aufgrund einer höchstrichterlichen Entscheidung zurzeit nicht oder nur mit einer eigenen oder durch die Vertragsärzteschaft zu tragenden zusätzlichen finanziellen Belastung zur Verfügung. Eine mögliche rechtliche Klarstellung befindet sich in der parlamentarischen Beratung, umfasst aber noch nicht den gesamten Regelungsbedarf.

Die geplante Einführung von Primärarzt- oder Primärversorgungssystemen kann die Belastung der grundversorgenden Vertragsärztinnen und -ärzte zusätzlich steigern.

Junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugen eine Anstellung und machen die Freistellung vom Notdienst – soweit er in den KVen verpflichtend wahrgenommen werden muss – häufig zur Bedingung vor Aufnahme einer Praxistätigkeit. Ihr Verpflichtungssoll muss dann zusätzlich von den Praxisinhaberinnen und -inhabern übernommen werden.

Der aktuelle Gesetzentwurf greift die Präzisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen aus den Vorfassungen auf. Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus auf eine 24/7-Präsenz ausgeweitet. Sollte diese Formulierung bestehen bleiben, würde die entsprechende Umsetzung einen höheren personellen Aufwand im ärztlichen aufsuchenden Dienst als bislang erfordern. Bisher ist der aufsuchende Dienst nur in wenigen KVen auch während der Sprechstundenzeiten disponibel.

Einschränkungen der Qualität der Versorgung

Wenn durch die verpflichtende Teilnahme von hoch spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten am Fahrdienst die notwendigen grundversorgenden Leistungen nicht sicher abgebildet werden können, sind Qualitätseinschränkungen zu erwarten.

Verbesserung der Attraktivität für eine kassenärztliche Tätigkeit

Die KVen haben zur Gewährleistung ihres Sicherstellungsauftrages ein hohes Interesse daran, insbesondere in weniger gut versorgten Regionen attraktive Arbeitsbedingungen (möglichst ohne Notdienste) für eine Niederlassung anbieten zu können, die den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte entgegenkommen.

Finanzielle und rechtliche Vorgaben beschränken die Spielräume für neue Modelle im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) beschränkt die Finanzierung von aufsuchenden Diensten auf die sprechstundenfreien Zeiten. Fragen der Organisationshaftung und der Freiheitsgrade von ärztlicher Delegation sind bei der Einbindung von externen Dienstleistern im aufsuchenden Dienst nicht geklärt.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen der Dienste erschweren eine Kooperation oder einen Leistungsübergang

Rechtlich, strukturell und finanziell arbeiten die vertragsärztlichen Notdienste und die Rettungsdienste nach getrennten Systematiken. So sind veränderte oder kooperative Leistungserbringungen immer mit der Notwendigkeit verbunden, aufwendig nach Sonderwegen zu suchen, soweit die rechtlichen Voraussetzungen eine Kooperation überhaupt ermöglichen.

2.2 Veränderte Gegebenheiten im Rettungsdienst

Die Aufgabe des Rettungsdienstes ist es, bei medizinischen Notfällen schnell qualifizierte Hilfe zu leisten, insbesondere lebensrettende Maßnahmen bei vital bedrohten Notfällen vorzunehmen und die Patientinnen und Patienten in geeignete Krankenhäuser zu transportieren.

Der Rettungsdienst ist in Deutschland unterschiedlich und oft kleinteilig organisiert. Der Zugang zu ihm erfolgt über ca. 320 Leitstellen. Ein internationaler Leitwert liegt bei einer Leitstelle pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner. Danach wäre Deutschland mit höchstens 80 Leitstellen effizient aufgestellt.

Der Rettungsdienst kann je nach Komplexität und Dringlichkeit des Hilfeersuchens unterschiedlich besetzte und bestückte Rettungsmittel einsetzen (Notarzteinsatzfahrzeug [NEF], Rettungstransportwagen [RTW], Notfallkrankentransportwagen [NKTW]). Weitere Interventionsmöglichkeiten (Telenotärztin oder -arzt, Aktivierung von Ersthelferinnen und -helfern oder der Einsatz von speziell ausgebildetem Personal für besondere Zielgruppen) werden zunehmend angeboten bzw. konnten durch Modellprojekte, wie z. B. den Einsatz von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern in der Region Oldenburg, ihre Effektivität und Effizienz in der Patientenversorgung belegen.[4, 5] Das Gemeindenotfallsanitäter-Modell wird in zahlreichen weiteren Ländern eingeführt und ausgebaut.[6]

Veränderung von Dringlichkeit und Komplexität bei Hilfeersuchen an die Rettungsdienste

Zusätzlich zu den früher überwiegend schweren oder vital bedrohenden Notfällen kommen heute vermehrt niedrigprioritäre, meist internistisch-geriatrisch oder allgemeinmedizinisch orientierte Hilfeersuchen (Low-Code-Fälle) auf den Rettungsdienst zu, die eine hohe Schnittmenge mit den Behandlungsanlässen des Fahrdienstes aufweisen. Expertinnen und Experten sprechen von mindestens 30 Prozent der Einsätze[7], die dieser Kategorie zuzuordnen sind. Es wird disku-

4 Vgl. Der Gemeindenotfallsanitäter: Ein Pilotprojekt der Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg; https://www.gemeindenotfallsanitaeter.de/ (abgerufen am 03.12.2025)

5 Vgl. aerzteblatt.de (02.08.2018): Sanitäter übernehmen Bereitschaftsdienste in Niedersachsen; https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96859/Sanitaeter-uebernehmen-Bereitschaftsdienste-in-Niedersachsen (abgerufen am 03.12.2025)

Infoportal Universität Oldenburg (24.02.2025): Notfall ist nicht gleich Notfall; https://uol.de/aktuelles/artikel/notfall-ist-nicht-gleich-notfall-10788 (abgerufen am 03.12.2025)

6 Hessen: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (2024): 11. Februar: Europäischer Tag des Notrufs 112. Pressemitteilung vom 09.02.2024; https://hessen.de/presse/europaeischer-tag-des-notrufs-112 (abgerufen am 03.12.2025)

Bremen: Bremische Bürgerschaft (2020): Der HanseSani: Ein Gemeinde-Notfallsanitäter für Bremen? Drucksache 20 /193 S, Mitteilung des Senats vom 16.06.2020; https://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp20/stadt/drucksache/D20S0193.pdf (abgerufen am 03.12.2025)

