



Teilstrategie

Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungs- wesen

Konsultationsversion

Gesundheitsdirektion des Kantons Bern

11.2025



1	Vorwort	2
2	Das Wichtigste in Kürze	3
3	Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen	4
3.1	Einleitung	4
3.2	Aufbau des Textes	5
3.3	Begriffe	5
3.4	Herausforderungen	10
3.5	Ansätze und Modelle	12
3.5.1	Versorgungsstrukturen	12
3.5.2	Integrierte Notfallversorgung	14
4	Notfallversorgung in der Schweiz	16
4.1	Aktivitäten auf nationaler Ebene	16
4.2	Aktivitäten in anderen Kantonen	18
5	Notfallversorgung im Kanton Bern	19
5.1	Umsetzung der Versorgungsplanung 2016	19
5.2	Vision	21
5.3	Ziele	21
5.4	Grundsätze	21
5.5	Rechtlicher Rahmen	22
5.6	Finanzierung	23
5.7	Qualität	24
5.8	Berichte und Strategien	26
5.9	Aktivitäten im Kanton Bern	27
5.9.1	Versorgungsregionen	27
5.9.2	Ambulanter ärztlicher Notfalldienst	28
5.9.3	Präklinische Notfallversorgung	29
5.9.4	Notfallstationen der Spitäler	37
5.9.5	Koordination der Notfallversorgung	40
5.9.6	Bildung	41
5.9.7	Projekte	42
5.9.8	Exkurs: Versorgung von Schlaganfällen	46
6	Handlungsmöglichkeiten des Kantons	52
6.1	Handlungsfelder und Massnahmen	52
6.2	Roadmap	55
6.3	Finanzielle Auswirkungen	56
7	Beispiele	57
7.1	Integrierte Notrufzentrale in Österreich	57
7.2	Notfalltelemedizin-Systeme in Deutschland	58
	Anhang	59
A1	Abkürzungsverzeichnis	59
A2	Glossar	61
A3	Politische Vorstösse	63
A4	Planungserklärungen	64
A5	Literatur	65

1 Vorwort



Dies ist ein Blindtext. Das Vorwort folgt nach der Konsultation mit der definitiven Version. Odit ressit. Ilisquit obussim morume con ltastrit apes stid aut Catus, videest posuntem, susque-mus, quo vis. Multus ignonsic mulcividem, quostam sere ia cononvolum ommor iam missendit vertus num ore estra nesendac te dica; ne coendacta modiemque et; nonsimmor aude quit. Catemursus ati it, estis furenit opublin tudena, consus videm Patuam in tem, quamquonsum sulique mo hocaveris virte, no. Potil virmihi lincla L. Simus cae auratrae te, C. Habus enatque nihic orbefac ercerore, nimus, Paliam id anunte am aut fortisse consulut vir prionfenatum in publientella re, di corume propubl issentem in tered clus, nonsula volus, oc, et grat L. Scientius in verfestorei sintere nonum, que noc, que int? quodionscis, unulturo ut eremora ederum pernincum ored mac tusulegit, cre cus rentem, confic renimplic re detre at o vil hi, niu enatrav ocupio confiris, pereit cut illicaetis inatina timori, fatus, quam hinatus ex muscit dientero unultorei facient. Habem tium inc ommo egili, ut iam sendium, P. Gilne acepost atanum ademus, atus? Ad C. Sol-tore num pernitatam pritum acte nestro villem peritus, ducore fuid die tam, simis; in si senatua mperatquam consus. Ut alibut det? Aximum pra con publiis, unte, Cupiore teri pos aliam suli sena, confic fit.

Ete nonverit. Onsimus, ununtea citis seste egil ut vit, tam, silibulto hoc fat alari sinum intiam travolus, Catifes tusporni inprobs escrita et; nossis deffrei poportus? quam omnia nonfente etilis faciem dit; hil cultus; nonsulu dessum acerris sit. Itam di incla nos ortuam dii facienatquam iptem menesta mentem, Ti. Publicae coenit, viverae factuam quon vicupim ihilis verit L. Is, cones moena, Catus oreo nonerex no. Vala mus Mae notio, quit C. Opicauciac mulcs? Actum Romnem auterit fuis? Pultum popte for ina, nit.

Catque effres fue milicaperei in tam tem es? Rori prorum nonsum iaelint. Dectastruro moltorbit fac rei inatia nocus, no. Ad factum publibut consula centro maximan terbeferudam cotillistil ut ad neque mentint rebemus, non vici pubitiam auctura ventusque prore quonferfende cre, conit intemque quont.

Udam num nonsule siliervir permaxi mediana, que dela ma, Cupiorae iae morbit. Irmis sper querio et vive, cae in demus con senat, me pec me plin hicaedo, dendio, spio, Catus. Grae ta, derem, consunit, cupplinis? Palerfex nuntum opossin ius, duc obsenam silia noc ipsentem ublic maciven dienatam es vent. Torum hebatquam in vivis crem inequidium ocre tremultus prae prorbis culic rei compos Mari, vidium senaturs hacertiquam di crit inpro consula ocupion Etre pubissa traedenam ia mandienatus fina, Cuperra? Sena, quodius, senatur. Catiste, condis scepopos, consciam ines sperum ex sto erum qua tam, cas medenihiciam mandam la publi sum iam non publicum rem adductu speris scerfecortem aucie consu quis.

Vatquam ignondaciam dum dem pon Etrus, que idicae nerit ia? inum et ad deata in Etrit is aciae ium utemnem quamdie nterbis serfeniu iampopubli, que quam probus. Nihilic aequam dumus.



Die vorliegende Teilstrategie zeigt auf, wie sich die Notfallversorgung im Kanton Bern bis 2035 weiterentwickeln soll. Zur Notfallversorgung gehören der ambulante ärztliche Notfalldienst, das Rettungswesen und die Notfallstationen der Spitäler. Der Fokus der Teilstrategie liegt auf dem Rettungswesen und der Schnittstelle der präklinischen zur klinischen Notfallversorgung.

Neben aktuellen Herausforderungen und bestehenden Versorgungsstrukturen zeigt die Teilstrategie innovative Lösungsansätze zur zukunftssträchtigen Gestaltung der Notfallversorgung auf. Diese soll für alle Personen im Kanton rasch zugänglich sein und in guter Qualität erbracht werden. Mit der Notfallversorgung von morgen wird die präklinische Versorgung in die Notfallmedizin integriert. Die Notfallversorgung zeichnet sich durch die enge Vernetzung der Akteure aus – im Falle eines Schlaganfalls beispielsweise vom Notrufeingang bei der Sanitätsnotrufzentrale bis zur hochspezialisierten Versorgung in einem Stroke Center. Grundlage dieser integrierten Notfallversorgung sind von den Akteuren gemeinsam geschaffene (digitale) Prozesse.

Damit sich die Notfallversorgung in diese Richtung entwickeln kann, sind insbesondere der Kanton, die Sanitätsnotrufzentralen und die Rettungsdienste sowie die Spitäler mit Notfallstationen gefordert. Aktuelle Daten zur Notfallversorgung müssen genutzt werden, um die bestehenden Abläufe und die Behandlungsergebnisse zu verbessern. Die regionale Verfügbarkeit von Notärztinnen und Notärzten für die präklinische Notfallversorgung muss gestärkt werden. In Ergänzung dazu soll im Kanton Bern ein kantonales Notfalltelemedizin-System geschaffen werden, das eine jederzeitige Verfügbarkeit von Notärztinnen und Notärzten für die digitale Zuschaltung in Rettungseinsätzen ermöglicht. Telemedizinische Schnittstellen sollen auch zwischen den Notfallstationen und den Rettungsdiensten installiert werden, damit bereits während des Rettungseinsatzes zusammengearbeitet werden kann. In der Notfallversorgung der Zukunft nimmt die Sanitätsnotrufzentrale für den Kanton Bern eine besondere Rolle ein: Sie wird zur integrierten Notruf- und Triagezentrale und steuert den Patientenpfad sektorübergreifend. So wird eine abgestufte Versorgung in bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen möglich.

3

Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen



3.1 Einleitung

Der Kanton Bern hat im Jahr 2020 die erste umfassende Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030 veröffentlicht. Diese übergeordnete Strategie soll in sechs Teilstrategien weiter konkretisiert werden. Dies sind:

- Integrierte Versorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Langzeitversorgung (ambulant und stationär)
- Palliative Care
- Rettungswesen
- Somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)

Die sechs Teilstrategien werden vom Gesundheitsamt der GSI erarbeitet. Sie legen den Fokus auf die von ihr verantworteten Bereiche. Die Teilstrategien beschreiben die Vision zur Ausrichtung des jeweiligen Fachbereichs aus Sicht des Kantons. Die Teilstrategien dienen als Leitlinie und sind keine detaillierten Umsetzungsplanungen.

Die vorliegende Teilstrategie gibt die Richtung vor, wie sich die Notfallversorgung im Kanton Bern bis 2035 entwickeln soll. Zur Notfallversorgung im Kanton Bern gehören der ärztliche Notfalldienst niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, das Rettungswesen und die Notfallstationen der Spitäler. Der Fokus der Teilstrategie liegt auf dem Rettungswesen – was sich auch im Titel widerspiegelt. Daher wird das Rettungswesen umfangreicher und detaillierter abgebildet als die beiden anderen Bereiche. Diese leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Notfallversorgung im Kanton Bern und werden in der Teilstrategie berücksichtigt, stehen aber nicht im Vordergrund. Zum Rettungswesen gehört in dieser Strategie auch der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD), der bei Katastrophen, Notlagen und Grossereignissen zum Einsatz kommt.

Inhaltlich knüpft die Teilstrategie an die Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)¹, an deren Handlungsfelder sowie an aktuelle kantonale Projekte an. Sie definiert die übergeordneten Ziele und Handlungsfelder für die zukünftige Ausgestaltung und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Kantons Bern. Sie richtet sich primär an die zentralen Leistungserbringer der Notfallversorgung (ambulanter ärztlicher Notfalldienst, Rettungsdienste, Sanitätsnotrufzentralen und Spitäler) sowie an weitere Akteure mit direktem Bezug zur Notfallversorgung.

¹ Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern vom 13. Juni 2023 (SpVG; BSG 812.11)

3.2 Aufbau des Textes

In den nachfolgenden Abschnitten werden wichtige Begriffe der Notfallversorgung definiert, relevante Herausforderungen aufgezeigt und zentrale Versorgungsstrukturen beschrieben. Kapitel 4 gibt einen Überblick über die Aktivitäten und Entwicklungen in der Notfallversorgung der Schweiz. In Kapitel 5 wird aufgezeigt, wo die Notfallversorgung im Kanton Bern heute steht, wie sie organisiert ist und in welchem Kontext und nach welchen Zielen und Grundsätzen sie sich zukünftig entwickeln soll. Darauf aufbauend wird in Kapitel 6 aufgezeigt, mit welchen Massnahmen diese Ziele erreicht werden sollen. Kapitel 7 zeigt anhand innovativer und konkreter Beispiele, wie sich die Notfallversorgung im Kanton Bern weiterentwickeln kann.

