

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-026-01787-6>
 Eingegangen: 20. Januar 2026
 Angenommen: 10. Juni 2026

© The Author(s) 2026



Niedrigprioritäre Hilfeersuchen im Fokus: Handlungsempfehlungen der Fürther Gespräche zur Professionalisierung und Qualifizierung im Rettungsdienst

Klaus Meyer^{1,2,3} · Harald Dormann^{1,4,5} · Bernd Landsleitner^{1,2} · Stephan Prückner⁶ ·
 Johannes Gottschalk⁷ · Christoph Redelsteiner⁸ · Dominik Hinzmann⁹ ·
 Dominik Hahnen¹⁰ · Insa Seeger^{11,14} · Tom Malysch^{12,13} · Thomas Prescher^{1,15}

¹ INOB Institut für notfallmedizinische Bildung gGmbH, An-Institut der Hochschule Ansbach, Stein, Deutschland; ² Technologietransferzentrum Stein, Hochschule Ansbach, Ansbach, Deutschland; ³ Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW), Berlin, Deutschland; ⁴ Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland; ⁵ Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e. V., Berlin, Deutschland; ⁶ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), LMU Klinikum München, München, Deutschland; ⁷ Referat Bildung, Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Regensburg, Regensburg, Deutschland; ⁸ Forschung & Lehre Rettungswesen, Notfall- und Katastrophenmedizin, Medizinische Privatuniversität Burgenland in Gründung, Pinkafeld, Deutschland; ⁹ Prä- und innerklinische Notfallversorgung, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum der Technischen Universität München – Rechts der Isar, München, Deutschland; ¹⁰ Bildungszentrum Euregio, Malteser Hilfsdienst e. V., Aachen, Deutschland; ¹¹ Großleitstelle Oldenburger Land, Oldenburg, Deutschland; ¹² Institut für Rettungsmedizin, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel, Deutschland; ¹³ Rettungsdienst, Stadt Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel, Deutschland; ¹⁴ Oldenburger Forschungsnetzwerk für Notfall- und Intensivmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland; ¹⁵ Professur für Didaktik in den Gesundheitsberufen, FH Münster, Münster, Deutschland

Zusammenfassung

Die außerklinische fallabschließende Akutversorgung rückt angesichts einer wachsenden Zahl der Gesamteinsätze und einer Zunahme niedrigprioritärer Hilfeersuchen und damit struktureller Überlastung von Rettungsdienst und ambulanter Versorgung in den Fokus. Sie beschreibt einen neuen, intersektoralen Versorgungsmodus zwischen außerklinischer Regelversorgung und Rettungsdienst, der akute, aber nicht lebensbedrohliche Fälle wohnortnah versorgt. Der Beitrag diskutiert und analysiert entlang von 13 Empfehlungen notwendige strukturelle Anpassungen und entwirft ein gestuftes Qualifikationssystem für neue professionelle Rollen im Rettungsdienst und in der außerklinischen Notfall- und Akutversorgung.

Schlüsselwörter

Außerklinische fallabschließende Akutversorgung · Intersektorale Versorgung · Rettungsdienstreform · Notfallreform · Gesundheitsleitsystem



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

1 Einleitung: Außerklinische fallabschließende Akutversorgung als Aufgabe für den Rettungsdienst

Niedrigprioritäre Hilfeersuchen gelten seit den 1. und 2. Fürther Gesprächen [1, 2]

als zentrales Handlungsfeld einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung des Rettungsdienstes. Mit der dritten Auflage wird dieses Thema erstmals als eigenständiger Gegenstand systematisch behandelt. Anlass ist der Kabinettdentwurf zur Re-

form der Notfallversorgung [3], der eine 24/7-aufsuchende notdienstliche Akutversorgung vorsieht, die auch durch Gesundheitsfachkräfte unter ärztlicher Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden kann. Ziel ist es, Versorgungslücken insbesondere bei immobilen, pflegebedürftigen oder betreuungspflichtigen Personen zu schließen und unnötige Transporte in Notaufnahmen sowie nicht bedarfsgerechte Einsätze des Rettungsdienstes zu reduzieren [3]. Unklar bleibt, ob diese Leistung das bestehende System ergänzt oder als neuer struktureller Versorgungsbereich verstanden werden soll.

Seit Jahren liegen nationale und internationale Erfahrungen mit solchen Versorgungsformen vor, etwa in Deutschland („Gemeindenotfallsanitäter“, „Hanse-Sanis“, „Rettungseinsatzfahrzeug (REF)“, „NotSan-Erkunder“) sowie international mit Konzepten wie „Community Paramedics“ oder „Acute Community Care Providers“ [4]. Die Modelle verfolgen ähnliche Zielsetzungen, verwenden jedoch unterschiedliche terminologische Zugänge. Gemeinsam ist ihnen der Fokus auf eine möglichst außerklinische Akutversorgung im häuslichen oder sozialen Umfeld, während sich die Varianten insbesondere im Verhältnis von präventiven, geplant-reaktiven oder ungeplant-akuten Einsätzen unterscheiden.

Unter außerklinischer fallabschließender Akutversorgung werden zwei Formen des Fallabschlusses verstanden: Erstens kann eine qualifizierte Fachkraft den Fall vollständig vor Ort auch unter Einbeziehung telemedizinischer Unterstützung entscheiden und abschließen, ohne dass eine unmittelbare Weiterbehandlung notwendig wird [5]. Zweitens kann der Fall für das Einsatzmittel enden, obwohl eine gezielte Weitervermittlung an spezialisierte Dienste wie etwa psychosoziale Notdienste, ambulante Pflege oder Akutsozialarbeit erfolgt. Dieses Spektrum zwischen autonomer Falllösung und sektorenübergreifender Fallsteuerung markiert eine bislang unzureichend geschlossene Versorgungslücke.