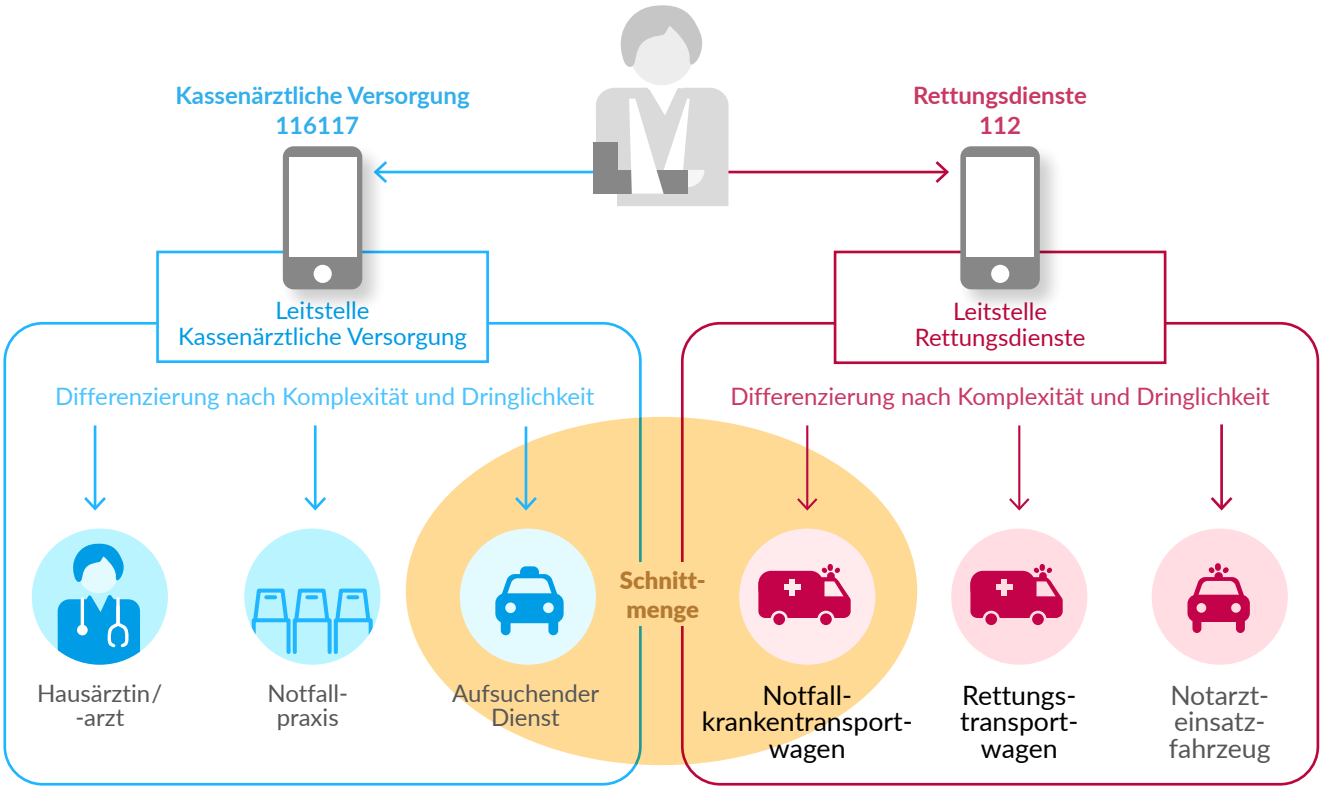
Sachsen-Anhalt: aerzteblatt.de (21.10.2025): Mehr Notfallsanitäter in Gemeinden und Telenotärzte in Sachsen-Anhalt geplant; https://share.google/9xOXFXpjPTU3GybP7 (abgerufen am 03.12.2025)

Bayern: Bayerischer Landtag (2024): Verbesserte Notfallversorgung durch Gemeinde-Notfallsanitäter. 19. Wahlperiode, Drucksache 19/1667 vom 10.04.2024, Änderungsantrag zum Haushalt 2024/2025; https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP19/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000001500/0000001534.pdf (abgerufen am 03.12.2025)

7 Vgl. 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. In: BMC Med 21, 184; https://doi.org/10.1186/s12916-023-02879-7

Vgl. Holzinger, F., Kümpel, L., Resendiz Cantu, R., et al. (2025): Could low-acuity emergency medical services patients be redirected to primary Code? Findings from a multi-center survey in Berlin, Germany. In: BMC Emerg Med 25, 138; https://doi.org/10.1186/s12873-025-01295-9

ABBILDUNG 2: **Schnittmenge der Hilfeersuchen an den vertragsärztlichen Notdienst und an die Rettungsdienste**



Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

tiert, ob die Zunahme dieser niedrigprioritären Fälle bei den Rettungsdiensten mit einer Ausdünnung der vertragsärztlichen Grundversorgung zusammenhängt.[8] Die daraus erwachsenden Einsätze binden ineffizient Ressourcen zulasten der eigentlichen rettungsdienstspezifischen Funktionen. Sie werden meist nicht an die vertragsärztliche Versorgung abgegeben.

Bedarf zur Anpassung der Kompetenzprofile des rettungsdienstlichen Personals

Alle rettungsdienstlichen Berufsprofile sind auf die Bewältigung vital bedrohlicher Szenarien ausgerichtet. Notfallsanitäterinnen und -sanitätern (NFS) wurden in der letzten Legislaturperiode erweiterte Optionen zur Ausübung der Heilkunde eingeräumt. Diese beziehen sich ausdrücklich nur auf lebenserhaltende Maßnahmen. Für eine Behandlung niedrigprioritärer Notfälle mit internistischem Bezug werden NFS nicht vorrangig ausgebildet. Ein Bedarf für entsprechende Weiterbildung wird aber von den Fachgesellschaften und Ausbildungsstätten anerkannt.

8 Vgl. aerzteblatt.de (27.11.2025): Landkreise warnen vor Leitstellenfusion in Sachsen-Anhalt (Abs. 9 des Artikels); https://www.aerzteblatt.de/news/landkreise-warnen-vor-leitstellenfusion-in-sachsen-anhalt-cb8ee078-ff60-4040-8bf0-658e8a64e6f2?utm_medium=email&utm_source=CR&utm_campaign=NL-DAE_Tagesaktuelle-Nachrichten&utm_content=Mailing_20251127 (abgerufen am 03.12.2025)

3
Vorbemerkungen zum Zielbild

Hilfesuchende bei einem akuten Notfallgeschehen sollen zu jeder Zeit eine dem medizinischen Bedarf angemessene medizinische Versorgung erhalten. Soweit es sich um akute notdienstliche Hilfeersuchen mit niedriger Komplexität und ohne zeitkritische Dringlichkeit bzw. ohne vitale Bedrohung handelt, sind diese von Notdiensten der KVen und von den Rettungsdiensten kooperativ und funktional abgestimmt zu lösen. Dies umfasst, wenn geboten, auch eine Versorgung am Aufenthaltsort der oder des Hilfesuchenden. Der aufsuchende Dienst soll vorrangig von den Rettungsdiensten mit zusätzlich qualifizierten NFS übernommen werden. Die Ausgestaltung dieser gemeinsam abgestimmten Prozesse kann je nach regionalen Gegebenheiten variieren. Eine doppelte Vorhaltung bei der Fallsteuerung und von aufsuchenden Diensten ist künftig zu vermeiden.