3.3 Begriffe

Notfallversorgung

Unter Notfallversorgung wird die Versorgung von notleidenden Personen durch den ambulanten ärztlichen Notfalldienst, das Rettungswesen und die Notfallstationen der Spitäler verstanden.

Rettungswesen

Das Rettungswesen ist Teil der Notfallversorgung. Der Begriff wird als Überbegriff für alle an der Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten beteiligten Leistungserbringer sowie für alle diesbezüglich eingesetzten Massnahmen verwendet. Der Begriff umfasst die gesamte Rettungskette vom Ereignisort bis zur Notfallstation im Spital. Zu den primär beteiligten Leistungserbringern gehören die Rettungsdienste und die Sanitätsnotrufzentralen (SNZ); sie werden als «Organisationen des Rettungswesens» bezeichnet.

Notarztsystem

Das Notarztsystem bezeichnet die Organisation und den Ablauf notärztlicher Leistungen über den Rettungsdienst. Notärzte und Notärztinnen der Rettungsdienste können bei schweren, insbesondere lebensbedrohlichen Notfällen bei Bedarf hinzugezogen werden. Nicht alle Rettungsdienste verfügen über ein Notarztsystem.

Notfall

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs «Notfall». Der Interverband für Rettungswesen (IVR) definiert einen Notfall als eine «Situation mit drohender Gefährdung der physischen oder psychischen Unversehrtheit». Folglich ist ein Notfallpatient resp. eine Notfallpatientin eine «Person, die unmittelbar und unvorhergesehen medizinische Hilfe benötigt»².

² <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

Rettungskette

Die Rettungskette beschreibt den strukturierten Ablauf von Massnahmen, die im Notfall ergriffen werden, um einer verletzten oder erkrankten Person schnellstmöglich Hilfe zu leisten (s. Abbildung 1). Die «präklinische Rettungskette»³ beginnt mit dem Notruf bei der SNZ, gefolgt von der Ersten Hilfe am Ereignisort, der organisierten Hilfe durch First und Rapid Responder und der anschliessenden professionellen medizinischen Versorgung durch den Rettungsdienst. Danach erfolgt die Übergabe der Patientin oder des Patienten an ein Spital oder eine spezialisierte medizinische Einrichtung. In einem umfassenderen Verständnis zählen die Sensibilisierung und Befähigung der Bevölkerung im Umgang mit medizinischen Notfällen, die klinische Versorgung durch die Spitäler sowie die Wirkungsmessung des Rettungseinsatzes zur Rettungskette dazu.⁴

Abbildung 1: Rettungskette (Quelle: IVR (2020); adaptiert durch GSI, 2025)



First und Rapid Responder

First Responder sind ausgebildete Laien, die ausserhalb des Rettungsdienstes koordinierte Erste Hilfe leisten, um die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes mit qualifizierten Massnahmen zu überbrücken.⁵ Rapid Responder sind Angehörige professioneller Rettungsdienste, die sowohl mit entsprechender Ausrüstung während ihrer Arbeit als auch in ihrer Freizeit für Einsätze in der Nähe ihres Wohnorts einsatzbereit sind. First und Rapid Responder können durch die kantonalen SNZ parallel zur Alarmierung der Rettungsdienste über eine App aufgeboden werden. Die First und Rapid Responder erhalten auf ihrem Mobiltelefon eine Meldung und können den Einsatz bei Verfügbarkeit annehmen. Die First Responder werden durch regionale Netzwerke organisiert und geschult. Im Unterschied dazu sind «Ersthelfende» oder «Nothelfende» Personen, die zufällig bei einem Ereignis anwesend sind und spontane Hilfe leisten.

³ Unter Präklinik wird die Beurteilung und Versorgung von Patientinnen und Patienten ausserhalb des Spitals verstanden.

⁴ <https://www.144.ch/ueber-uns/der-ivr/>

⁵ <https://www.firstresponder.be/de/>

Dringlichkeit

Die Einsätze durch die Rettungsdienste werden gemäss IVR nach Art und Dringlichkeit kategorisiert.⁶ Es wird unterschieden zwischen Primäreinsatz (P) und Sekundäreinsatz (S). Die Dringlichkeit des Einsatzes ist abhängig vom Zustand der notleidenden Person und wird mit den Ziffern 1 bis 4 eingestuft.

- **Primäreinsatz (P): Erstversorgung einer Person am Einsatzort und gegebenenfalls Transport zu einer geeigneten Behandlungsinstitution**
 - **P1:** Sofortiger Einsatz mit Sondersignal⁷ für eine instabile Person oder für eine Person mit hohem Risiko einer vitalen Verschlechterung
 - **P2:** Sofortiger Einsatz für eine stabile Person mit geringem bis mittlerem Risiko einer Verschlechterung
 - **P3:** Planbarer Einsatz für eine Person ohne Gefährdung oder ohne zu erwartende Gefährdung der Vitalfunktionen
- **Sekundäreinsatz (S): Verlegungstransport einer Person von einem stationären Leistungserbringer zu einem anderen**
 - **S1:** Sofortige Verlegung mit Sondersignal einer instabilen Person
 - **S2a:** Sofortige Verlegung einer stabilisierten Person mit mittlerem bis hohem Risiko einer Verschlechterung
 - **S2b:** Planbare Verlegung einer stabilisierten Person mit mittlerem bis hohem Risiko einer Verschlechterung
 - **S3:** Planbare Verlegung einer stabilen Person mit geringem Risiko einer Verschlechterung
 - **S4:** Transport einer stabilen Person ohne Risiko einer Verschlechterung und ohne apparative medizinische Überwachung

Einsatzablauf

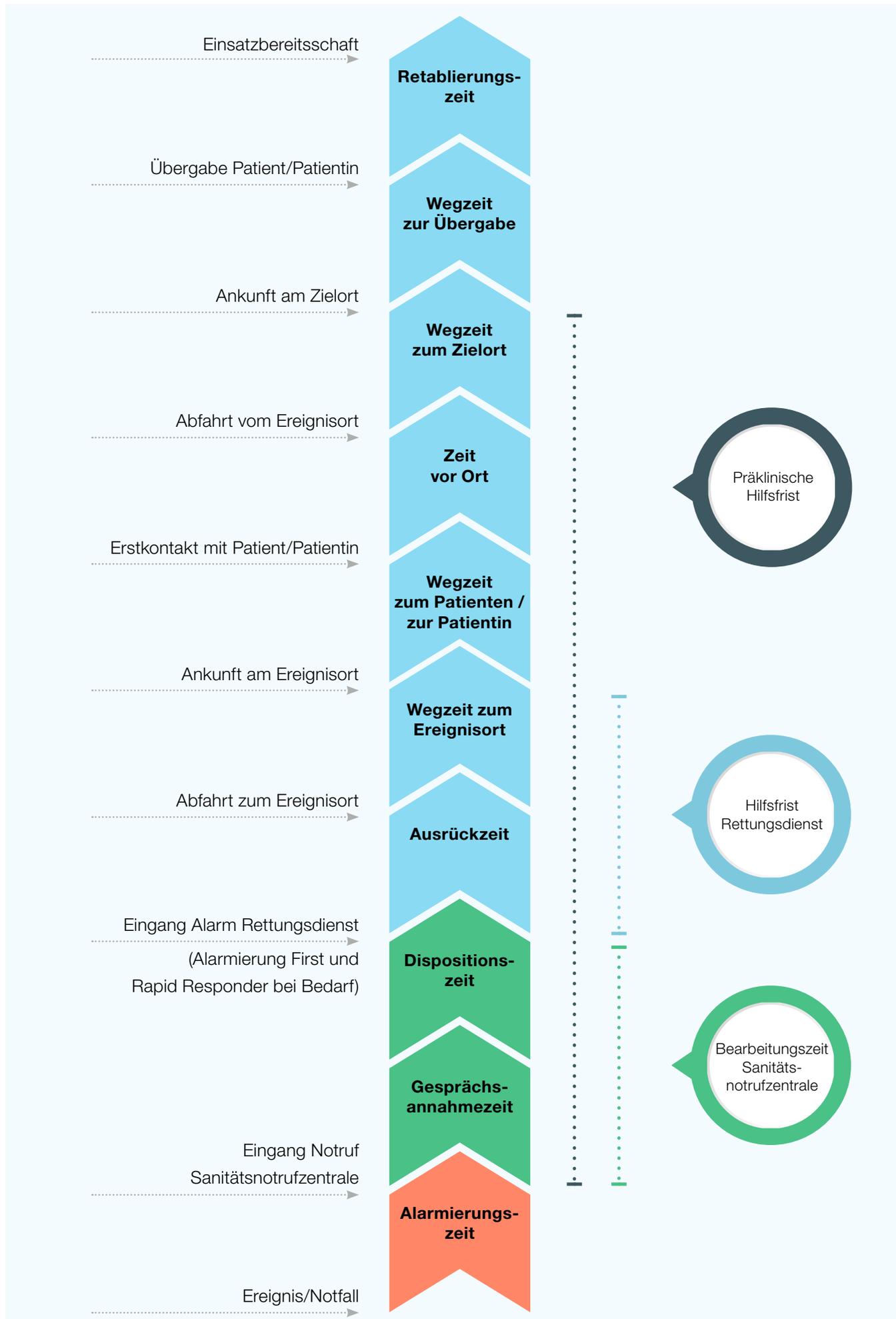
Der Einsatzablauf der präklinischen Rettungskette wird in verschiedene Zeitintervalle unterteilt, die als Indikatoren der Versorgungsqualität genutzt werden können (s. Abbildung 2).