Die derzeitige Begriffs- und Strukturpluralität erschwert eine systematische Einordnung. Weder sind Auftrag und Tätigkeitsumfang dieser Versorgungsformen klar definiert, noch existieren einheitliche

Standards bezüglich beteiligter Berufsgruppen, deren Kompetenzen oder der Einbindung in bestehende Versorgungs- und Alarmierungsstrukturen. Die Zielsetzungen reichen von innovativen, am Patienten orientierten Konzepten, die Hausarztmangel, Klinikschließungen und neue soziale Lagen mitdenken [6, 7], bis hin zur Nutzung spezieller Rollen als „Lückenschließer“, die Überversorgung durch Rettungswagen (RTW) oder Notarzt bei nicht lebensbedrohlichen Anliegen vermeiden sollen [8]. Ohne ausreichende Qualifikation droht die Gefahr, strukturelle Probleme nur zu kompensieren, statt sie zu beheben, sowie auch das bisherige Verschieben von Verantwortlichkeiten zwischen Systemakteuren weiter fortzusetzen.

Aktuelle Daten unterstreichen diese Problemlage. In einer Pilotstudie aus Ludwigshafen wiesen 52 % der Einsätze ($n = 328$ von 634) keine rettungsdienstliche Indikation auf [9]. In Bayern wurden 28,9 % der Patienten ohne Transport und ohne weitere Eskalation versorgt [10]. In Berlin entfielen zwischen 2018 und 2021 rund 30 % der Einsätze auf Situationen ohne unmittelbare rettungsdienstliche Notwendigkeit [15]. Diese Befunde belegen nicht nur Überversorgung, sondern auch eine notwendige Verschiebung hin zu einer primär aufsuchenden, intersektoralen und fallabschließenden Akutversorgung, für die das bestehende Rettungsdienstsystem aktuell nicht ausgelegt ist.

Parallel zeigt sich ein strukturelles Defizit in der Primärversorgung: Die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen entsprechen nicht mehr der institutionellen Grundarchitektur des Gesundheitswesens [12, 13]. Hausärzte sind weniger erreichbar, Hausbesuche gehen zurück [11], während der Rettungsdienst zunehmend als Ersatzstruktur ohne expliziten strukturellen, finanziellen oder professionellen Auftrag hierzu genutzt wird. Die faktische „Beauftragung“ erfolgt über die Notrufnummer 112, ohne dass eine strategische Beauftragung durch Kostenträger oder Kommunen vorliegt. Nach aktuellen Zahlen [14] wurden 2024 23,5 Mio. Hausbesuche abgerechnet (19,4 Mio. durch Hausärzte; 2,5 Mio. durch nichtärztliche PraxisassistentInnen [NäPa]; 0,6 Mio. durch medizinische Fachangestell-

te [MFA]). Der ärztliche Bereitschaftsdienst leistete 1 Mio. Fahrdiensteseinsätze bei insgesamt 8 Mio. Fällen. Dem gegenüber stehen rund 7 Mio. RTW-Einsätze jährlich, von denen etwa 1 Mio. (15 %) ohne rettungsdienstliche Notwendigkeit erfolgen. Trotz strukturierter Notrufabfragen [17] erreicht das System damit in quantitativer und qualitativer Hinsicht seine Grenzen.

Die Frage lautet daher nicht mehr, ob neue Versorgungsformate notwendig sind, sondern wie ein professionsübergreifender Versorgungsmodus für niedrigprioritäre, aber nicht triviale Hilfeersuchen strukturell zu gestalten ist. Ein solcher Modus muss klare Ziele, definierte Aufgaben, qualifikatorische Mindestanforderungen und eine verbindliche Einbindung in das Versorgungssystem aufweisen. Er ist zudem an professionsübergreifende Anforderungen anzupassen und erfordert die Einbindung sowohl examinierter Berufsgruppen (Notfallsanitäter (NotSan), Pflegefachpersonen) als auch akademisierter Berufsgruppen (z. B. Physician Assistant (PA)). Daraus ergibt sich einleitend die folgende zentrale Empfehlung.

Empfehlung 1: Eine außerklinische fallabschließende Akutversorgung braucht eine politisch legitimierte Zieldefinition

Nur durch eine klare gesundheits- und berufspolitische Festlegung des Auftrags und des Tätigkeitsumfangs lässt sich ein tragfähiger Strukturtyp mit konsistenten Aufgaben, Mindeststandards und einer intersektoralen Systemintegration entwickeln. Andernfalls entstehen erneut Parallelstrukturen, die Symptome adressieren, aber Systemfehler perpetuieren. Der Beitrag diskutiert daher

- strukturelle Voraussetzungen einer intersektoralen Notfallversorgung sowie
- ein gestuftes Qualifikationssystem für eine professionelle fallabschließende Akutversorgung.