Erste Vorbemerkung

Der Einsatz des Notfalldienstes erfolgt nach fachlichen Gesichtspunkten unter sparsamer Nutzung der vorhandenen Alternativen. Anliegen, die in der Regelversorgung lösbar sind, sollten im Sinne der größtmöglichen Systemeffizienz nicht in den aufwendigeren notdienstlichen Bereich geleitet werden.

Zweite Vorbemerkung

Zwischen den Aufgaben der Kassenärztlichen Notdienste bzw. der Rettungsdienste einerseits und der ambulanten Regelversorgung andererseits besteht eine reziproke Wechselwirkung. Ein eingeschränkter Zugang zur Regelversorgung hat Auswirkungen auf die Frequentierung der Notdienste. Optimal und zu jeder Zeit verfügbare Notdienste könnten die Inanspruchnahme der Regelversorgung beeinträchtigen. Deshalb ist klarzustellen, dass es sich bei den Notdiensten stets um ein subsidiäres Versorgungsangebot handelt, wenn die Regelversorgung nicht greift. Es gilt das Primat der Regelversorgung. Insofern ist jegliche Veränderung in der Struktur, der Erreichbarkeit und der Responserate der Notdienste daraufhin zu überprüfen, welche Auswirkungen sie auf die Regelversorgung hat. Dies ist im besonderen Maße bei einer Ausweitung des notdienstlichen Angebots über die sprechstundenfreie Zeit hinaus zu beachten.

Dritte Vorbemerkung

Die Verantwortung der vertragsärztlichen Regelversorgung umfasst auch die Pflicht, Hausbesuche abzustatten. Dies gilt sowohl für die Grundversorgung als auch für spezialversorgende Vertragspraxen. Sollte sich die regional unterschiedlich ausgeprägte Tendenz, dass Praxen nicht mehr durchgängig Hausbesuche anbieten und damit Patientinnen und Patienten von der Regelversorgung zumindest temporär ausgeschlossen werden, beobachtbar verstärken, widerspricht dies dem hausärztlichen Versorgungsauftrag und ist auf gebührenrechtliche Auswirkungen zu prüfen. Die Durchführung von Hausbesuchen gilt als ein Kriterium für die Abrechenbarkeit von Vorhaltepauschalen für Hausarztpraxen.

Vierte Vorbemerkung

Nur wenige KVen halten einen aufsuchenden Fahrdienst während der Sprechstundenzeiten vor. Insofern ist die institutionsübergreifende Ausgestaltung von aufsuchenden Angeboten zwischen Sprechstundenzeiten und sprechstundenfreien Zeiten zu differenzieren.

4
Vorschlag zum koordinierten Vorgehen bei Low-Code-Notfällen

Im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom November 2025 wird, wie schon in der Vorgängerversion, in § 75 Abs. 1b (neu) Folgendes vorgeschlagen: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme [aufsuchender Dienst; Ergänzung des Autors] qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. … Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen.“

Ferner wird an dieser Stelle (Satz 7) auf den § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V verwiesen. Demnach müssen die Partner der Bundesmantelverträge bestimmen, welche Personen diese Hilfeleistungen erbringen dürfen, die von Ärztinnen und Ärzten angeordnet werden und von diesen zu verantworten sind.

Diese Regelung nach § 75 Abs. 1b würde formal die Kooperation des Kassenärztlichen Notdienstes mit den Rettungsdiensten oder anderen Leistungserbringern eröffnen. Die Frage, welche Personen (gemeint ist wohl eher die Qualifikation dieser Personen) diese Aufgabe übernehmen dürfen, ist zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen zu klären. Eine Übertragung der Hilfeleistung wird an das Delegationsrecht gebunden.

Diese Regelung lässt zahlreiche Fragen unbeantwortet. Von daher soll ein Modell entwickelt werden, wie eine solche Kooperationsregelung im Detail ausgestaltet werden kann.

Verzahntes bzw. einheitliches Notfallleitsystem

Auf Landesebene ist zur Steuerung von Low-Code-Notfällen ein verzahntes bzw. einheitliches Notfallleitsystem des Kassenärztlichen Notdienstes und der Rettungsdienste zu etablieren, sodass bei Wahrung der jeweiligen originären Zuständigkeiten eine einheitliche Disposition von Hilfeersuchen ermöglicht wird. Die unterschiedlichen und z. T. kleinteiligen Organisationsstrukturen der Rettungsdienste[9] sind landesweit zumindest in eine gemeinsame Steuerung zusammenzuführen.

Konzentration von rettungsdienstlichen Leitstellen

Die Zusammenführung von rettungsdienstlichen Leitstellen wird zunehmend, auch von den Kostenträgern, landesbezogen diskutiert – bisher mit sehr geringem Erfolg. Neben den Stadtstaaten hat das Saarland die Konzentration von rettungsdienstlichen Leitstellen abgeschlossen. Es ist das einzige Flächenland mit nur einer landesweiten Leitstelle.

Verbindliche Festlegungen

Die Definition von Low-Code-Fällen und deren Management, die sich daraus ergebenden strukturellen und prozeduralen Konsequenzen sowie die damit einhergehenden Kooperations- und Kommunikationsnotwendigkeiten sind zwischen den beteiligten Institutionen einvernehmlich und verbindlich festzulegen, soweit sie künftig nicht durch das Gremium nach § 133b Notfallreformgesetz bestimmt werden. Eine bundeseinheitliche Regelung ist vorzuziehen.

9 Siehe Kapitel 2.2

Ersteinschätzungssysteme

Zur Festlegung der notwendigen Hilfsmaßnahmen ist die Nutzung eines bundeseinheitlichen standardisierten Ersteinschätzungssystems (EES) bzw. eines standardisierten Übergangs zwischen den vertragsärztlichen und rettungsdienstlichen Ersteinschätzungssystemen Voraussetzung. Sollte das EES der Rettungsdienste einen Low-Code-Fall identifizieren, ist eine SmED-Abfrage anzuschließen (siehe Abb. 3). Im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes wird alternativ ein abgestimmtes und verschränktes technisches Vorgehen beider Ersteinschätzungssysteme erprobt.[10]

Digitale Notfallakte

Bei einer Kooperation zwischen beiden Diensten sind für alle Beteiligten für gemeinsam bearbeitete Fälle die erhobenen patientenbezogenen Daten und Informationen zu den veranlassten Maßnahmen in einer digitalen Notfallakte für die Dauer der Hilfeleistung neu zusammenzuführen, wie es im Gesetzentwurf des BMG in § 133c SGB V vorgesehen ist. Es ist zu prüfen, wie die elektronische Gesundheitsakte mit eingebunden werden kann. Die finale Archivierung erfolgt für Low-Code-Fälle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Datenschutzrechtlich soll für Zwecke der fallbezogenen und allgemeinen Qualitätssicherung ein Zugriffsrecht der Rettungsdienste ermöglicht werden.