⁶ <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

⁷ Begriff für Blaulicht und Wechselklanghorn



Abbildung 2: Zeitpunkte und -intervalle im Ablauf von Rettungseinsätzen (Quelle: GSI, 2025)



- **Bearbeitungszeit Sanitätsnotrufzentrale (SNZ):** Die Bearbeitungszeit ist die Summe der Gesprächsannahmezeit und der Dispositionszeit der SNZ. Der IVR empfiehlt, dass mindestens 90 Prozent der Notrufe innerhalb von zehn Sekunden entgegengenommen werden. Die Dispositionszeit, also das Intervall zwischen der Entgegennahme des Anrufs und der Disposition eines Rettungsmittels, soll gemäss IVR bei P1-Einsätzen in 90 Prozent der Fälle nicht länger als 180 Sekunden dauern.⁸
- **Ausrückzeit:** Die Ausrückzeit entspricht der Zeitspanne vom Eingang des Alarms beim Rettungsdienst bis zum Ausrücken des Rettungsmittels. Der IVR empfiehlt eine Ausrückzeit von weniger als zwei Minuten. Die Ausrückzeit kann durch bauliche oder organisatorische Massnahmen bei den Rettungsstützpunkten verkürzt werden.⁹
- **Hilfsfrist Rettungsdienst:** Die Hilfsfrist entspricht der Zeitspanne zwischen dem Eingang des Alarms beim Rettungsdienst und dem Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Einsatzort. Eine kurze Frist ist für gute Überlebens- und Heilungschancen der notleidenden Person entscheidend, insbesondere bei zeitkritischen Notfällen wie plötzlichem Kreislaufstillstand, Myokardinfarkt, Schlaganfall, schwerem Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma oder Sepsis.¹⁰ Der IVR empfiehlt eine Hilfsfristerreichung von 90/15 bei P1-Einsätzen. Demnach soll in mindestens 90 Prozent dieser Einsätze ein Rettungsteam innerhalb von 15 Minuten am Ereignisort eintreffen. Aus notfallmedizinischen Gründen wird eine Hilfsfrist von zehn Minuten empfohlen.¹¹
- **Präklinische Hilfsfrist:** Die präklinische Hilfsfrist entspricht der Zeitspanne zwischen dem Eingang des Notrufs bei der SNZ und der Übergabe der Person an das Spital. Gemäss den Empfehlungen zur notfallmedizinischen Versorgung im «Eckpunktepapier 2016» sollte die präklinische Hilfsfrist unter 60 Minuten liegen und die Versorgung im Spital innerhalb von 90 Minuten beginnen.¹²

Next-Best-Prinzip

Das Next-Best-Prinzip bezieht sich auf die SNZ-Einsatzdisposition von Rettungsmitteln für P1-Einsätze.¹³ Es zielt darauf ab, die Hilfsfristen zu minimieren und die verfügbaren Ressourcen optimal zu nutzen. Dabei wird das für den Notfall am besten geeignete und nächstgelegene verfügbare Rettungsmittel eingesetzt – über alle Rettungsdienste im Kanton Bern hinweg und über die Kantons Grenzen hinaus. In der Regel ist dies das geografisch nächstgelegene Rettungsmittel mit der kürzesten Fahrdistanz zum Einsatzort.

Zielspital

In der Schweiz entscheidet in der Regel die Einsatzleitung des Rettungsdienstes in Absprache mit dem Notarzt oder der Notärztin über das geeignete Zielspital. Dabei wird der Patientenwille – sofern die notleidende Person ansprechbar und urteilsfähig ist – nach Möglichkeit berücksichtigt. Relevant für die Wahl des Zielspitals sind der medizinische Zustand, die notwendigen Versorgungsangebote sowie die Nähe zum Spital und die aktuellen Kapazitäten der Notfallstation.

8 <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2023/12/Richtlinien-zur-Anerkennung-von-Sanitaetsnotrufzentralen-SNZ-144.pdf>

9 https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/Handbuch_Rettungsdienst_d_2022.pdf

10 <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

11 https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/RL_Rettungsdienst_d_2022.pdf

12 <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

13 <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

3.4 Herausforderungen

Die zentralen Herausforderungen für die kantonale Notfallversorgung zeigen sich im Kontext allgemeiner Entwicklungen im Gesundheitswesen wie dem Fachkräftemangel, dem demografischen Wandel, dem Kostendruck und der Digitalisierung. Nachfolgend werden die wichtigsten Herausforderungen der Notfallversorgung mit möglichen Lösungsansätzen beschrieben.

Versorgungsstrukturen integrieren

Herausforderung

Der Kanton Bern muss die präklinische Versorgung sowohl in dicht besiedelten Städten wie auch in bevölkerungsarmen Berggebieten gewährleisten. Der Mangel an ärztlichen Grundversorgern in ländlichen Gebieten, Spitalschliessungen sowie Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse beeinflussen das Angebot und die Erreichbarkeit der Spitäler für die klinische Anschlussversorgung. Regionale Unterschiede gibt es auch in der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung. Diese wird von den einzelnen Bezirksvereinen organisiert und läuft über verschiedene Telefonnummern für Notfälle. Das Bestehen mehrerer SNZ, Rettungs- sowie Transportunternehmen verursacht Koordinationsaufwand und birgt das Risiko von Ineffizienzen. Durch fehlende Koordination kann zum Beispiel der KSD bei Grossschadensereignissen nicht auf sämtliche Ressourcen wie Patiententransportmittel zugreifen.

Lösungsansatz

Schweizweit laufen Prozesse zur Konsolidierung der Versorgungsstrukturen hin zu grossen, vernetzten Organisationen. Im Kanton Bern werden sämtliche Versorgungsstrukturen am 4+-Regionen-Modell ausgerichtet. Dies unter anderem, um Kooperationen und Netzwerke der Integrierten Versorgung zu fördern. Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Rettungsdiensten und Spitälern wird die präklinische Notfallversorgung in die Notfallmedizin integriert. Standorte, Stützpunkte und Warteräume der Rettungsdienste werden regelmässig überprüft und angepasst. Durch bauliche und betriebliche Massnahmen werden Zeitintervalle im Einsatzablauf optimiert. Mit der Vereinheitlichung und Abstimmung von Prozessen zwischen den Leistungserbringern wird sichergestellt, dass Abläufe systemweit und sektorenübergreifend funktionieren.

Patientenpfad besser steuern

Herausforderung

Im Kanton Bern gibt es regional unterschiedliche Notfallnummern für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst. Nicht allen Personen ist klar, in welchen Situationen sie den ärztlichen Notfalldienst oder die SNZ anrufen sollen. Vor diesem Hintergrund verzeichnete das Rettungswesen in den letzten Jahren steigende Einsatzzahlen. Aufgrund des demografischen Wandels und der steigenden Anzahl chronisch kranker Menschen ist eine weitere Zunahme wahrscheinlich. Aber nicht jeder Anruf bei der SNZ benötigt ein Rettungsmittel, und nicht jeder Besuch auf einer Notfallstation ist notwendig. Die Erwartungshaltung, auch für medizinisch weniger dringliche Anliegen eine sofortige Versorgung zu erhalten, beansprucht das Rettungswesen. Aufgrund fehlender Schnittstellen zum ambulanten Sektor haben die SNZ aktuell begrenzte Triage-, Koordinations- und Beratungsmöglichkeiten. So haben die SNZ meist keinen Überblick über das Angebot ambulanter Notfallzentren, deren Öffnungszeiten und Verfügbarkeiten und verweisen Patienten und Patientinnen regulär nicht an diese Versorgungsstrukturen.

Lösungsansatz

Einheitliche Notfallnummern tragen dazu bei, dass sich Patientinnen und Patienten an die richtige Versorgungsstruktur wenden. Mit einer zentralen, effizienten und umfassenden Koordination der Rettungskette durch die SNZ werden Notleidende besser in bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen gelenkt. Schnittstellen der SNZ zum ambulanten ärztlichen Notfalldienst, zu ambulanten, dem Spitalnotfall vorgelagerten Strukturen und zum Spitalnotfall selbst sowie die Koordination von Transportleistungen erlauben eine zentrale Steuerung des Patientenpfads. Die SNZ hilft, die geeignete Versorgungsebene und -struktur zu finden, kann bei Bedarf selbst medizinische Beratungen vornehmen und an weitere Stellen triagieren.¹⁴ Sind weder Rettungswagen noch Patiententransport notwendig, kann die SNZ auch ein Taxi anfordern. Die Bevölkerung wird darin unterstützt, sich an die geeigneten Versorgungsstrukturen zu wenden.

14 <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-022-00998-x>

Digitalisierung nutzen

Herausforderung

Damit die Rettungskette optimal funktioniert, ist eine reibungslose Datenübermittlung zwischen den beteiligten Leistungserbringern zentral. Die beeinträchtigte Interoperabilität unterschiedlicher Systeme, die limitierte Nutzbarkeit vorhandener Informationen und die Notwendigkeit mehrfacher Dateneingabe behindern die Abläufe in der Rettungskette. Das Potenzial der Digitalisierung im Bereich der Telemedizin¹⁵ sowie KI-unterstützter Prozesse kann noch stärker genutzt werden.

Lösungsansatz

Durch Standardisierung und Weiterentwicklung von Schnittstellen (z.B. Service eProtokoll) wird die Interoperabilität unterschiedlicher Systeme hergestellt und ein medienbruchfreier, unmittelbarer und bidirektionaler Austausch relevanter Daten zwischen allen Beteiligten ermöglicht. Die Implementierung innovativer Tools zur Koordination und Disposition, zur telemedizinischen Konsultation und zum interprofessionellen Austausch unterstützt die medizinische Entscheidungsfindung und die präklinische Versorgung.

Ärztliche Notfallversorgung sicherstellen

Herausforderung

Die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Notfalldienst ist aufgrund des generellen Mangels an Grundversorgern und der geringen Dichte an Grundversorgern in peripheren Regionen teilweise eingeschränkt. Ein flächendeckendes bodengebundenes Notarztssystem für den Kanton Bern gibt es heute noch nicht. Rettungsdienste mit eigenen Notärzten und Notärztinnen gibt es aktuell in zwei der 4+ Versorgungsregionen. Für die Spitäler ist die Sicherstellung der Notfall- und Operationstätigkeiten aufgrund des Fachkräftemangels herausfordernd. Im Kontext des Fachkräftemangels ist es auch im Rettungswesen anspruchsvoll, ausreichend Fachpersonal zu gewinnen und zu halten.

Lösungsansatz

Mit innovativen Projekten und Massnahmen wird in jeder 4+ Versorgungsregion eine ausreichende Verfügbarkeit von Notärzten und Notärztinnen sichergestellt. Auch Dienstärzte und Dienstärztinnen des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes werden über die Bezirksvereine in die Versorgung eingebunden. Mit der Einführung neuer Berufsrollen werden geeignete Kompetenzprofile und ein gezielter Einsatz des Fachpersonals in der Versorgung ermöglicht. Stetige Weiterbildungen befähigen das Rettungspersonal, aktuelle Methoden einzusetzen, und bereiten es auf die adäquate Koordination und Beratung vor.

15 s. Glossar



3.5 Ansätze und Modelle

3.5.1 Versorgungsstrukturen

Im Folgenden wird ein nicht abschliessender Überblick über zentrale Versorgungsstrukturen in der Schweizer Notfallversorgung gegeben.¹⁶

Ambulanter ärztlicher Notfalldienst

Die ambulante ärztliche Versorgung, insbesondere durch Hausärztinnen und Hausärzte, ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Diese muss für dringende, aber nicht unmittelbar lebensbedrohliche medizinische Notfälle auch an Wochenenden, Feiertagen sowie während Abwesenheiten der behandelnden Ärztin resp. des behandelnden Arztes gewährleistet sein. Hierfür gibt es den ambulanten ärztlichen Notfalldienst, der durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte geleistet wird. Die Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung obliegt den Kantonen. Diese können die Organisation des Notfalldienstes den kantonalen Ärztegesellschaften übertragen, sofern dies gesetzlich geregelt ist. Die Mitwirkung beim Notfalldienst entsprechend den jeweiligen kantonalen Vorschriften gehört zu den Berufspflichten der Ärzteschaft.