2 Strukturelle Anpassung: Anforderungen an eine intersektorale Notfallversorgung

Für die folgenden Empfehlungen wird angenommen, dass das Notfallgesetz in der

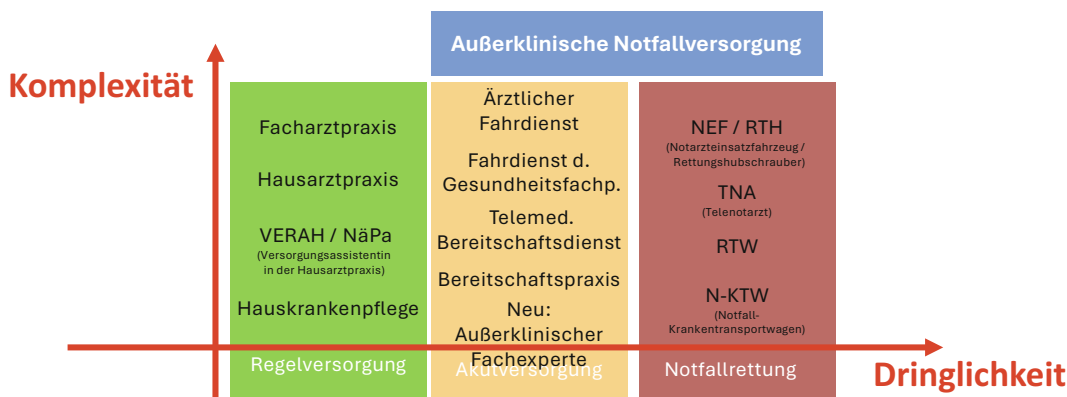


Abb. 1 ◀ Außerklinische Gesundheitsversorgung. Eigene Darstellung

Fassung der Drucksache 20/13166 [17] umgesetzt wird. Dessen zentrale Neuerung ist die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, die für eine funktionierende außerklinische fallabschließende Akutversorgung zusätzliche strukturelle Voraussetzungen erfordert.

Die Versorgung lebensbedrohlicher oder potenziell schwerer Gesundheitsstörungen liegt beim Rettungsdienst; akute, aber nicht bedrohliche Gesundheitsprobleme fallen in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen [18]. Diese klassische Trennung stößt jedoch in der Praxis an Grenzen: Hilfesuchende wählen unter subjektiver Dringlichkeit selbst den Zugangsweg, sodass eine objektive bedarfsgerechte Zuordnung häufig nicht gelingt. Zwar sieht die Notfallreform verbesserte Überleitungen zwischen der Notrufnummer 112 und dem Patientenservice 116117 vor, doch bestehen weiterhin Umsetzungsdefizite, die eine strukturierte intersektorale Steuerung erschweren. Für eine systematische Etablierung der außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung braucht es daher klar geregelte Zuständigkeiten, verbindliche Übergänge und eine einheitliche Steuerungslogik über Sektorgrenzen hinweg.

Empfehlung 2: Die außerklinische Akutversorgung ist als eigenständiger Versorgungsbereich der Notfallversorgung bundeseinheitlich zu verankern

Die derzeit erschwerte bedarfsgerechte Zuordnung und Überleitung führen zu nicht adäquater Versorgung, unnötigen Kosten und einer Überlastung der Notfallstrukturen [19]. Betroffen sind Pa-

tientinnen und Patienten ebenso wie Angehörige und das klinische wie außerklinische Fachpersonal. Eine Optimierung erfordert, die Notfallversorgung aus der Ex-ante-Perspektive ganzheitlich zu planen, zu steuern und zu finanzieren.

Die außerklinische Akutversorgung muss hierfür als eigenständiger und verbindlicher Versorgungsbereich der Notfallversorgung bundeseinheitlich verankert werden. Sie sollte regional durch unterschiedliche Akteure erbracht werden können, sofern Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt und rechtlich abgesichert sind.

Empfehlung 3: Die Dienste der außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung sind im Sozialgesetzbuch (SGB) V zu regeln und ausreichend zu finanzieren

Der Dienst zur außerklinischen fallabschließenden Akutversorgung muss verlässlich und angemessen finanziert werden. Zu prüfen ist, ob fallbasierte Vergütungen oder vorhaltebezogene Modelle die größere Systemstabilität bieten. Zentral ist, finanzielle Fehlanreize zu vermeiden und gleichzeitig eine auskömmliche Finanzierung der notwendigen Vorhaltungen sicherzustellen; eine Umschichtung bestehender Mittel ist dabei einzubeziehen. Unstrittig ist die Aufnahme dieses Dienstes in das SGB V, um die Finanzierung im zuständigen sozialrechtlichen Rahmen eindeutig zu verankern.

Empfehlung 4: Hoch- und niedrigprioritäre Anliegen sind bundeseinheitlich zur bedarfsgerechten Ressourcenallokation zu definieren und regelmäßig wissenschaftlich zu überprüfen

Für die außerklinische Versorgung ist eine einheitliche Bewertung gesundheitlicher Hilfeersuchen notwendig, deren Ergebnis unabhängig vom gewählten Zugangsweg (112 oder 116117) ist. Hierfür braucht es eine bundeseinheitliche Definition hochprioritärer Anliegen, die durch die Notfallrettung bedient werden, sowie niedrigprioritärer Anliegen, die der Akutversorgung zuzuordnen sind. Diese Kategorien sind in einem wissenschaftlichen Konsens festzulegen und regelmäßig zu überprüfen (▣ Abb. 1).

Besondere Herausforderungen entstehen in der Alarmierungsphase: Soll die Entlastung rettungsdienstlicher Ressourcen gelingen, muss bereits beim Erstkontakt belastbar entschieden werden können, ob ein präklinischer Fallabschluss wahrscheinlich ist.