SmED-Abfrage

Nach der Feststellung eines Low-Code-Falls durch eine rettungsdienstliche Leitstelle hat sich eine SmED-Abfrage anzuschließen. Ob diese von den Terminservicestellen oder im Auftrag derselben von den Rettungsdiensten durchgeführt wird, ist regional zu entscheiden.

10 Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (17.07.2024): Zi und Fachverband Leitstellen vertiefen Zusammenarbeit bei Verschränkung der Notrufnummern 112 und 116117; https://www.zi.de/detailansicht/effiziente-akut-und-notfallversorgung-bedarf-enger-kooperation-von-integrierten-leitstellen-und-terminservicestellen-standardisierung-der-abfragen-von-notfallmerkmalen-voraussetzung-fuer-digitale-falluebergabe (abgerufen am 03.12.2025)

Modell einer integrierten Leitstelle in Berlin: Anbindung des Notdienstes der KV Berlin

Seit September 2022 erfolgt ein systematischer Austausch zwischen den Leitstellen der Feuerwehr Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage (ProQA) leitet die integrierte Leitstelle der Feuerwehr geeignete Hilfeersuchen regelhaft an die Leitstelle der KV mit allen vorhandenen Informationen weiter. Dies erfolgt pro Quartal in ca. 6.500 bis 7.500 Fällen. In umgekehrte Richtung, d. h. nach dem Einsatz von SmED, werden ca. 3.000 Hilfeersuchen pro Quartal an die Feuerwehr übergeben. Zur Optimierung der Abstimmung wurde ein Kooperationsgremium zur Qualitätssicherung, Schulung und Prozessverbesserung eingerichtet. Gleichzeitig können über ein Feedbacksystem strittige oder falsche Zuordnungen im Einzelfall besprochen und die Algorithmen angepasst werden. Ähnliche Vorhaben wurden in zahlreichen Ländern in einem räumlich oder funktional begrenzten Umfang eingeführt oder sind in der Erprobung.

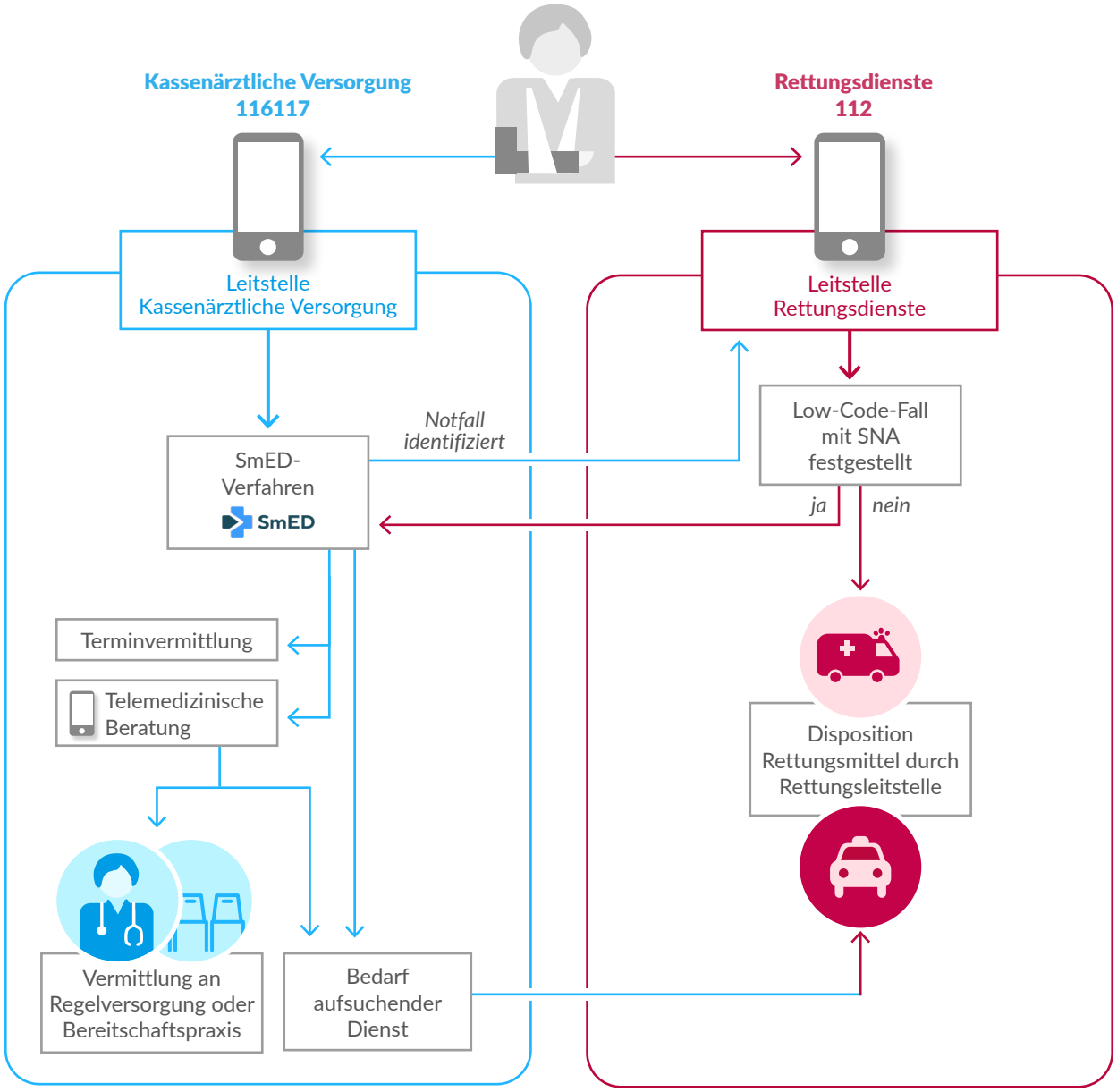
Validierung der SmED-Abfrage

Aus Gründen der Patientensicherheit neigt jedes Ersteinschätzungssystem zu einer übermäßig vorsichtigen Bewertung und Kategorisierung des Einzelfalls. Von daher erscheint es ressourcensparend, einen über SmED identifizierten Handlungsbedarf, der über eine alleinige Termin- oder Wissensvermittlung hinausgeht, abzusichern. Dabei ist zwischen dem Vorgehen während der Sprechstundenzeiten und dem Vorgehen in Zeiten außerhalb der Sprechzeiten zu unterscheiden.