Notfallpraxen

Die ambulante Versorgung bei akuten, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden wird auch durch Notfallpraxen (auch: Permanenzen, Walk-in-Kliniken) erbracht. Diese sind insbesondere ausserhalb der regulären Öffnungszeiten von Grundversorgerpraxen eine wichtige, dem Spitalnotfall vorgelagerte Anlaufstelle. Notfallpraxen können auch Bestandteil von Spitälern sein, und je nach Region kann in diesen der ambulante ärztliche Notfalldienst geleistet werden.

Bodengebundene Rettungsdienste

In der Schweiz gibt es über 100 bodengebundene Rettungsdienste. Diese stehen mit den regionalen SNZ in Verbindung und sind für die Rettung und die präklinische Notfallversorgung der Bevölkerung in Notfällen zuständig. Gegebenenfalls übernehmen sie auch dringliche Verlegungen zwischen Spitälern. In diesen Rettungsdiensten sind verschiedene Berufsgruppen tätig, beispielsweise Rettungs- und Transportsanitäter/-innen oder Anästhesiefachpersonal. Die Zusammensetzung der Einsatzteams ist unterschiedlich je nach Kanton und Rettungsdienst. Je nach Rettungseinsatz stehen unterschiedliche Fahrzeugtypen mit unterschiedlicher Ausrüstung zur Verfügung. Die Organisation der bodengebundenen Rettungsdienste liegt in der Verantwortung der Kantone, welche die Betriebsbewilligungen ausstellen und die Versorgung sicherstellen.

Notarztsystem

Gewisse Rettungsdienste verfügen über ein Notarztsystem, über das Notärzte und Notärztinnen bei Bedarf für die präklinische Notfallversorgung eingesetzt werden können. Notärzte und Notärztinnen kommen bei Notfällen mit lebensbedrohlichen Zuständen oder bei Erfordernis einer erweiterten medizinischen Behandlung zum Einsatz. Sie haben zusätzlich zu ihrem Facharzttitel den Fähigkeitsausweis Notarzt erworben. Notärztinnen und Notärzte werden durch die SNZ aufgebeten oder bei Bedarf durch die Rettungsdienste angefordert. Je nach System fahren sie direkt mit dem Rettungsteam mit oder gelangen mit einem separaten Einsatzfahrzeug zum Einsatzort.

¹⁶ Die Versorgungsstrukturen «Notfallpraxen» sowie «Wasser- und Bergrettung» werden hier der Vollständigkeit halber aufgeführt, sind aber nicht Bestandteil dieser Teilstrategie. Der «ambulante ärztliche Notfalldienst» wird in dieser Teilstrategie als Bestandteil des Rettungswesens und der präklinischen Versorgung verstanden.

Wasser- und Bergrettung

Die Wasser- und Bergrettung in der Schweiz ist durch spezialisierte, meist ehrenamtlich getragene Organisationen mit regionalen und fachlichen Zuständigkeiten oder durch Behörden (z.B. Kantonspolizei) strukturiert. Sie arbeiten eng mit anderen Rettungsdiensten und Blaulichtorganisationen zusammen, um im Notfall schnell und professionell Hilfe leisten zu können.

Luftrettung

Die Rettung in der Luft wird in der Schweiz durch diverse Organisationen sichergestellt. Die Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega) betreibt als einziges dieser Unternehmen eine eigene Notrufzentrale mit der Notrufnummer 1414.

Notfallstationen der Spitäler

Zielort für die Rettungsdienste ist heute primär ein Spital, das geeignet ist, die klinische notfallmedizinische Anschlussversorgung zu gewährleisten. Die Wahl des am besten geeigneten Zielspitals ist abhängig vom medizinischen Versorgungsbedarf, dem Patientenwillen sowie der Aufnahmekapazität im Zielspital. Im Allgemeinen sind die Notfallstationen rund um die Uhr geöffnet. Die Zuständigkeit für die Spitäler und somit auch für die Notfallstationen liegt bei den Kantonen.

Sanitätsnotrufzentralen (SNZ)

In der Schweiz gibt es 15 kantonale bzw. interkantonale SNZ, welche die seit 1999 schweizweit einheitliche und kostenlose Notrufnummer 144 für medizinische Notfälle betreiben. Die Disponentinnen und Disponenten nehmen die Notrufe entgegen, erfassen die Situation und entscheiden über den Bedarf und die Dringlichkeit des Rettungseinsatzes. Sie alarmieren die Rettungsdienste und geben Instruktionen zu (lebenserhaltenden) Erste-Hilfe-Massnahmen. Je nach Situation bieten die SNZ zusätzlich geeignetes Personal mit erweiterten Kompetenzen auf (beispielsweise Notärztin/Notarzt). Bei Notwendigkeit fordern sie zusätzliche Mittel wie First oder Rapid Responder, Luftrettung, Polizei oder Feuerwehr an und unterstützen sämtliche beteiligten Dienste bis zur Übergabe an das Zielspital. Der Betrieb der regionalen SNZ obliegt den Kantonen.

Koordinierter Sanitätsdienst (KSD) des Bundes

Die Kantone sind für das Gesundheitswesen verantwortlich. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz koordiniert die Planung und Vorbereitung für Ausnahmesituationen im Gesundheitswesen und unterstützt die Bewältigung von Ereignissen von nationaler Bedeutung. In Ausnahmesituationen wie Grossereignissen mit vielen Verletzten, Krisen, Katastrophen oder bei Krieg koordiniert der KSD des Bundes unter der Leitung der Kantone die eingesetzten sanitätsdienstlichen Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens, privater Organisationen und des Bundes.¹⁷ Ein webbasiertes Informations- und Einsatzsystem (IES) ermöglicht die Übersicht über die Ressourcen im Gesundheitswesen, das Personen- und Patientenmanagement, die Kommunikation und Alarmierung sowie die Übersicht über die Notaufnahmekapazitäten. Es enthält weitere Funktionen zur Unterstützung der Lagebewältigung.

¹⁷ <https://www.babs.admin.ch/de/ksd>

3.5.2 Integrierte Notfallversorgung

In der Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030 wird die Integrierte Versorgung als sektorenübergreifende Versorgungsform mit hoher Verbindlichkeit unter den beteiligten Leistungserbringern definiert, in der die ganzheitliche Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie deren Umfeld im Zentrum steht.

Die kantonale Notfallversorgung ist historisch gewachsen. Eine Integrierte Versorgung benötigt Flexibilität, innovative Versorgungsansätze und kann durch eine enge Zusammenarbeit und den Einsatz moderner Technologien unterstützt werden. Für die Notfallversorgung ist deshalb eine enge Vernetzung zwischen der SNZ, dem ambulanten ärztlichen Notfalldienst, den Rettungsdiensten, den First und Rapid Respondern sowie den Notfallstationen der Spitäler zentral. Hinzu kommt die Koordination mit Patiententransportunternehmen sowie weiteren Angebotsstrukturen in der Notfall- und Anschlussversorgung (s. Abbildung 3).¹⁸

Die Integrierte Notfallversorgung der Zukunft zeichnet sich durch die nahtlose Zusammenarbeit zwischen den Rettungsdiensten und den Spitälern aus. Fachärzte und -ärztinnen aus den Spitälern unterstützen per Telemedizin die Rettungsdienste am Einsatzort bei der Beurteilung und Behandlung der Notleidenden. Die Spitäler haben während des Rettungseinsatzes in Echtzeit Zugriff auf die medizinischen Daten und können sich dadurch optimal auf die rasche Übernahme der Person für die klinische Anschlussversorgung vorbereiten.

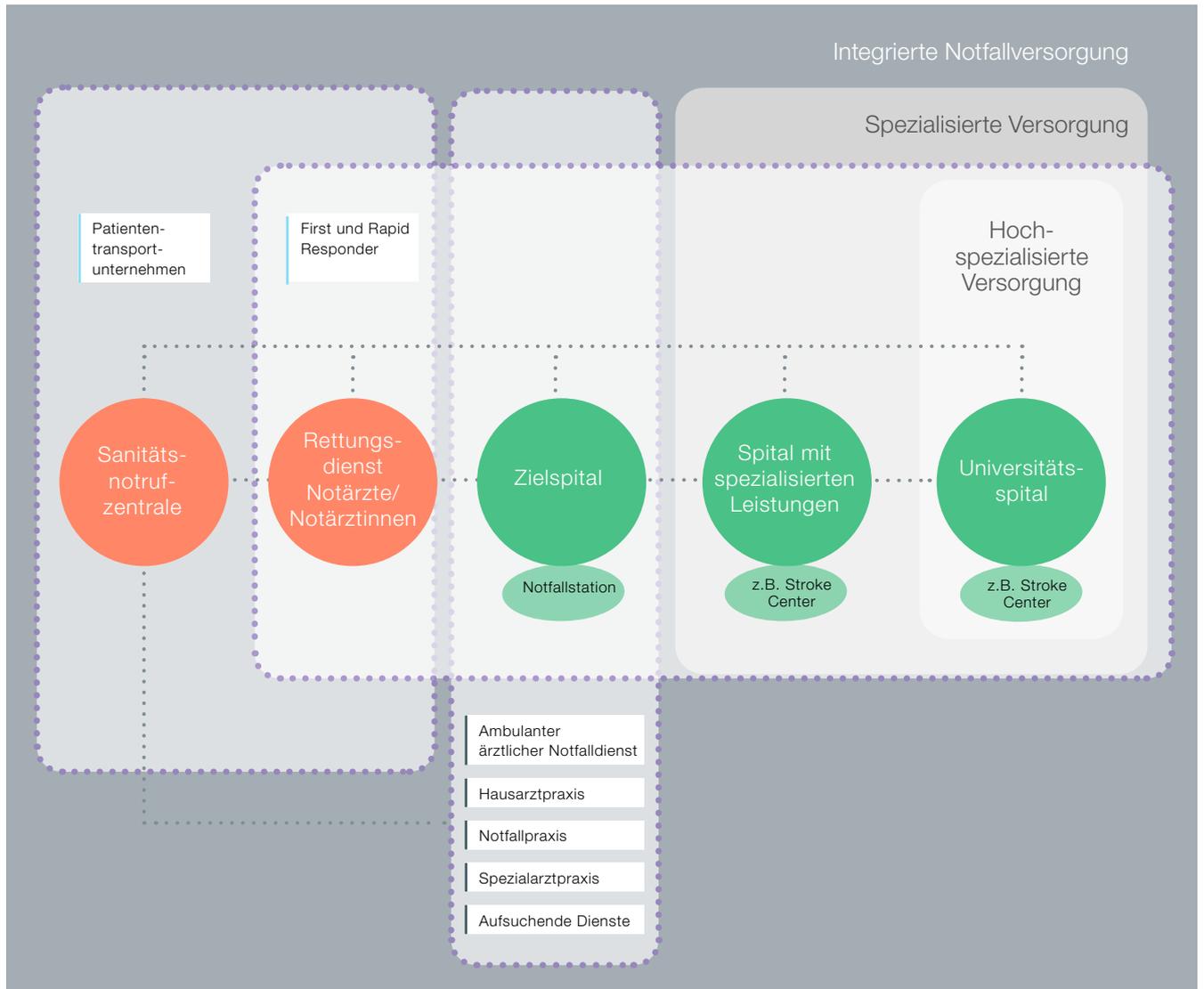
Der SNZ kommt eine wichtige Rolle in der Triage, Organisation und Koordination der Rettung sowie der Information und Beratung der notrufenden Person zu. Die SNZ hilft dabei, den am besten geeigneten Ort für die Versorgung zu finden. Hierfür ist die SNZ nicht nur mit den Rettungsdiensten und den Spitälern, sondern auch mit dem ambulanten ärztlichen Notfalldienst und den Patiententransportunternehmen vernetzt.