Empfehlung 5: Die medizinischen Standards entlang der Versorgungskette sind zu definieren

Neben einem klar definierten Leistungsportfolio braucht es einheitliche medizinische Standards entlang der gesamten Versorgungskette. Sie müssen regionale Unterschiede berücksichtigen, zugleich aber eine konsistente, sektorenübergreifende Versorgung sicherstellen. Ziel ist es, Hilfeersuchen möglichst außerklinisch fallabschließend zu bearbeiten und unnötige Weiterinanspruchnahmen zu vermeiden.

Tab. 1 Ressourcen der Akutversorgung. Eigene Darstellung.	
Aufsuchende Ressourcen	Selbstaufsuchende Ressourcen
Hausbesuchsdienst (ärztlich/Gesundheitsfachpersonal)	Bereitschaft- bzw. Notdienstpraxis
Leichenschauendienst	Terminservicestelle
Ambulante Palliativversorgung	Telemedizinische Sprechstunde
Pflegebereitschaft (Wundversorgung, Grundversorgung, Fremdkörperversorgung)	Stationäre Akutpflege
Psychosozialer Dienst (psychische oder soziale Krisen)	
Medikamentenlieferdienst	

Die Entwicklung solcher Standards sollte im Konsens durch die zuständigen Fachgesellschaften und Fachverbände erfolgen, da sie über die notwendige Expertise verfügen [20]. Hierzu zählen u.a. Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW), Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (BVÄRLD), Bundesverband der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) und der Fachverband Leitstellen sowie weitere Akteure, die bereits an relevanten Modellprojekten beteiligt waren.

Empfehlung 6: Ein einheitlich digital vernetztes Gesundheitsleitsystem mit standardisierter Ersteinschätzung ist flächendeckend zu etablieren

Eine bedarfsgerechte Zuordnung beim Erstkontakt gelingt nur durch eine flächendeckende, standardisierte Telefonabfrage, -anleitung und -beratung in allen Leitstellen eines digital vernetzten Gesundheitsleitsystems. Voraussetzung ist eine transparente, medienbruchfreie und bidirektionale Kommunikation zwischen allen Akteuren.

Niedrigprioritäre Anliegen müssen zudem mittels validierter Ersteinschätzungsverfahren differenziert werden, um die jeweils geeignete Ressource der Akutversorgung zu aktivieren [21]. Dabei ist zwischen aufsuchenden und selbstaufsuchenden Versorgungsangeboten zu unterscheiden; beide müssen flächendeckend

und 24/7 erreichbar bzw. vermittelbar sein ([22]; ■ Tab. 1).

Empfehlung 7: Fallabschließende akutmedizinische Dienste sind eng mit Gesundheitsleitsystem und ergänzenden Diensten zu vernetzen

Das geplante Gesundheitsleitsystem [13] muss eine zentrale Rolle für die außerklinische fallabschließende Akutversorgung übernehmen. Es aktiviert nicht nur die passenden Einsatzmittel, sondern stellt auch die Vernetzung und Vermittlung zu weiterführenden Diensten sicher. Der Dienst sollte von qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal ausgeführt werden und eröffnet zugleich neue, sinnstiftende Einsatzfelder.

Für eine wirksame Tätigkeit ist eine direkte Anbindung an die hausärztliche Versorgung sowie an sektorenübergreifende Gesundheitszentren [13] notwendig. Ergänzend braucht es einen gesicherten Zugang zu telemedizinischer Unterstützung, um bei spezifischen Fragestellungen auf unterschiedliche Fachrichtungen zurückgreifen zu können.

Unverzichtbar ist zudem eine strukturierte Vernetzung mit ambulanter Pflege, spezialisierter Wundversorgung, (psycho-)sozialen Diensten, Demenz- und Beratungsangeboten sowie palliativmedizinischen Netzwerken. Regionale Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens sind systematisch zu identifizieren und mit dem außerklinischen Akutversorgungsdienst zu verbinden, wobei der gegenseitige Zugang niedrigschwellig gewährleistet sein muss.