… während der Sprechstundenzeiten

Für alle patientenseitigen Anliegen während dieser Tageszeiten gilt fachlich und rechtlich das Primat der hausärztlichen Versorgung. In jedem Fall sollte bei einem durch ein Selbsteinschätzungssystem (SES) oder durch ein assistiertes EES identifizierten weiteren Handlungsbedarf geprüft werden, ob die oder der Hilfesuchende eine Betreuung durch oder eine Bindung an eine hausärztliche Versorgungseinrichtung angeben kann. Perspektivisch wird eine solche Bindung an eine

ABBILDUNG 3: **Patientensteuerung der außerklinischen Notfall- und Akutversorgung**



Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

grundversorgende Einrichtung mit der angekündigten Einführung eines Primärversorgungssystems zur Regel werden. Die hausärztliche Versorgungseinrichtung ist aufgrund der dort vorhandenen Vorinformation prädestiniert, die Weiterbehandlung zu übernehmen. Insofern sollte die Leitstelle mit Einwilligung der bzw. des Hilfesuchenden primär die genannte hausärztliche Versorgungseinrichtung kontaktieren und die Patientin bzw. den Patienten dorthin vermitteln. Es ist innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen, ob akzeptable Gründe vorliegen, die gegen eine dortige hausärztliche Weiterbehandlung sprechen. Gleichfalls ist vonseiten der KV zu entscheiden, wie eine hausärztliche Ablehnung einer Akutbehandlung oder eines Hausbesuches vertragsarztrechtlich zu bewerten ist.

Alternativ zur unmittelbaren Kontaktaufnahme der Terminservicestelle (TSS) mit der genannten hausärztlichen Versorgungspraxis kann eine telemedizinische Konsultation, wie von der KV Baden-Württemberg eingeführt[11], vorgeschaltet werden. Dadurch können zahlreiche Hilfeersuchen abgeklärt werden, ohne die hausärztliche Praxis der bzw. des Hilfesuchenden zeitaufwendig zu ermitteln und einzubeziehen. Wird aber telemedizinisch ein Bedarf für einen Vor-Ort-Besuch festgestellt, verbleibt die Verantwortung grundsätzlich bei der betreuenden grundversorgenden Versorgungseinrichtung.

Falls keine hausärztliche Versorgungseinrichtung der bzw. des Hilfesuchenden vorliegt, ist eine telemedizinische Konsultation geboten, die den weiteren Handlungsbedarf festlegt.

… außerhalb von Sprechstundenzeiten

Außerhalb von Sprechstundenzeiten ist immer ein telemedizinisches (telefonisches und/oder Video-unterstütztes) ärztliches Gespräch vorzusehen, wenn dies auf der Grundlage der EES angezeigt ist. Dies sollte von grundversorgenden Fachdisziplinen, vorzugshalber allgemeinmedizinisch, geführt und in einem für die Patientin bzw. den Patienten verlässlichen Zeitrahmen angeboten werden. Da es sich nicht um zeitkritische Anlässe handelt, erscheint eine Wartezeit von 30 Minuten grundsätzlich zulässig.

Falls die bzw. der Hilfesuchende eine persönliche Konsultation benötigt und nicht in der Lage ist, eine Versorgungseinrichtung aufzusuchen, ist ein aufsuchender Dienst zu disponieren.

Aufsuchender Dienst durch die Rettungsdienstträger

Wenn sich aus dieser Konsultation die Notwendigkeit für einen Vor-Ort-Besuch ergibt, ist zu entscheiden, ob

a) dieser Besuch vertragsärztlich oder während der Praxisöffnungszeiten durch qualifizierte vertragsärztliche Mitarbeitende der Regelversorgung erfolgen kann,
b) künftig noch eine ärztlich aufsuchende Konsultation benötigt wird (s. Kapitel 5.3),
c) dieser Besuch im Regelfall durch qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal der Rettungsdienste übernommen werden kann oder ob
d) aufgrund von erhöhter Komplexität und Dringlichkeit eine Übergabe an den Rettungsdienst erfolgen soll.

Die Optionen c) und d) werden im Weiteren von den Rettungsdiensten disponiert. Andere Kooperationsformen zwischen den Rettungsdiensten und den Kassenärztlichen Notdiensten (z. B. durch Personalüberlassung) sind möglich, solange die Zusammenführung und Einheitlichkeit des Vorgehens zwischen beiden zuständigen Institutionen gewahrt bleibt.

Telemedizinische Unterstützung

Eingesetzte Gesundheitsfachkräfte sind telemedizinisch durch in der Grundversorgung erfahrene Fachärztinnen und -ärzte der KVen zu unterstützen.

Solange aufseiten der Rettungsdienste vor allem die Voraussetzungen, wie in den Vorbemerkungen im Kapitel 3 beschrieben, nicht umgestzt werden können, können die KVen als Zwischenschritt zu einem einheitlichen aufsuchenden Dienst pro Land andere qualifizierte Gesundheitsfachkräfte von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung einbinden.

11 Vgl. aerzteblatt.de (17.11.2025): KV Baden-Württemberg startet digitale Anlaufstelle für Patienten; https://www.aerzteblatt.de/news/kv-baden-wurttemberg-startet-digitale-anlaufstelle-fur-patienten-1113c494-2146-4b42-8a0e-0fd66099c1c2 (abgerufen am 03.12.2025)

Vorbild KV Niedersachsen

Nach mehreren Modellvorhaben hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen am 01.01.2025 ihre Bereitschaftsdienstordnung geändert. Demnach kann gemäß § 3 Abs. 9

„… der Fahrdienst auch in einer Weise ausgestaltet sein, dass statt oder neben einem ärztlich besetzten Fahrdienst nicht-ärztliche medizinische Gesundheitsberufe zum Einsatz kommen, die von einer ärztlich besetzten Video- oder Telefonberatung unterstützt werden …".

Diese Regelung wurde landesweit eingeführt. Damit einhergehend wurden die Bereitschaftsdienststrukturen konzentriert und die Prozesse einheitlich ausgestaltet. Die Verpflichtung für die niedersächsischen Vertragsärztinnen und -ärzte, an dem Notdienst teilnehmen zu müssen, wurde zurückgestellt.