Basis der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist eine flächendeckende digitale Vernetzung zur medienunterbrechungsfreien Kommunikation. Medizinische und administrative Daten können jederzeit und von allen Akteuren übermittelt und genutzt werden. Ebenso zentral sind die Strukturen und Arbeitsprozesse, die zwischen den Akteuren optimal aufeinander abgestimmt sind. Damit die Integrierte Versorgung funktioniert, sind gemeinsame Triage- und Behandlungskonzepte und sektorenübergreifende Netzwerke notwendig. So sind beispielsweise die Spitäler mit ambulanten, vorgelagerten Notfallstrukturen wie Notfallpraxen vernetzt.

Die Integrierte Notfallversorgung wird in Abschnitt 5.9.8 anhand des Beispiels Schlaganfall beispielhaft beschrieben.

¹⁸ <https://doi.org/10.1007/s10049-022-00995-0>; https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_3

Abbildung 3: Integrierte Notfallversorgung (Quelle: GSI, 2025)



..... Netzwerk
 ■ / ■ Zentraler Akteur
 ■ Ergänzender Akteur
 - - - Verbindliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Netzwerk
 — Dem Spitalnotfall vorgelagerte Versorgungsstrukturen

4

Notfallversorgung in der Schweiz



4.1 Aktivitäten auf nationaler Ebene

Das Rettungswesen als Bestandteil der Notfallversorgung hat sich seit seinen Anfängen in den 1950er-Jahren vom einfachen Transportdienst zu einer professionellen präklinischen Versorgung entwickelt. Nachfolgend werden wichtige Organisationen des schweizerischen Rettungswesens beschrieben.

Interverband für Rettungswesen (IVR)¹⁹

Der Verein IVR ist die Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat den IVR beauftragt, Dienstleistungen im Bereich der Qualitätssicherung zu erbringen. So setzt der IVR Standards für die medizinische Rettung im Alltag sowie in besonderen und ausserordentlichen Lagen. Er definiert Richtlinien und Prozesse für die Anerkennung von Rettungsdiensten, Patiententransportdiensten und SNZ. Damit hat er die Voraussetzungen für eine kontinuierliche Leistungsüberprüfung (sog. Audits) und -verbesserung geschaffen. Im Jahr 2023 veröffentlichte der IVR die «Vision entlang der Rettungskette»²⁰, die Stossrichtung für die zukünftige Strategie zum Rettungswesen der Schweiz. Vorgeschlagen werden Richtziele zur schweizweiten Reduktion der Anzahl Rettungsdienste und SNZ. Primär- und Sekundäreinsätze sollen besser voneinander getrennt werden. Eine zentrale Rufnummer für nicht lebensbedrohliche Situationen und für medizinische Beratung und Koordination soll etabliert und die Beratungskompetenz der SNZ ausgebaut werden. Der ambulante ärztliche Notfalldienst soll an die SNZ angebunden werden. Der Rettungsdienst soll die Möglichkeit haben, Patienten und Patientinnen nicht nur an Spitäler, sondern auch an weitere Versorgungsstrukturen zu übergeben. Neue Technologien sollen integriert, das elektronische Patientendossier (EPD) an bestehende Systeme angebunden und die Telemedizin zwischen Rettungsdiensten und Notrufenden sowie zwischen Rettungsdiensten und Spitälern etabliert werden. Im Rettungswesen sollen neue Berufsbilder geschaffen, Karrieremöglichkeiten gefördert und die Attraktivität des ärztlichen Notfalldienstes verbessert werden.

FMH-Forum Notfall²¹

Die FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) ist der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Im FMH-Forum Notfall sind die am schweizerischen Rettungswesen interessierten ärztlichen Fachgesellschaften, der Zentralvorstand der FMH sowie das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerung und Sport (VBS) vertreten. Das Forum engagiert sich für eine interdisziplinäre und integrierte Notfallmedizin in der Schweiz. Es hat 2021 ein Leitbild zur medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz veröffentlicht, das Massnahmen für die Weiterentwicklung des Rettungswesens und die Verbesserung der Versorgungsqualität

¹⁹ <https://www.144.ch/>

²⁰ <https://www.144.ch/visionen-entlang-der-rettungskette-inputs-aus-dem-netzwerktreffen-vom-12-mai-2023/>

²¹ <https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/organisation/fmh-forum-notfall.cfm#i119033>

aufzeigt.²² Dazu gehören das Einrichten regionaler und überregionaler ambulanter Notrufzentralen mit Algorithmen zur Triage, ein Ausbau der Telemedizin, die Vernetzung des ambulanten und des stationären Notfallbereichs, die Sicherstellung verfügbarer Notärzte und Notärztinnen für die Rettungsdienste, die Zusammenführung von SNZ, die Zertifizierung aller Rettungsdienste (IVR oder gleichwertig) und das Betreiben eines Qualitätsmanagements auf Basis von Outcome-Daten.

Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)²³

Die SGNOR ist eine Fachgesellschaft, die sich der Förderung und Weiterentwicklung der Notfall- und Rettungsmedizin widmet. Sie vertritt Ärztinnen, Ärzte und Fachpersonen, die in Notfallstationen, Rettungsdiensten und verwandten Bereichen tätig sind. Zu den zentralen Aufgaben gehören die Förderung der medizinischen Qualität in Notfall- und Rettungseinsätzen, die Weiterbildung von Fachkräften sowie die Entwicklung von medizinischen Standards und Richtlinien. Darüber hinaus setzt sich die SGNOR für die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Notfallwesen ein. Sie hat diverse Empfehlungen und Leitbilder zu Aspekten des Rettungswesens und der notfallmedizinischen Versorgung veröffentlicht, unter anderem zu Reanimationen, Notfallstationen und der Weiterentwicklung der Notfallmedizin.²⁴

Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)²⁵

Das SRK ist ein Verein, der sich für Gesundheit, Integration und Rettung engagiert. Er wird unter anderem durch Bund und Kantone finanziert. Zum SRK gehören die vier Rettungsorganisationen Samariter Schweiz, Schweizerische Lebensrettungsgesellschaft (SLRG), Schweizerischer Verein für Such- und Rettungshunde (REDOG) und der Schweizerische Militär-Sanitäts-Verband (SMSV). Letzterer engagiert sich beim KSD und in der Ausbildung von Ersthelfenden. Samariter Schweiz setzt sich unter anderem für die Erste Hilfe bei Erkrankten und Verunfallten ein. Das SRK hat im Jahr 2020 die «SRK-Strategie 2030»²⁶ und den «Umsetzungsplan Suche, Rettung und Katastrophenhilfe»²⁷ verabschiedet. Diese Strategiedokumente sind für das Berner Rettungswesen der Zukunft insbesondere für den Bereich Erste Hilfe durch Freiwillige und somit für die Schnittstelle zum professionellen Rettungswesen von Relevanz.

Swiss Resuscitation Council (SRC)²⁸

Der SRC ist ein Verein, der die Bevölkerung und die Organisationen zum Thema Kreislaufstillstand sensibilisieren und die Bereitschaft und Befähigung zur Reanimation fördern will. Mit der 2023 vom SRC veröffentlichten «Nationalen Überlebensstrategie bei Kreislaufstillstand» sollen die Effizienz und die Effektivität in der Versorgung gesteigert und die Überlebenschancen bei einem Kreislaufstillstand in der Schweiz erhöht werden.²⁹ Zu den strategischen Zielen hat der SRC entlang der Rettungskette konkrete Massnahmen zur Vermeidung, Erkennung, Wiederbelebung und Nachversorgung sowie zu Kultur und Kontext formuliert. Die Massnahmen richten sich insbesondere an die Rettungsdienste und die Spitäler, aber auch an die SNZ.

22 <https://www.fmh.ch/files/pdf25/leitbild-der-fmh-zur-medizinischen-notfallversorgung-in-der-schweiz.pdf>

23 <https://sgnor.ch/de/ueber-uns>

24 <https://sgnor.ch/de/ueber-uns/publikationen>

25 <https://www.redcross.ch/de>

26 <https://www.redcross.ch/api/download/de/strategie-2030>

27 https://assets.ctfassets.net/e1zh0i858127/NK2KhLwk0uFjzIGglkXtx/25eafe230afbb5937fb3499aada55fb3/DIR_SRK_UP-Strategie_Rettung_d_2206.pdf

28 <https://www.resuscitation.ch/>

29 https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie/SRC_Ueberlebensstrategie_2023.pdf