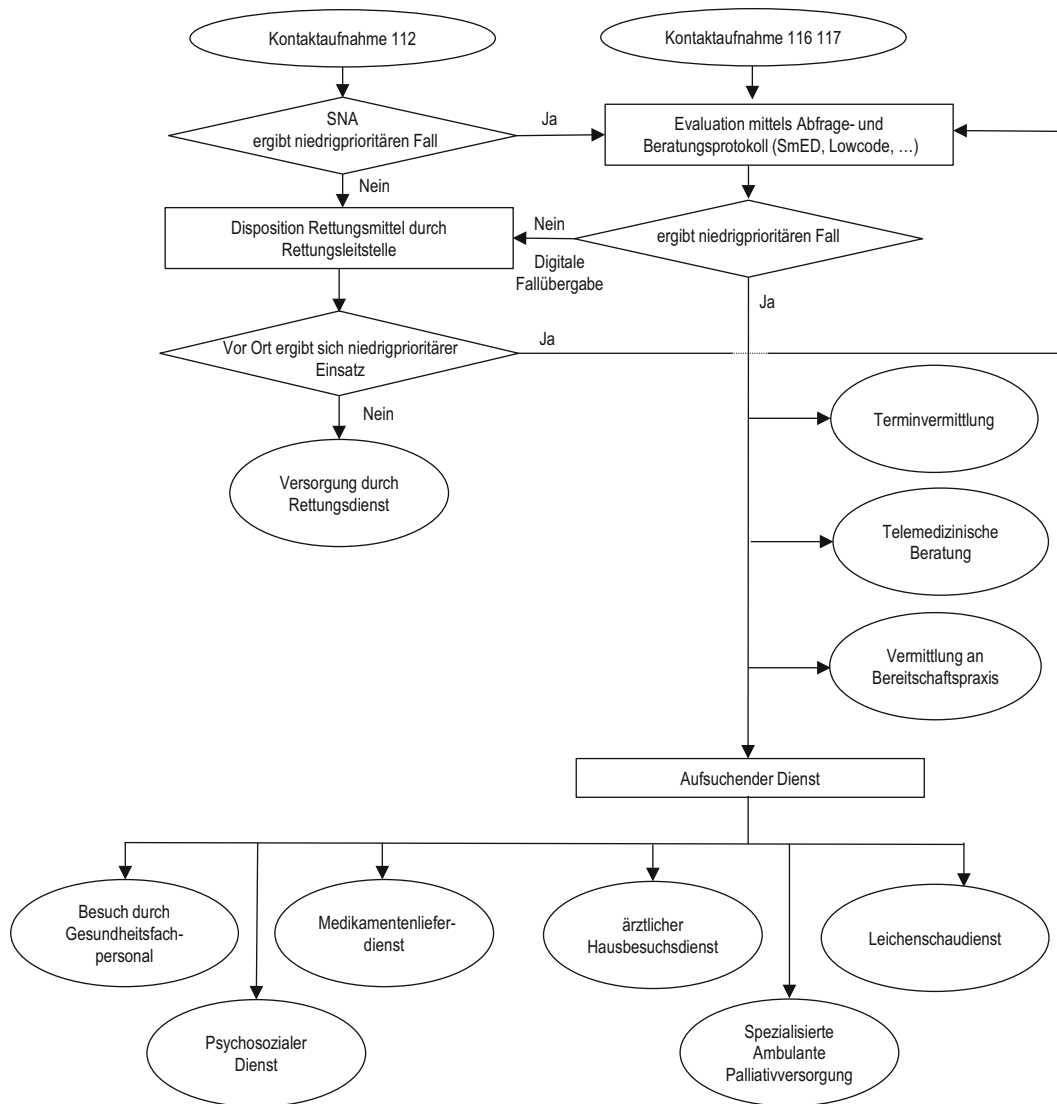
Empfehlung 8: Die Ressourcen und das Leistungsportfolio der Akutversorgung mit einheitlichen Mindeststandards sind flächendeckend zu etablieren und durch entsprechende Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen abzusichern

Für die außerklinische fallabschließende Akutversorgung sind Ressourcen und Leistungsumfang bundeseinheitlich zu definieren. Mindeststandards für Ausstattung und Kompetenzen (z.B. Ultraschall-diagnostik, 12-Kanal-EKG, Point-of-care-Labordiagnostik oder die Möglichkeit zur Verordnung von Rezepten) müssen klar festgelegt werden, um Auftrag und Einsatzmöglichkeiten der jeweiligen Ressource eindeutig abzubilden.

Ein Leistungsportfolio sollte regional angepasst werden können, zugleich aber verbindlich in die Alarmierungs- und Dispositionsstrukturen integriert sein, um Doppelstrukturen zwischen Rettungsdienst und ambulanter Akutversorgung zu vermeiden. Grundlage hierfür ist die systematische Auswertung bestehender Pilotprojekte im deutschsprachigen Raum (u.a. psychosozialer Arbeitsplatz in der Leitstelle der Berliner Feuerwehr [PSAPL], Rettungseinsatzfahrzeuge in Bayern und Nordfriesland, Akuteinsatzfahrzeug Schleswig-Holstein, Gemeindenotfallsanitäter Oldenburger Land, RTW Akut der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern [KVB]) sowie internationaler Erfahrungen, etwa aus dem International Roundtable on Community Paramedicine [4, 23].

Zur rechtssicheren Umsetzung sind gegebenenfalls Anpassungen in einschlägigen Gesetzen erforderlich, einschließlich Notfallsanitätärgesetz, Landesrettungsdienstgesetzen und Arzneimittelrecht. Erst durch diese Strukturvoraussetzungen lässt sich eine umfassende, klar abgestimmte außerklinische Akutversorgung für niedrigprioritäre Notfallpatienten etablieren (vgl. ■ Abb. 2).

Die sektorenübergreifende Akutversorgung muss dafür in übergeordnete Systeme wie das Notfallregister eingebunden werden, da Qualitätssicherung und Forschung sonst unvollständig bleiben. Ebenso wird nur durch eine solche Integration der Zugang zu weiterführenden Struktu-



SNA Standardisierte Notrufabfrage
 SmED Strukturierte medizinische Ersteinschätzung
 112 Euronotruf Rettungsdienst Feuerwehr
 116 117 Kassenärztliche Vereinigung / Patientenservice / ärztlicher Fahrdienst

Abb. 2 ◀ Patientensteuerung in der außerklinischen Notfallversorgung. Eigene Darstellung

ren wie Sozialarbeit und Case Management für Patienten mit niedrigprioritären, häufig wiederkehrenden Hilfeersuchen („Frequent Caller“) gewährleistet [24].

3 Gestuftes Qualifikationssystem: Qualifikationslevel und Rollen einer fallabschließenden Akutversorgung

Die fallabschließende außerklinische Akutversorgung erfordert eine gezielte Professionalisierung des Fachpersonals und geeigneter Quereinsteiger aus anderen Gesundheitsfachberufen. Dafür braucht es ein klar strukturiertes, gestuftes Qualifikationssystem, das verschiedene Kompe-

tenzniveaus definiert und sektorenübergreifende multiprofessionelle Durchlässigkeit ermöglicht [25, 26].