Bei Hilfesuchenden, die die 116117 kontaktieren, erfolgt eine standardisierte Notfallabfrage gemäß SmED. Ihnen wird, falls notwendig, innerhalb von 30 Minuten ein telemedizinisches ärztliches Gespräch (Telefon oder Video) von einem externen Partner angeboten. Aktuell erfolgt der Rückruf nach ca. fünf Minuten. Über diese telemedizinische Konsultation konnten 80 Prozent aller Hilfeersuchen fallabschließend gelöst werden. E-Rezepte und eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) werden bei Bedarf über den Dienstleister ausgestellt. Die telemedizinische Sprechstunde wird zu 90 Prozent durch niedersächsische Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen. Nur bei einem Spitzenbedarf wird externes ärztliches Personal hinzugezogen.

Sollte ein Vor-Ort-Besuch ärztlich aufgrund des telemedizinischen Gesprächs für notwendig erachtet werden, wird der Fall an die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) Landesverband Niedersachsen / Bremen übergeben. Die JUH wurde nach einer landesweiten Ausschreibung als Dienstleister für den aufsuchenden Dienst ausgewählt. Ab dem 16.06.2025 übernahm die JUH den Fahrdienst mit 15 dezentralen Standorten. Er wird nach interner Disposition zu 75 Prozent ärztlich besetzt. Zu 25 Prozent werden Gesundheitsfachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung und telemedizinischer Anbindung eingesetzt. Deren Vorbereitung erfolgt anhand einer 14-tägigen Schulung. Zusätzlich begleiten die Gesundheitsfachkräfte die ärztlichen Einsätze zu Übungszwecken. Ein Großteil der ärztlichen Einsätze gilt der ärztlichen Leichenschau.

Eine Weiterentwicklung hin zu einem einheitlichen Vorgehen mit den Rettungsdiensten wird perspektivisch als sinnvoll erachtet, sobald die kleinteiligen Strukturen (37 Leitstellen der Rettungsdienste in Niedersachsen) optimiert wurden.

Im Oktober 2025 wurde von der KV Niedersachsen eine erste positive Zwischenbilanz gezogen. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der neuen Ausprägung des Notdienstes ist sehr hoch.12

12 Vgl. aerztezeitung.de (27.10.2025): KV Niedersachsen mit neuem Ärztlichen Bereitschaftsdienst sehr zufrieden; https://www.aerztezeitung.de/Politik/KV-Niedersachsen-mit-neuem-Aerztlichen-Bereitschaftsdienst-sehr-zufrieden-460787.html (abgerufen am 03.12.2025)

5
Notwendige Anpassungen

Eine bessere Steuerung der unterschiedlichen Notfälle und/oder eine funktionale Zusammenführung von Aufgaben – bei Wahrung der jeweiligen rechtlichen Zuständigkeiten – beinhalten Notwendigkeiten zu Anpassungen bei und zwischen den beteiligten Partnern, aber auch bei und in der Beziehung zu Dritten, soweit diese von den Änderungen tangiert werden.

5.1
Zusätzliche Qualifikation für Gesundheitsfachpersonal notwendig

Für alle Gesundheitsfachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung ist die persönliche Einschätzung und Behandlung im häuslichen Umfeld in dieser Dimension z. T. neu und war nicht vollumfänglich Teil ihrer Ausbildung. Die Gesundheitsfachberufe sind nicht mit der Beurteilung von akuten Krankheitsbildern und der Erstbehandlung von Notfällen vertraut bzw. nicht vorrangig für das Erkennen und die Stabilisierung von vital bedrohlichen Notfällen ausgebildet (Notfallsanitäterinnen und -sanitäter). Im Panel wurde diskutiert, ob sich Medizinische Fachangestellte aufgrund ihrer stärker kaufmännisch ausgerichteten Fachausbildung grundsätzlich für den aufsuchenden Dienst eignen würden. Über die grundständige Ausbildung von Physician Assistants kann keine abschließende Einschätzung abgegeben werden, solange kein allgemein verbindliches Curriculum und/oder keine staatliche Ausbildungsordnung vorliegen. Es kann deshalb nicht per se davon ausgegangen werden, dass sie für eine Ad-hoc-Behandlung von Notfällen aller Art geeignet sind. Andere Gesundheitsberufe mit einer Ausbildungsdauer unter drei Jahren (z. B. Rettungssanitäterinnen und -sanitäter) sind nicht federführend bzw. allein einzusetzen.

Von daher ist für alle Gesundheitsfachberufe und akademischen Gesundheitsberufe eine strukturierte Fort-/Weiterbildung oder eine umfassendere Ausbildung vor dem federführenden Einsatz bei Low-Code-Notfällen angezeigt.

Die Fortbildungsdauer im Rahmen der niedersächsischen Regelung bei der JUH liegt bei 14 Tagen, in dem beendeten Modell „Gemeindenotfallsanitäter“ in Oldenburg betrug die zusätzliche Weiterbildungszeit für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter drei Monate, in Bremen für die Weiterbildung zur Hansesanitäterin bzw. zum Hansesanitäter vier Monate.

In Bayern wurden für die Behandlung von Low-Code-Fällen in Abstimmung mit dem Innenministerium des Landes zwei Studiengänge für die Weiterqualifikation von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern (NFS) an den Hochschulen in Ansbach[13] und Deggendorf[14] eingerichtet. Die Studiengänge haben ihren Betrieb aufgenommen. Die zusätzliche akademische Ausbildung zielt auf ein hohes Kompetenzprofil ab, das es den akademisch ausgebildeten NFS ermöglicht, eigenständig Patientinnen und Patienten in Low-Code-Fällen aufzusuchen und zu versorgen. Die hochschulische Weiterqualifizierung zum B. Sc. baut auf der fachschulischen Ausbildung für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter auf und

13 Hochschule Ansbach: Angewandte Außerklinische Akut- und Notfallversorgung (AAN); https://www.hs-ansbach.de/bachelor/angewandte-ausserklinische-akut-und-notfallversorgung (abgerufen am 03.12.2025)

14 Technische Hochschule Deggendorf: Außerklinische Akut- und Notfallversorgung, B. Sc.; https://www.th-deg.de/anv-b (abgerufen am 03.12.2025)

konzentriert sich auf die Vermittlung diagnostischer und therapeutischer Kompetenzen bei akuten allgemeinmedizinisch-internistischen Ereignissen.

Die Möglichkeit, eine grundständige hochschulische Ausbildung zu einer/einem NFS (B. Sc.) anzubieten, wäre gewünscht, ist aber berufsrechtlich nicht zulässig. Weitere Hochschulen haben ihr Interesse an einer ähnlichen Weiterqualifizierung von NFS signalisiert. Mit diesen wird zurzeit ein bundeseinheitliches Rahmencurriculum erarbeitet.