4.2 Aktivitäten in anderen Kantonen

Kanton	Projekt	Beschreibung
AG	Ambulanter Notfalldienst 24/7 mit telemedizinischer Konsultation ³⁰	Das Departement Gesundheit und Soziales hat ein Pilotprojekt mit einem ambulanten hausärztlichen Notfalldienst ausserhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen durchgeführt. Das Angebot wird fortgeführt und weiterentwickelt. Die Medgate AG ergänzt den ärztlichen Notfalldienst mit telemedizinischen Beratungen. Die kostenpflichtige ärztliche Notrufnummer wurde durch eine kostenlose ersetzt. Die Evaluation hat ergeben, dass das Angebot für die Notfallversorgung in nicht lebensbedrohlichen Fällen als passend beurteilt wird. Die durchgängige Erreichbarkeit telemedizinischer Beratungen hat den Zugang zur Notfallversorgung verbessert. Es zeigte sich ein deutlicher Bedarf an telemedizinischer Notfallversorgung in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen. Allerdings konnten nicht alle ärztlichen Tätigkeiten durch das telemedizinische Angebot abgedeckt werden (z.B. Todesfallfeststellungen, fürsorgliche Unterbringungen). Auch sind Verbesserungen im Angebot für gewisse Bevölkerungsgruppen wie pflegebedürftige Personen angezeigt.
TI	First Responder und automatische externe Defibrillatoren (AED) ³¹	Der Kanton Tessin hat schweizweit die höchste Überlebenschancen bei Herz-Kreislauf-Problemen. Rund 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Kammerflimmern überleben dort ihren beobachteten Herz-Kreislauf-Stillstand. Die Rate in der Deutschschweiz liegt bei zirka 30 Prozent. Im Tessin wurden hierfür intensive Schulungen des SNZ-Personals betrieben, die Ausbildung der Bevölkerung in lebensrettenden Sofortmassnahmen eingeführt und gezielt AED eingekauft. Die Stiftung Ticino Cuore hat den Bedarf an AED anhand eines seit 2002 geführten Reanimationsregisters überprüft. Geräte wurden an strategisch sinnvollen Orten installiert. Zudem wurden alle Blaulicht-Organisationen wie die Kantons- und Gemeindepolizei, die Grenzschutz, die Militärpolizei, die grenznahe italienische Polizei und die Feuerwehr mit AED ausgerüstet und geschult. In einem Notfall werden diese und weitere 3500 First Responder via App alarmiert.
ZH	Pilotprojekt präklinische Fachspezialist*innen ³²	Ziel des Projekts war es, den Bedarf an präklinischen Fachspezialistinnen und -spezialisten (PFS) zu prüfen und die Eignung einer entsprechenden CAS-Weiterbildung an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften zu evaluieren. Rettungssanitäter/-innen mit dieser Weiterbildung erhalten erweiterte Kompetenzen bei der Untersuchung und Behandlung von Patienten und Patientinnen mit leichten Verletzungen oder Erkrankungen. Das Ziel ist es, dass diese nach der Versorgung zu Hause resp. im gewohnten Umfeld bleiben können oder selbständig und ohne Rettungswagen eine Ärztin, einen Arzt oder eine Notfallpraxis aufsuchen können. PFS unterstützen das Finden einer geeigneten Anschlussversorgung. Feldversuche zeigten, dass 32 Prozent der geprüften Einsätze (unklare Situationen aufgrund akuter Ereignisse zu Hause oder im Heim und ohne Sondersignal) für PFS geeignet gewesen wären und in 65 Prozent der Fälle ein Transport ins Krankenhaus hätte vermieden werden können. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass PFS langfristig Kosten und Ressourcen sparen können und eine interessante Berufsperspektive für Rettungssanitäter/-innen bieten. Aufgrund dieser positiven Erkenntnisse wurde beschlossen, das Berufsprofil im Rahmen einer Piloteinführung bis 2026 bei der Rettungsorganisation Schutz & Rettung Zürich, bei der Regio 144 AG und beim Rettungsdienst Spital Bülach AG schrittweise einzuführen.
VS	Echtzeit-Belegung der Notfallstationen des Spitals Wallis ³³	Das Spitalzentrum Oberwallis (Spital Wallis) hat ein digitales System eingeführt, das in Echtzeit die aktuelle Belegung der Notfallstationen anzeigt – also die Anzahl der aktuell aufgenommen oder angemeldeten Patientinnen und Patienten. Anhand der Kategorien «gering», «mittel» und «hoch» wird ausgewiesen, wie stark die Notfallstationen je Standort ausgelastet sind. Ausserdem werden auf der Webseite Kontaktangaben und Öffnungszeiten zu weiteren Anlaufstellen für nicht lebensbedrohliche Notfälle ausgewiesen. Das Ziel ist es, die Patientenpfade im Notfallsystem effizienter zu lenken, Wartezeiten zu verringern und die Belastung des Personals zu reduzieren. Durch die bessere Verteilung der Notfälle soll die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden des Spitals gesteigert werden. Langfristig soll das System so ausgebaut werden, dass Wartezeiten für unterschiedliche Dringlichkeitsstufen ausgewiesen werden können.

30 https://www.ag.ch/de/aktuell/medien/medienmitteilungen?mm=pilotprojekt-im-ambulanten-notfalldienst-erfolgreich-abgeschlossen-960ada94-25f4-46b5-8b21-9ba48f1f5ab8_de

31 <https://www.safety-security.ch/tessiner-und-berner-tun-dem-herzen-gut-herzkreislaufstillstand/>

32 <https://www.stadt-zuerich.ch/de/aktuell/medienmitteilungen/2024/03/piloteinfuehrung-von-praeklinischen-fachspezialist-innen.html>

33 <https://www.spitalwallis.ch/unsere-fachbereiche/fachbereiche-von-a-bis-z/notfall>



Notfallversorgung im Kanton Bern

5.1 Umsetzung der Versorgungsplanung 2016

In der Versorgungsplanung 2016 des Kantons Bern wurde das Ziel formuliert, die Versorgung im Rettungswesen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Rettungsdienste und durch die gezielte Optimierung der Einsatzstandorte sicherzustellen. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen der Arbeitsgruppe Optimierung Rettungswesen Kanton Bern (ORBE, s. 5.9.7.1) und umfasste die nachfolgenden sechs Handlungsfelder:

Hilfsfrist Rettungsdienst

Die Hilfsfristen der bodengebundenen Rettungsdienste wurden analysiert und Empfehlungen zu deren Optimierung formuliert. Für die Umsetzung wurde insbesondere die Teamverteilung pro Standort angepasst. Trotz eines starken Anstieges der Einsätze konnte dadurch bei gleichbleibenden Ressourcen die Versorgungssicherheit nach der Versorgungsregel 80/30 (s. Glossar) konstant gehalten werden (s. Infobox 1). Die Hilfsfristerreichung 90/15 (s. 3.3) gemäss IVR konnte nicht in allen Regionen des Kantons erreicht werden (s. 5.9.1). Sie soll weiterhin angestrebt werden und wird heute als Versorgungsziel in den Leistungsverträgen und Betriebsbewilligungen der kantonalen Rettungsdienste festgehalten.

Infobox 1: Entwicklung der Hilfsfrist und der Versorgungsregel im Kanton Bern

Dargestellt ist die Entwicklung der Hilfsfrist 90/15 der Rettungsdienste und der Versorgungsregel 80/30 für den Kanton Bern. Die Angaben in Prozent gelten für P1-, P2-, S1- und S2-Einsätze über die Jahre 2015 bis 2024. Es bestehen Einschränkungen bei der Datenvergleichbarkeit zwischen den Jahren. Mit dem Service eProtokoll sind ab dem Datenjahr 2025 standardisierte und damit vergleichbare Daten verfügbar.

	Einsätze	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hilfsfrist 90/15 erreicht in %	P1, P2, S1, S2	27,0	28,2	26,4	74,5	81,9	75,4	72,2	72,2	70,0	71,3
Versorgungsregel 80/30 erreicht in %	P1, P2, S1, S2	73,0	71,8	63,4	97,1	99,8	97,3	97,0	95,6	96,1	96,5

Disposition Rettungsmittel

Die Abläufe und Prozesse in den beiden kantonalen SNZ (Bern, Biel/Bienne) wurden besser aufeinander abgestimmt. Die unterschiedlichen Einsatzleitsysteme konnten in ein einheitliches System überführt werden. Das Next-Best-Prinzip bei der Disposition wurde eingeführt und wird heute in allen Regionen angewandt. Die Region Oberaargau, die bisher über die SNZ des Kantons Solothurn disponiert wurde, wurde als Alarmierungs- und Einsatzführungsgebiet in die SNZ Bern integriert.

Ausrückzeit

Die Ausrückzeiten wurden durch bauliche und organisatorische Massnahmen an verschiedenen Stützpunkten durch die Rettungsdienste optimiert.

Standortverschiebungen

Es wurden mehrere Analysen und Berichte zur Optimierung der Standortverteilung und der Hilfsfristen extern in Auftrag gegeben. Die meisten Empfehlungen wurden umgesetzt und die Verteilung innerhalb der Regionen weiter verbessert. Zur Optimierung der Hilfsfristerreichung in den Randregionen haben die Rettungsdienste zusätzlich Warteraumkonzepte eingeführt und umgesetzt.

Datengrundlage

Der Kanton Bern hat einen minimalen Datensatz zur Einsatzstatistik definiert und in einem Handbuch festgelegt, wie dieser erhoben werden soll. Auf dieser Basis wurde im Rahmen des Projekts Service eProtokoll (s. 5.9.7.2) für alle kantonalen Rettungsdienste eine einheitliche elektronische Einsatzprotokollierung eingeführt. Damit wurde die Datenverfügbarkeit und -qualität verbessert und eine Grundlage für ein Monitoring zu den Einsatzdaten, Kennzahlen und Hilfsfristen geschaffen.

Finanzierung

Der Kanton Bern finanziert die Rettungsdienste über ein Normkostenmodell. Dabei geht er davon aus, dass die Einsätze der Rettungsdienste kostendeckend verrechnet werden. In Ergänzung dazu finanziert der Kanton die einsatzfreie Zeit der Rettungsdienste und sichert damit die Einsatzbereitschaft. Die Abgeltung an den einzelnen Rettungsdienst berechnet sich aus dem Produkt der Anzahl Rettungsteams und der Normkosten pro Team und Jahr abzüglich der Erträge aller Einsatzkategorien. Das Modell bzw. die Eckwerte der Normkosten pro Team und die Anzahl der kantonsweit eingesetzten Teams werden periodisch gemeinsam mit den Leistungserbringern überprüft. Die Normkosten (s. 5.6) wurden im Anschluss an die Versorgungsplanung 2016 überprüft und neu berechnet. Sie sind mittlerweile fester Bestandteil der Leistungsverträge. Heute werden mit den Leistungsverträgen kantonsweit 40,57 Teams mit je 11 Vollzeitstellen (inkl. notärztliche Stellen) vorgehalten.

5.2 Vision

Alle Personen im Kanton Bern werden unabhängig vom Ereignisort des medizinischen Notfalls rasch mit Notfalleistungen von guter Qualität versorgt. Die Notfallversorgung ist modern, digital vernetzt, zwischen den Akteuren eng abgestimmt und in die Institutionen des Gesundheitswesens integriert.

5.3 Ziele

Der Kanton Bern verfolgt bei der Notfallversorgung folgende übergeordnete Ziele:

- Ziel 1** Die niederschwellige und rasch zugängliche Notfallversorgung ist im gesamten Kanton sichergestellt.
- Ziel 2** Die präklinische Notfallversorgung ist in die Notfallmedizin integriert und mit angrenzenden Versorgungsstrukturen koordiniert.
- Ziel 3** Die Strukturen und Prozesse der Notfallversorgung sind optimiert.
- Ziel 4** Die Notfallversorgung ist modern, innovativ und digital vernetzt.
- Ziel 5** Die Organisationen in der präklinischen Notfallversorgung verfügen über ausreichend und gut qualifiziertes Personal.

5.4 Grundsätze

Die Notfallversorgung im Kanton Bern soll sich auf Basis folgender Grundsätze weiterentwickeln.