Empfehlung 9: Ein System gestufter Qualifikationen für niedrigprioritäre Einsätze ist zu entwickeln und einzuführen

Für niedrigprioritäre Einsätze ohne Transportindikation, wie bspw. unklare, nichtakute Symptombilder, Probleme mit einem Blasenkatheter, Beratungsanlässe, palliative Situationen oder psychosoziale Krisen, ist eine eigenständige Qualifikationsstufe erforderlich. Als erster Schritt bietet sich eine Weiterbildung auf DQR-5-Niveau

(Deutscher Qualifikationsrahmen) an, aufbauend auf der NotSan-Ausbildung und offen auch für andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachpersonen oder Physician Assistants. Sie umfasst mind. 600 und höchstens 800 h Theorie und Praxis, wird an Berufsfachschulen verortet und kann in Kooperation mit Hochschulen auf akademische Weiterbildungen angerechnet werden. Die Tätigkeit erfolgt zunächst unter delegierter ärztlicher Verantwortung.

Da die Einschätzung der Akuität, insbesondere bei multimorbiden Patienten, über die Basisausbildung hinausgeht, müssen präklinische und klinische Erfahrung sowie erweiterte Expertise ausdrücklich berücksichtigt werden. Sobald ausrei-

chend Hochschulkapazitäten bestehen, ist diese Weiterbildung durch ein akademisches Programm auf DQR-6-Niveau zu ersetzen. Ziel ist die Befähigung zur eigenständigen fallabschließenden außerklinischen Akutversorgung mit klarer Schnittstellenkompetenz in ambulanten, pflegerischen und psychosozialen Kontexten [2]. Ein gestuftes System schafft damit einen kompetenzorientierten, teilweise akademisierten und sektorenübergreifend vernetzten Rettungsdienst, wobei Anschlusswege zu anderen Profilen, etwa dem Physician Assistant, mitzudenken sind (■ Abb. 3).

Empfehlung 10: Ein Lernfeld „niedrigprioritäre Einsätze“ ist in die NotSan-Ausbildung einzuführen

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) sollte um ein Lernfeld „Mitwirken bei der Einschätzung von Patienten in nichtakuten Einsatzsituationen“ ergänzt werden. Erforderlich sind mindestens 120 Unterrichtseinheiten und 80 h Praktikum in der außerklinischen Versorgung. Dabei ist sicherzustellen, dass die Notfallmedizinische Kernqualifikation im Berufsprofil unangetastet bleibt.

Das Modul stärkt die Fähigkeit, niedrigprioritäre Hilfersuchen angemessen einzuschätzen und neue Versorgungsformen wie den außerklinischen Fachexperten in die Versorgungskette einzubinden. Voraussetzung ist, Patienten auch außerhalb kurzzeitiger Akutverläufe kennenzulernen, um Entwicklungen und potenzielle Komplikationen einschätzen zu können.

Der präklinische Fallabschluss erfordert fundiertes theoretisches und praktisches Wissen und sollte ebenso wie der Einsatz digitaler strukturierter medizinischer Ersteinschätzungssysteme (z. B. SmED - strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) berücksichtigt werden. Ziel der Ergänzung ist nicht die eigenständige fallabschließende Tätigkeit, sondern die Anpassung der NotSan-APrV an die aktuelle Einsatzrealität.

Empfehlung 11: Ein akademisches Qualifikationsprofil „außerklinischer Fachexperte“ (DQR 6) ist gesetzlich zu verankern

Für die fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze ist eine akademische Qualifikation auf DQR-6-Niveau („außerklinischer Fachexperte“) gesetzlich zu verankern. Sie sollte mehreren Gesundheitsfachberufen offenstehen, da weder Notfallsanitäter noch Pflegefachpersonen oder Physician Assistants derzeit über eine Qualifikation zur eigenverantwortlichen außerklinischen Versorgung verfügen. Die jüngsten Kompetenzerweiterungen in der Pflege, einschließlich heilkundlicher Befugnisse und eines „Muster-Scope of Practice“, schaffen hierfür bereits eine tragfähige Grundlage und stärken die Eigenverantwortung der Pflege als Heilprofession. Für den fallabschließenden Einsatz z. B. als Gemeinde-NotSan bedeutet dies insgesamt mehr Handlungsspielraum, klare Zuständigkeiten und eine stärkere Rolle in interprofessionellen Notfallstrukturen [28].

Ein verbindliches Rahmencurriculum hat die je nach Grundqualifikation fehlenden Inhalte zur eigenständigen fallabschließenden Tätigkeit und zur fachgebundenen Heilkunde (Substitution) zu ergänzen. MFA und Rettungssanitäter bringen hierfür keine ausreichende Basis mit.

Das hier als Arbeitstitel eingeführte Qualifikationsprofil „außerklinischer Fachexperte“ eröffnet unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten in der außerklinischen Versorgung. In Kombination mit dem Berufsabschluss als Notfallsanitäter qualifiziert es für Tätigkeiten auf neuen rettungsdienstlichen Einsatzmitteln, beispielsweise im Kontext des Gemeindenotfallsanitäters. Darüber hinaus ermöglicht die Qualifikation auch einen Einsatz im Fahrdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), unabhängig von einer rettungsdienstlichen Grundqualifikation.

Der Fahrdienst der KVen ist bislang primär als ärztliche Leistung organisiert, steht jedoch in einzelnen Bundesländern zunehmend unter Versorgungsdruck. Der ergänzende Einsatz außerklinischer Fachexperten kann daher bei geeigneten Einsatzanlässen oder in Regionen mit eingeschränk-

ter ärztlicher Verfügbarkeit eine sinnvolle Versorgungsalternative darstellen.