Die so qualifizierten NFS werden in Bayern vonseiten der Rettungsleitstellen für eigenständige Low-Code-Einsätze disponiert. Ziel ist es, alle Low-Code-Einsätze mit diesem Qualifikationsniveau aufzusuchen, sobald genügend hochschulisch qualifizierte NFS in Bayern zur Verfügung stehen.

In der Expertise der Bertelsmann Stiftung zur „Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe“[15] wird vorgeschlagen, in Anlehnung an den Gesetzentwurf zur Reform des Physiotherapiegesetzes vom 21.12.2023 neben der bestehenden fachschulischen Ausbildung eine hochschulische Ausbildung für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter in acht Semestern zu etablieren. Das Studium ermöglicht es, die Kompetenzen auf das gesamte Spektrum der Notfallversorgung jeglicher Komplexität und Dringlichkeit zu erweitern, einschließlich niedrigprioritärer Notfallgeschehnisse. Die Bertelsmann Stiftung greift damit einen Vorschlag der Regierungskommission aus ihrer Neunten Stellungnahme auf. Die bayerischen hochschulischen Ausbildungsgänge greifen diese Position auf.

Bis eine genügende Zahl von NFS-Absolventinnen und -Absolventen (B. Sc.) in Bayern und anderen Ländern erreicht ist, ist eine verlässliche und umfassende mehrmonatige Fort- oder Weiterbildung für das einzusetzende Gesundheitsfachpersonal zu entwickeln, die sich an den Erfahrungen der Projekte mit Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern orientieren. Ein bundesweit zwischen den Fachgesellschaften, den in der Weiterqualifikation von NFS aktiven Hochschulen, den Rettungsdienstträgern und den Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmtes Curriculum ist zur Verhinderung von länderseitiger Varianz angezeigt. Dafür prädestiniert wäre auch der in dem Gesetzentwurf zur Notfallreform einzuführende Qualitätsausschuss nach § 133b.

5.2 Ärztliche Leichenschau außerhalb des Notdienstes darstellbar

Bei der ärztlichen Leichenschau handelt es sich nicht um eine Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um eine privatärztliche Tätigkeit, die gesondert gemäß der Gebührenordnung der Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) liquidiert wird. Sie ist de jure nicht Aufgabe des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Fachlich ist aufgrund der Kenntnis der Epikrise der bzw. des Verstorbenen eine Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt vorzuziehen. Ersatzweise sollte die Feststellung des Todes und der Todesursache mit einem entsprechenden ärztlichen Erfahrungshintergrund oder fachärztlicher Kompetenz durchgeführt werden.

Die Erfahrungen aus dem Modell der KV Niedersachsen zeigen, dass ein relevanter Anteil der ärztlich geführten Einsätze im Fahrdienst ausschließlich für die Ausstellung von Todesbescheinigungen erfolgt.

Die KV Niedersachsen bietet interessierten Ärztinnen und Ärzten seit Kurzem die Vermittlung privatärztlicher Leichenschauen an. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Durchführung von Leichenschauen auch in Flächenländern finanziell für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist. Dies wird durch langjährig tätige privatärztliche Leichenschaudienste, insbesondere in Stadtstaaten, bestätigt. Insofern erscheint eine Ausgliederung dieser Leistung aus dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst grundsätzlich machbar zu sein und trägt zur Entlastung des aufsuchenden ärztlichen Personals bei.

15 Gruhl, Matthias (2024): Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh; https://doi.org/10.11586/2024150.

5.3 Ärztliche Besetzung des Fahrdienstes nicht zwingend

Im vergleichbaren europäischen und westlichen Ausland wird der aufsuchende Dienst außerhalb von Hausbesuchen in der Regel durch speziell akademisch ausgebildete Fachberufe wahrgenommen.

Die KV Niedersachsen wertet zurzeit ihr Modell dahin gehend aus, ob und ggf. in welchem Rahmen neben einer telemedizinischen ärztlichen Beratung und bei Ausschluss der ärztlichen Leichenschau ein aufsuchender ärztlicher Dienst fachlich und ökonomisch noch gerechtfertigt ist.

Eine Entscheidung, ob der aufsuchende Dienst ausschließlich durch Gesundheitsfachpersonal mit telemedizinischer Anbindung an die Kassenärztliche Leitstelle eingesetzt werden kann, steht und fällt allerdings mit der Qualifikation und Legitimation der einzusetzenden Gesundheitsfachberufe. Das Panel ist sich einig, dass speziell weiterqualifizierte Gesundheitsfachberufe, die für die Erkennung von Notfällen und in der Behandlung von Low-Code-Hilfeersuchen eine fachliche, perspektivisch hochschulische Kompetenz erworben haben, alleinig eingesetzt werden können. Damit verbunden ist aber die Akzeptanz einer höheren Verantwortung und auch die Haftung für die von diesem Berufsbild erweitert ausgeübte Heilkunde. Diese rechtliche Klarheit, dass es sich bei einer aufsuchenden Tätigkeit von Low-Code-Fällen durch akademisch qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal nicht mehr um delegierte, sondern um heilkundliche Tätigkeiten handelt, erleichtert eine alleinige nicht ärztliche Besetzung.

5.4 Bedarf an spezialisierter Unterstützung des Fahrdienstes absichern

Die Anliegen von Hilfesuchenden sind z. T. nicht durch eine medizinische Intervention zu lösen. Ein akuter Bedarf an pflegerischer Unterstützung, die Notwendigkeit für eine palliative Therapie (insbesondere im Sterbeprozess) oder sozialpsychiatrische Anliegen überfordern den Fahrdienst. Hier bedarf es der Möglichkeit, ad hoc qualifizierte Fachdienste einzubinden (z. B. sozialpsychiatrische Kriseninterventionsteams, Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [SAPV] oder einen Pflegenotdienst). Entsprechende Empfehlungen des Sachverständigenrates, der Regierungskommission oder auch der Expertisen der Bertelsmann Stiftung liegen hierzu vor.

5.5 Rechtliche Klärung zur Delegation bzw. Ausübung der Heilkunde geboten

Die Delegation einer medizinischen Leistung kann erfolgen, wenn sich die Ärztin oder der Arzt persönlich von der Befähigung der jeweiligen Fachkraft überzeugt hat. Wenn eine ärztliche Mitarbeiterin oder ein ärztlicher Mitarbeiter auf der Grundlage eines telemedizinischen Konsils den Einsatz auf Gesundheitsfachkräfte überträgt, die ihr bzw. ihm nicht bekannt sind, ist dies mit dem Prinzip der ärztlichen Delegation rechtlich nicht vereinbar. Das Prinzip der persönlichen Delegation ist somit nicht gewährleistet.