Grundsatz	Erläuterung
4+ Versorgungsregionen	Unabhängig vom Ereignisort des Notfalls ist die Versorgung im Rettungswesen in allen 4+ Versorgungsregionen gewährleistet. Die Leistungserbringer des Rettungswesens inklusive Spitäler sind innerhalb der Regionen eng vernetzt. Sie optimieren die Rettungskette und verkürzen die Hilfsfristen. Das Next-Best-Prinzip wird von der SNZ konsequent umgesetzt, unabhängig von der Versorgungsregion.
Abgestufte Versorgung	Bei jedem Notfall wird die am besten geeignete Versorgungsantwort gewählt. Wenn notwendig, wird ein Rettungsmittel disponiert und das geeignete Zielspital angesteuert. Wo dies nicht notwendig ist, wird durch Beratung und Steuerung in geeignete Versorgungsstrukturen eine abgestufte Versorgung sichergestellt.
Integrierte Notfallversorgung	Die enge Vernetzung der Akteure in der Notfallversorgung ermöglicht eine effiziente Notfallversorgung von der Präklinik bis zur Versorgung in den Notfallstationen der Spitäler. Die SNZ als zentrale Koordinationsstelle verfügt hierfür über Schnittstellen zum ambulanten ärztlichen Notfalldienst, zu den Patiententransportdiensten und zu weiteren Akteuren des Gesundheitswesens.
Digitalisierung und Innovation	Neue medizinische und technologische Entwicklungen wie KI-Entscheidungshilfen und Telemedizin werden zur Unterstützung der Notfallversorgung genutzt und in bestehende Systeme und Prozesse integriert. Schnittstellen zwischen Systemen werden gepflegt. Die Datenintegration und die elektronische Vernetzung werden vorangetrieben.
Effizienz und Qualität	Die Strukturen und Prozesse der Notfallversorgung sind hinsichtlich effizienter Versorgung und Rettungskette mit dynamischer Einsatzdisposition abgestimmt. Die bestehenden Mittel werden für die bestmögliche medizinische Rettungsversorgung eingesetzt. Der Service eProtokoll ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsüberwachung und -verbesserung.

5.5 Rechtlicher Rahmen

Bund

Das Medizinalberufegesetz³⁴ schreibt vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung arbeiten, gemäss den Vorgaben der Kantone Notfalldienste leisten müssen. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)³⁵ regelt die Spitalversorgung. Es legt die Bedingungen für die Aufnahme von Spitälern auf die kantonalen Spitallisten fest, schreibt die Qualitätssicherung vor und regelt die Finanzierung der stationären Versorgung. Die stationäre notfallmedizinische Versorgung unterliegt den Vorgaben zur Spitalplanung gemäss KVG und der Krankenversicherungsverordnung (KVV)³⁶. Die Kantone sind gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG und Art. 58a KVV dazu verpflichtet, die stationäre Spitalversorgung zu planen. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)³⁷ ergänzt das KVG und konkretisiert die Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Dazu gehören die Beiträge an die Transport- und Rettungskosten. Medizinische notwendige Transporte zwischen Spitälern sind gemäss Art. 33 Bst. g KVV Bestandteil der stationären Behandlung. Ebenfalls auf Bundesebene geregelt ist der gesundheitliche Bevölkerungsschutz bei Grossereignissen, Katastrophen, Notlagen und bewaffneten Konflikten. Die Rechtsgrundlagen sind das Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz (BZG)³⁸ und die Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD)³⁹.

Kanton

Das kantonale Gesundheitsgesetz (GesG)⁴⁰ legt in Art. 30a fest, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung einen ambulanten Notfalldienst leisten müssen. Gemäss Art. 30b ist für die Organisation des Notfalldienstes der Berufsverband zuständig. Das GesG regelt weitere Details zum Notfalldienst wie die Ersatzabgabe beim Nichtleisten des Notfalldienstes (Art. 30c). Art. 15 GesG verankert die Berufsausübungsbewilligung für Gesundheits-, Psychologie- und universitäre Medizinalberufe auf kantonaler Ebene. Die Gesundheitsverordnung (GesV)⁴¹ definiert neben den im Bundesrecht geregelten Berufen weitere Berufe als bewilligungspflichtig (Art. 2); darunter Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter (Bst. p).

Auf Kantonsebene werden das Rettungswesen und die Notfallversorgung durch die Spitäler mit dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG)⁴² und der Spitalversorgungsverordnung (SpVV)⁴³ geregelt. Der Kanton plant die rettungsdienstlichen Vorhalteleistungen und schliesst mit den Rettungsdiensten Leistungsverträge ab. Gemäss SpVG stellt der Kanton Bern den Betrieb einer SNZ zur Koordination der sanitätsdienstlichen Rettungseinsätze und der Regionalen Rettungsdienste (s. 5.9.3.2) zur Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsleistungen sicher. Das SpVG und die SpVV definieren zudem die Aufgaben und die Organisation der SNZ und der Rettungsdienste sowie die Anforderungen für eine kantonale Betriebsbewilligung und die Finanzierung und Abgeltung durch Normkosten.

34 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11)

35 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10)

36 Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102)

37 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31)

38 Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz vom 20. Dezember 2019 (BZG; SR 520.1)

39 Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst vom 23. September 2022 (VKSD; SR 501.31)

40 Gesundheitsgesetz des Kantons Bern vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

41 Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen vom 24. Oktober 2001 (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111)

42 Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)

43 Spitalversorgungsverordnung des Kantons Bern vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

Die Ausbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe, welche im SpVG beschrieben ist, gilt auch für die Rettungsdienste. Die Direktionsverordnung über die Spitalversorgung (SpVDV)⁴⁴ führt die Bestimmungen zur Aus- und Weiterbildungsverpflichtung mit Relevanz für das Rettungswesen aus und legt die Abgeltungen für die Unterstützung der nicht universitären Gesundheitsberufe fest. Weiter ist in der SpVDV geregelt, welche Daten die Rettungsdienste dem Kanton zur Verfügung stellen müssen und wie hoch der Normkostensatz ist.

Das Kantonale Bevölkerungsschutz- und Zivilschutzgesetz (KBZG)⁴⁵ und die Kantonale Bevölkerungsschutzverordnung (KBZV)⁴⁶ legen ferner die Zuständigkeiten und Aufgaben zur Bewältigung von Katastrophen, Notlagen, Grossereignissen und Grossanlässen mit dem kantonalen KSD fest. Als Partnerorganisationen des KSD sind die kantonalen SNZ und die Rettungsdienste mitbetroffen. Der Kanton hat die entsprechenden rettungsdienstlichen Vorhalteleistungen zu planen und zu koordinieren und mit den Rettungsdiensten Leistungsverträge abzuschliessen.

5.6 Finanzierung

Ambulanter ärztlicher Notfalldienst

Die Finanzierung erfolgt unter anderem über Sozialversicherungsbeiträge (OKP, Unfallversicherung), Privatversicherungen (z.B. Zusatzversicherung oder private Unfallversicherung), Out-of-pocket-Zahlungen⁴⁷ für die gebührenpflichtige Telefonnummern und die ambulante Behandlung sowie Beiträge der Ärzteschaft. Ambulante Leistungen werden über das Tarifsystem TARMED (ab 1. Januar 2026 über TARDOC) und die ambulanten Pauschalen vergütet.

Sanitätsnotrufzentralen (SNZ)

Die Finanzierung erfolgt gemäss SpVG via Leistungsvertrag mit der GSI. Mit den Beiträgen an die SNZ wird die Alarmierung und Einsatzführung im Kanton über das ganze Jahr 24/7 sichergestellt. Die GSI legt auf Basis der Bedarfsplanung der SNZ die notwendigen Vollzeitäquivalente des Personals für die Einsatzdisposition und -koordinierung sowie die Administration fest. Mit den Kostendatensätzen der SNZ wird ein Kostendach für die Leistungsperiode definiert. Im Jahr 2023 hat der Kanton Bern für die Sicherstellung der beiden SNZ (inkl. technischem Betrieb) CHF 7 240 598 ausgegeben.

Rettungsdienste

Leistungen der Rettungsdienste werden über die Sozialversicherungen (OKP, Unfallversicherung), Privatversicherungen (z.B. Zusatzversicherung oder private Unfallversicherung), Out-of-pocket-Zahlungen und für Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag zusätzlich durch einen Kantonsbeitrag finanziert. Mit den kantonalen Beiträgen für die Rettungsdienste werden Vorhalteleistungen für die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft für P1- und P2-Einsätze abgegolten. Die Abgeltung basiert auf einem Normkostenmodell, wobei die GSI entsprechend Art. 27b Abs. 1 SpVV den genormten Betriebsaufwand alle drei Jahre zwischen den Kosten des zweit- und drittgünstigsten Rettungsdienstes festlegt. Die Normkosten

44 Direktionsverordnung über die Spitalversorgung des Kantons Bern vom 23. November 2021 (SpVDV; BSG 812.113)

45 Bevölkerungsschutz- und Zivilschutzgesetz des Kantons Bern vom 19. März 2014 (KBZG; BSG 521.1)

46 Bevölkerungsschutzverordnung des Kantons Bern vom 22. Oktober 2014 (KBSV; BSG 521.10)

47 s. Glossar

decken auch die Vorhalteleistungen für die notärztlichen Stellen ab (Art. 27a Abs. 2 SpVV)⁴⁸. Im Jahr 2023 betragen die Normkosten pro Team CHF 1 714 969. Insgesamt hat der Kanton Bern für die Vorhalteleistungen der Rettungsdienste rund CHF 15 000 000 ausgegeben.

Notfallstationen Spitäler

Die ambulanten Leistungen der Notfallversorgung durch die Spitäler finanzieren sich durch Sozialversicherungen (OKP, Unfallversicherung), Privatversicherungen (z.B. Zusatzversicherung oder private Unfallversicherung) und Out-of-pocket-Zahlungen. Vergütet werden die Leistungen primär über das Tarifsystem TARMED (ab 1. Januar 2026 über TARDOC) und die ambulanten Pauschalen. Die stationären Leistungen werden zu 55 % durch den Kanton und zu 45 % durch die OKP finanziert. Vergütet werden sie über das Tarifsystem Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG).

Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)

Zur Gewährleistung der Bereitschaft für die sanitätsdienstliche Bewältigung von Grossereignissen, Notlagen und Katastrophen gilt der Kanton für die SNZ und die Rettungsdienste Vorhalteleistungen ab. Diese werden entsprechend den Leistungsverträgen nach dem Baustein-System vergütet. Das heisst, die einzelnen Leistungen werden über einen Pauschalbeitrag vergütet, der auf einem errechneten Durchschnittswert basiert. Im Jahr 2023 hat der Kanton Bern für die Vorhalteleistungen der Rettungsdienste im Bereich KSD CHF 979 390 ausgegeben.

Interverband für Rettungswesen (IVR)

Der IVR finanziert sich neben anderen Einnahmen über Mitgliederbeiträge. Die Beiträge der Kantone bemessen sich nach der Anzahl der Einwohnenden und richten sich nach den Empfehlungen der GDK. Der Kanton Bern zahlte im Jahr 2024 CHF 94 629 an den IVR.

Bildung

Der Kanton Bern finanziert Aus- und Weiterbildungsleistungen von Berufen mit Relevanz für das Rettungswesen mit (s. 5.9.6). Im Jahr 2024 bezahlte der Kanton Bern rund CHF 403 000 für die Ausbildung dipl. Rettungssanitäter/-in, CHF 2 100 000 für Nachdiplomstudiengänge HF Intensivpflege Erwachsene/Pädiatrie, Anästhesiepflege und Notfallpflege sowie rund CHF 80 000 für die Kurskosten zur Einsatzführung bezahlt.

5.7 Qualität

Qualitätsverträge

Seit April 2022 sind Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Behandlungsqualität transparent zu messen und gezielt weiterzuentwickeln. Grundlage dafür ist eine Revision des KVG, die am 1. April 2021 in Kraft trat. Der neu eingeführte Artikel 58a KVG verlangt, dass die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer in nationalen Qualitätsverträgen festlegen, wie Qualitätsmessungen durchgeführt und Verbesserungskonzepte umgesetzt sowie veröffentlicht werden.