Der Einsatz auf rettungsdienstlichen Einsatzmitteln bleibt hingegen an die Berufsausbildung zum Notfallsanitäter gebunden. Um zugleich Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe den Zugang zur Qualifikation „außerklinischer Fachexperte“ zu ermöglichen, sind differenzierte Einstiegswege sowie berufsspezifisch ausgerichtete Weiterbildungsbedarfe zu definieren, die an die jeweiligen Grundkompetenzen anknüpfen. Dies bildet die Grundlage für ein gestuftes Berufsbild mit akademischer Perspektive und stärkt die Zukunftsfähigkeit des Rettungsdienstes (siehe ■ Abb. 3; [13, 25]).

Empfehlung 12: Multiprofessionelle Einsatzrollen sind zu definieren und rechtlich abzusichern

Die fallabschließende außerklinische Akutversorgung benötigt neue Rollen, die diagnostische, pflegerische und psychosoziale Kompetenzen verbinden. Dazu gehören fallführende NotSan mit erweiterten diagnostischen Befugnissen, telemedizinisch angebundene ärztliche Unterstützung sowie sozial- und palliativmedizinische Schnittstellenfunktionen.

Auf DQR-5-Niveau erfolgt die Tätigkeit unter ärztlicher Delegation, auf DQR-6-Niveau im Rahmen fachgebundener Substitution. Entwicklungen in Physiotherapie und Pflege dienen als Vorbilder. Die Rollen sind bundesweit zu definieren und im SGB V als abrechenbare Leistungen zu verankern [27].

Empfehlung 13: Neue außerklinische Versorgungsformen und Rollen sind in ihrer Finanzierung und Anerkennung sicherzustellen

Für die Implementierung neuer außerklinischer Versorgungsformen ist eine dauerhafte Finanzierung als eigenständiges Leistungssegment nach SGB V erforderlich. Ebenso notwendig ist eine bundesweit anerkannte Weiterbildung analog zu pflegerischen Fachweiterbildungen, um Vergleichbarkeit und berufliche Mobilität sicherzustellen.

Beides schafft die Grundlage dafür, die fallabschließende außerklinische Akutver-

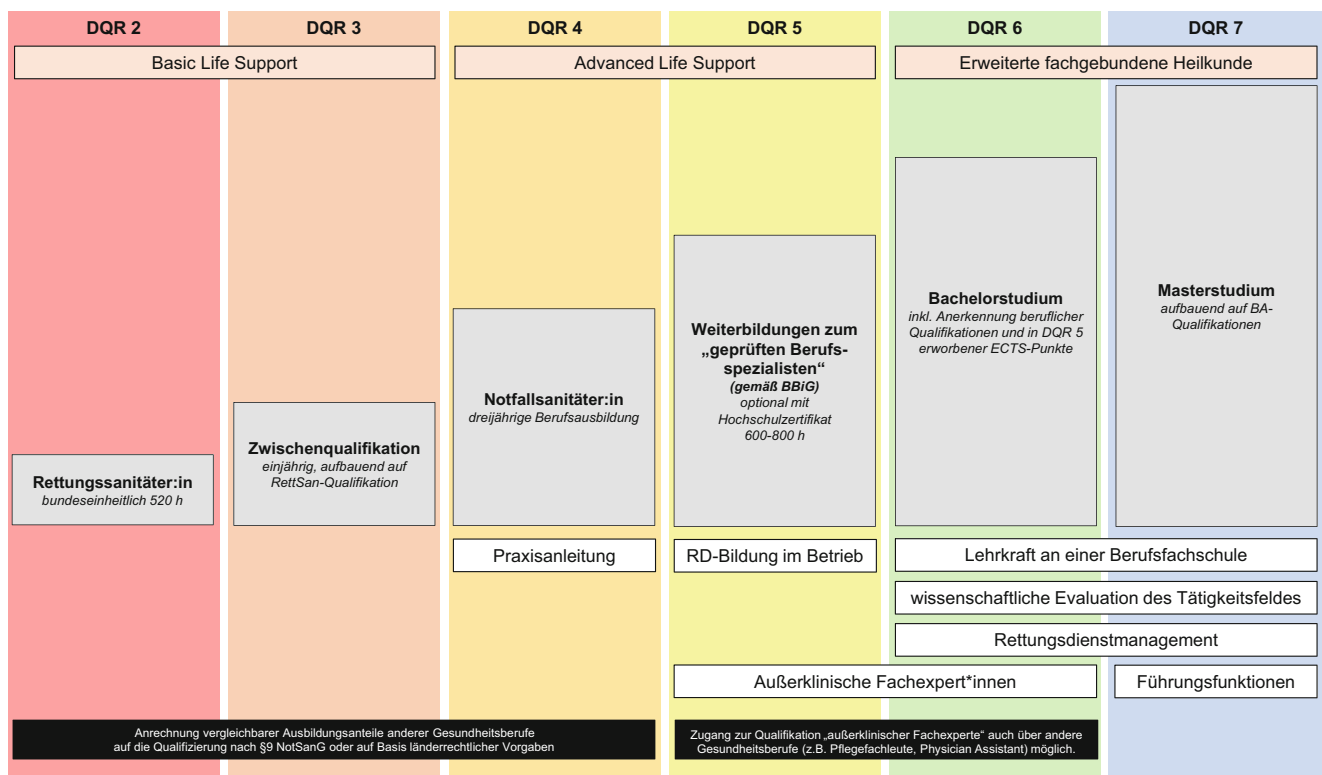


Abb. 3 ▲ Gestuftes Qualifikationssystem im Rettungsdienst mit Bezug zur außerklinischen Akutversorgung. Eigene Darstellung

sorgung dauerhaft und verbindlich als Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge zu verankern [2].