Insofern bedarf es hier einer bundesrechtlichen Klarstellung. Die bereits zitierte Formulierung aus dem Gesetzentwurf zur Notfallreform[16] räumt den KVen das Recht ein, qualifiziertes nicht ärztliches Personal ggf. im aufsuchenden Dienst einzusetzen. Eine solche gesetzliche Formulierung reduziert zwar die Organisationshaftung der Kassenärztlichen Vereinigung bei Einsatz von Gesundheitsfachberufen im aufsuchenden Dienst, nicht aber die Einzelfallhaftung im Rahmen der Delegation. Durch den hergestellten Bezug zum ärztlichen Delegationsrecht wird eine flexible Lösung erschwert (siehe Hervorhebung in Fußnote 16).

16 § 75 Abs. 1b neu: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, **das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. Das Nähere legen die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte ergänzend in ihrer Vereinbarung nach § 28 Absatz 1 Satz 3 fest; § 28 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.** [Hervorhebung des Autors] Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen.“

In der medizinrechtlichen Literatur wird der Vorschlag diskutiert, die definierten Rollen- und Aufgabenzuweisungen zwischen dem ärztlichen Personal und den beteiligten Gesundheitsfachpersonen über Leitlinien verbindlich zu ordnen. In den Rettungsdiensten wird mit Standard Operating Procedure (SOP) ein Instrument genutzt, das ähnlich funktioniert. Wenn solche Leitlinien durch wissenschaftliche Evidenz begründet sind, bilden sie den State of the Art und sind im Einzelfall ein gerichtsrelevanter Maßstab der Beurteilung. Vorschläge, solche Leitlinien auf der Grundlage der bekannten Evidenz für den aufsuchenden Dienst zu entwickeln, werden zurzeit vorbereitet.

Bei Umsetzung des Vorschlags der Bertelsmann Stiftung[17] hinsichtlich einer umfassenden hochschulischen Ausbildungsoption für NFS wäre in Analogie zu § 2a Notfallsanitätergesetz die beschränkte Ausübung der Heilkunde auch für den Einsatz im Fahrdienst gegeben. Ähnliches gilt für den bayerischen Weg.[18] Die Frage der Delegation stellt sich in beiden Fällen nicht mehr.

5.6 Keine neuen Player in die Notfallversorgung einführen

Die für den kassenärztlichen Fahrdienst einzusetzenden Gesundheitsfachkräfte sollen nach einer Übergangsphase von den örtlich zuständigen Rettungsdiensten gestellt werden. Anderenfalls sind Reibungsverluste zwischen den Rettungsdiensten und den von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragten Dritten zu befürchten, die der heutigen Schnittstellenproblematik entsprechen. Eine Optimierung der Strukturen würde dadurch nicht erreicht.

17 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2022), a.a.O.

18 Siehe Kapitel 4

5.7 Organisatorische und finanzielle Auswirkungen beachten

Soweit es sich – durch SmED bestätigt – bei bisher vom Rettungsdienst getragenen Low-Code-Notfällen fachlich um Aufgaben des Notdienstes handelt, werden diese in die Zuständigkeit der KVen verlagert. Dies bedingt konsekutiv eine Bereinigung der bisherigen Vergütungen, die nun nicht mehr von den Rettungsdiensten verantwortet werden. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig für den aufsuchenden Dienst Personal der Rettungsdienste generieren, führt das ebenfalls zu Kostenverschiebungen.

Die Rettungsdienste refinanzieren sich größtenteils über fallbezogene Pauschalen. Die KVen erhalten, bis auf einzelne Ausnahmen, eine Gesamtvergütung für alle kassenärztlichen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen. Aus dieser werden auch die Vorhaltekosten und ärztlichen Honorare des aufsuchenden Dienstes kompensiert. Beide Systeme sind nicht vergleichbar, Einzelleistungen nicht kostenstellengemäß zu bestimmen. Die jeweilig zu transferierenden Einzelkosten sind ohne eine gesonderte Erfassung nicht zu bestimmen.

Da aber durch die Zusammenführung ein gesamter Kostenblock (aufsuchender Dienst) bei den KVen entfällt und auch eine Entlastung bei den Rettungsdiensten eintreten wird – z. B. durch eine nicht mehr anfallende telenotärztliche Begleitung von Low-Code-Fällen –, ist insgesamt zumindest eine Kostenneutralität zu erwarten.

6
Zeitliche Perspektive

Mit den Modellmaßnahmen in Niedersachsen und Bayern sowie mit einer – wenn auch noch nicht hinreichenden – Öffnung für eine Kooperation im Gesetzentwurf zur Notfallreform sind die ersten Schritte eingeleitet worden, um einen einheitlichen aufsuchenden Dienst für Low-Code-Fälle zu entwickeln. Die wachsende hausärztliche Unterversorgung lässt die Reduzierung von hausärztlichen Belastungen dringlich erscheinen. Auch die Ausweitung des Kassenärztlichen Notdienstes auf eine 24/7-Präsenz, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, wird die Suche nach Entlastungsmöglichkeiten für das vertragsärztliche Personal befördern.

Die föderale Struktur der Rettungsdienste und der KVen spricht dafür, dass es zuerst unterschiedliche Modelle für die Zusammenarbeit zwischen beiden Diensten geben wird. Allerdings wird der Gesamtprozess einer Zusammenführung befördert, wenn grundlegende Punkte, wie eine Finanzierungsregelung, bestimmte Qualitätsvorgaben und Anforderungen an die Kompetenzprofile der beteiligten Berufsgruppen, bundesweit entweder von den Spitzenorganisationen, dem Gremium nach § 133b Notfallreformgesetz oder auf Initiative des BMG (z. B. im Berufsrecht) festgelegt werden – also unabhängig von der jeweiligen regionalen Ausprägung. Mit einer solchen bundesweiten Rahmensetzung kann auch verhindert werden, dass aus falsch verstandenen regionalen Interessen oder Rücksichtnahmen neue Parallelstrukturen etabliert werden.

Unter diesen Voraussetzungen können weitere flächendeckende Initiativen wie in Niedersachsen in den nächsten drei bis fünf Jahren erwartet werden. Die beschriebenen vorbereitenden Schritte sind jetzt einzuleiten.

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgemeinschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B. Sc.	Bachelor of Science
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EES	Ersteinschätzungssystem
E-Rezept	elektronisches Rezept
GOÄ	Gebührenordnung der Ärztinnen und Ärzte
JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter
NKTW	Notfallkrankentransportwagen
ProQA	Software der Firma Priority Dispatch für die standardisierte Notfallabfrage
RTW	Rettungstransportwagen
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SES	Selbsteinschätzungssystem
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SNA	standardisierte Notfallabfrage
SOP	Standard Operating Procedure
stv.	stellvertretende/-r
TSS	Terminservicestelle

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

Dr. Christian Schilcher
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81362
christian.schilcher@bertelsmann-stiftung.de

BertelsmannStiftung