6 Fazit

- 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.

7 Teilnehmer der Fürther Gespräche

Die Liste der beteiligten ExpertInnen finden Sie unter folgendem Link: <https://inob.org/fuerther-gespraech-2025/>.

Korrespondenzadresse

Klaus Meyer, M.A.

INO Institut für Notfallmedizinische Bildung gGmbH, An-Institut der Hochschule Ansbach
Deutenbacher Straße 1, 90547 Stein,
Deutschland
klaus.meyer@hs-ansbach.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Datenverfügbarkeit. Alle dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten sind in diesem Artikel enthalten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Meyer, H. Dormann, B. Landsleitner, S. Prückner, J. Gottschalk, C. Redelsteiner, D. Hinzmann, D. Hahnen, I. Seeger, T. Malysch und T. Prescher erklären, dass keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dieser Publikation bestehen. Für die Mitwirkung an der Veröffentlichung sowie für die Teilnahme an der zugrunde liegenden Veranstaltung wurde keine Vergütung oder sonstige geldwerte Leistung gewährt. Die Autorinnen und Autoren sind in verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften engagiert und stehen zum Teil in regulären Arbeitsverhältnissen mit den in der Teilnehmerliste genannten Einrichtungen. Diese Tätigkeiten erfolgten ohne unmittelbaren Bezug zur vorliegenden Publikation und haben keinen Einfluss auf deren Inhalt. Es bestehen keine finanziellen Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Organisationen, deren Produkte oder Dienstleistungen durch die Inhalte dieser Arbeit berührt sein könnten.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder

und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Meyer K, Dormann H, Prescher T (2023) Fürther Gespräche: Expertenforum für den Rettungsdienst mit Forderungen an Politik und Gesellschaft. *Notf Rett Med*. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9>
- Meyer K, Dormann H, Reifferscheid F et al (2024) Notfallreform konkret: Handlungsempfehlungen der „Fürther Gespräche“ zur zukunftsfähigen Professionalisierung im Rettungsdienst. *Notf Rett Med*. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01400-8>
- BMG (2025) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/RefE_Notfallreform.pdf. Zugriffen: 17. Nov. 2025
- Dahlmann P, Burgmaier M, Flake F et al (2025) Wie vorbeugender Rettungsdienst den Anforderungen der Zukunft begegnen kann. *Heilberufe Science*. <https://doi.org/10.1007/s16024-025-00439-y>
- DGINA (2023) DGINA kommentiert Empfehlungen der Regierungskommission zu Rettungsdienst und Finanzierung. <https://www.dgina.de/aktuelles/kommentar-rd-9-expertenkommission>. Zugriffen: 24. Okt. 2025
- 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.
- Bölt U, Nemitz S, Schelhase T, Schirmacher H (2024) Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Sozialbericht 2024. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 305–313
- Seeger I, Klausen A, Thate S et al (2021) Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *Notf Rett Med* 24:194–202. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>
- Leutgeb R, Nau LM, Altiner A et al (2025) Ersteinschätzung der Dringlichkeit von Rettungseinsätzen – Erkenntnisse nach einer Pilotstudie. *Notf Rett Med*. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01613-5>
- 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>
- Stöckel M (2022) Wenn Notärzte als Hausärzte herhalten müssen. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/ambulante-gesundheitsversorgung-hausarzt-notarzt-100.html>. Zugriffen: 18. Sept. 2025
- Kruk ME et al (2018) High quality health systems in the Sustainable Development Goals era. *The Lancet* 6:1196–1252
- 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. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf. Zugriffen: 12. Mai 2025
- Stilfried, 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.
- 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>
- Wnent J, Bandlow S, Renner HJ et al (2023) Rettungsdienststrukturen neu denken – Ergebnisse der Expertenworkshops „Logistik in der präklinischen Notfallversorgung“. *Notf Rett Med*. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01248-4>
- Deutscher Bundestag (2024) 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. Zugriffen: 2. Okt. 2024
- 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). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/. Zugriffen: 24. Okt. 2025
- Krafft T, Neuerer M, Böbel S, Reuter-Oppermann M (2022) Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/PicturePark/2022-12/Studie_Notfallversorgung.pdf. Zugriffen: 24. Okt. 2024
- Frahm W, Jansen C, Katzenmeier C et al (2018) Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven. *Medizinrecht* 36:447–457. <https://doi.org/10.1007/s00350-018-4957-1>
- Herrmann et al (2024) DEMAND – Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/514/2024-01-19_DEMAND_Ergebnisbericht.pdf. Zugriffen: 10. Nov. 2025
- Fischer-Rosinsky A et al (2023) INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/426/2023-06-30_INDEED_Ergebnisbericht.pdf. Zugriffen: 10. Nov. 2025
- International Roundtable on Community Paramedicine; Erreichbar unter: <https://ircp.info/>, Stand: 26. Okt. 2025.
- 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? *Notf Rett Med* 23:122–131. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0600-6>
- Gottschalk J et al (2024) Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll? *Notf Rett Med*. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1>
- 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
- 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. Okt. 2025.
- BMG (2025) Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugnisserweiterung-entbuerokratisierung-pflege.html>. Zugriffen: 24. Nov. 2025

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.