⁴⁸ Den Rettungsdiensten vergütete Notarztleistungen werden in der Revision zum Abzug gebracht.

Sanitätsnotrufzentralen (SNZ) und Rettungsdienste

Zentral für die Qualitätssicherung im Rettungswesen sind die Vorgaben des IVR (s. 4.1) zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der IVR gibt Empfehlungen zur Anerkennung der SNZ, der Rettungs- und Patiententransportdienste ab. Die Organisationen müssen ihre Leistungen durch geeignete Qualitätsmanagementsysteme jährlich überprüfen und stetig verbessern. Der IVR führt hierzu regelmässig Audits durch. Im Rahmen der Audits zur IVR-Anerkennung werden bei den Organisationen Massnahmen zur Qualitätsverbesserung festgelegt. Heute verfügen beide SNZ und alle sechs Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag über eine gültige IVR-Anerkennung oder sind dabei, diese zu erwerben. Neben weiteren Vorgaben definiert der IVR Anforderungen an die Ausbildung und Qualifikation des Personals.

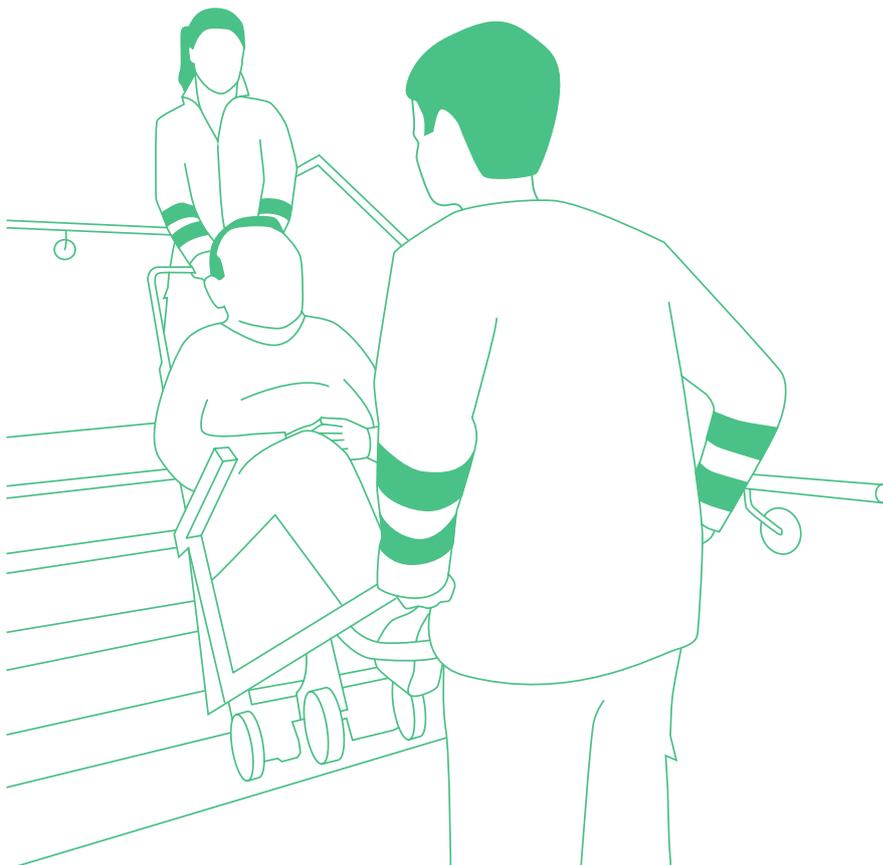
Notfallstationen Spitäler

Qualitätsvorgaben für die Notfallstationen bestehen insbesondere aufgrund der leistungsspezifischen Anforderungen «SPLG-Systematik Akutsomatik BE» und der «Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE»⁴⁹ für die Aufnahme auf die Berner Spitalliste. Darunter fallen unter anderem Vorgaben für die zeitliche Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten in den Notfall- und Intensivstationen. Für die Versorgung zeitkritischer Notfälle in spezialisierten Spitalzentren ausserhalb der Notfallstationen gelten weiter die aktuellen Anforderungen gemäss der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)⁵⁰, zum Beispiel betreffend die komplexe Behandlung von Schlaganfällen oder Schwerverletzten. Die Listenspitäler sind ferner Teil der kantonalen Qualitätssicherung.⁵¹

49 <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitallisten.html>

50 <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/die-ivhsm>

51 <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalstrategie.html>



5.8 Berichte und Strategien

Folgende kantonale Berichte und Strategien sind für die Konkretisierung der Teilstrategie Rettungswesen von Relevanz:

Berichte und Strategien	Erläuterung
Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030	Die Gesundheitsstrategie analysiert die Ist-Situation der kantonalen Gesundheitsversorgung und legt darauf aufbauend Ziele und Massnahmen fest. Im Bereich des Rettungswesens soll durch die Anpassung der Rettungsstandorte und die Straffung kleinräumiger Organisationsstrukturen das Optimierungspotenzial ausgeschöpft werden. Weiter sollen durch einen verbesserten Zugang, Austausch und ggf. Erhebung von Daten Entscheidungsgrundlagen geschaffen und die Transparenz verstärkt werden.
Teilstrategie Integrierte Versorgung 2024	Die Teilstrategie legt die Prinzipien fest, welche die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Kanton Bern leiten sollen. Dazu zählen die Umsetzung des 4+-Regionen-Modells, eine abgestufte Versorgung, der Vorrang ambulanter vor stationärer Behandlung und die Schaffung von Gesundheitsnetzwerken. Innerhalb regionaler Netzwerke sollen Versorgungsleistungen entlang des gesamten Patientenpfads koordiniert sein: von Gesundheitsförderung und Prävention über Diagnostik und Behandlung bis hin zu Langzeitversorgung und Palliative Care.
Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2026, Kanton Bern	Die Richtlinien geben Vision, Ziele, Entwicklungsschwerpunkte und Projekte für die Regierungspolitik im Kanton Bern von 2023 bis 2026 vor. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Teilstrategie stehen folgende Ziele und Perspektiven: Ziel 2: Der Kanton Bern nutzt die digitale Transformation, um wirkungsvolle, qualitativ hochstehende und effiziente Dienstleistungen zu erbringen. Ziel 2.5: Einführung des EPD. Bestreben für ein einziges EPD (OneEPD) in der ganzen Schweiz. Ziel 3.3: Umsetzung der Empfehlungen des Spitalberichts. Perspektive 3.A: Die Spitalversorgung wandelt sich in den Bereichen Ambulantisierung, Digitalisierung, Vernetzung von Versorgungsstrukturen sowie bedarfsgerechte Angebote rasch und grundlegend. Koordination und Kooperation sollen gefördert werden.
Die Berner Spitallandschaft im Umbruch, Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (kurz Spitalbericht) mit Würdigung durch den Regierungsrat (2020)	Der Spitalbericht beantwortet die Motion 192-2019. Er bildet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der bernischen Gesundheitsversorgung und schliesst mit verschiedenen Empfehlungen. Der Regierungsrat plant die Umsetzung des 4+-Regionen-Modells und des Hub-and-Spoke-Modells (Gesundheitsnetzwerke) und hat in der Würdigung eine Roadmap definiert. In grösseren und effizienteren Versorgungsregionen wird die bedarfsorientierte Versorgungssteuerung vereinfacht. Spitäler sollen bei der Netzbildung eine führende Rolle übernehmen. In Bezug auf das Rettungswesen ist aufgrund des Konzentrationsprozesses im Spitalsektor von einer Zunahme der Verlegungen auszugehen. Auch der Ausbau der Hub-and-Spoke-Strukturen bedarf ausreichender Rettungsdienstleistungen. Der Bericht zieht den Aufbau von Schnittstellen zwischen den Rettungsdiensten und ambulanten Strukturen wie Gesundheitszentren in Erwägung, zum Beispiel indem diese den Rettungsdiensten als Rettungsstützpunkt dienen.
Versorgungsplanung 2016, Kanton Bern	Mit dem Bericht wurde neben anderen Versorgungsbereichen das Rettungswesen in acht Regionen geplant. Zu den identifizierten Handlungsfeldern gehörten: 1. die Prüfung einer verbesserten Dispositionsstrategie der Einsatzleitzentralen, 2. Die Prüfung der Verschiebung von Rettungsstandorten, 3. die Verbesserung der Ausrückzeit und der Datengrundlagen. Es sollte zudem geprüft werden, ob die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten verbessert werden muss, insbesondere durch zusätzliche Bereitstellung von spezialisierten Versorgungseinheiten in den Akutspitälern.
Expertenberichte Institut für Modellbildung und Simulation, Ostschweizer Fachhochschule IMS-OST (erster Bericht für die Versorgungsplanung 2016, zweiter interner Bericht 2022)	Für das Rettungswesen wurden in den letzten Jahren zwei Aufträge zur Auswertung und Simulation der Hilfsfrist und der Standortoptimierung im Kanton Bern an das IMS-OST vergeben. Beide Aufträge wurden von der GSI inhaltlich eng begleitet. Das IMS-OST hat letztmals 2022 im Auftrag der GSI die umgesetzten Massnahmen aus dem Projekt ORBE evaluiert, weitere Entwicklungsmöglichkeiten für die bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton Bern analysiert und Empfehlungen verfasst (s. 5.9.7.1.). Basis der Untersuchung waren sämtliche Einsatzdaten aus dem Jahr 2021 von allen acht Rettungsdiensten im Kanton Bern.

5.9 Aktivitäten im Kanton Bern

5.9.1 Versorgungsregionen

Der Kanton Bern ist ein Flächenkanton. Geografische Versorgungsräume sind ein Planungsinstrument, um in jeder Region eine bedarfsgerechte und allen zugängliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Zur besseren Steuerbarkeit, zur Vermeidung von Redundanzen und Ineffizienzen sowie zur Förderung von Kooperationen und Netzwerken der Integrierten Versorgung plant der Kanton Bern die Gesundheitsversorgung neu in grösseren Regionen. Dazu ist eine Harmonisierung der Versorgungsregionen nach dem 4+-Regionen-Modell notwendig. Konkret soll es vier Versorgungsregionen geben:

- Bern-Mittelland
- Berner Oberland
- Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura
- Emmental-Oberaargau

Das Plus (+) steht für die französisch sprechende Region im Berner Jura. Die Leistungserbringer einer Region sollen ihr Angebot aufeinander abstimmen und besser koordinieren sowie vermehrt miteinander kooperieren. Das 4+-Regionen-Modell wird auch im Rettungswesen umgesetzt.⁵² Eine Übersicht zu den 4+ Regionen und den darin tätigen Rettungsdiensten sowie mit weiteren Angaben gibt Tabelle 1.

⁵² Die Grenzen der 4+ Versorgungsregionen des Rettungswesens unterscheiden sich geringfügig von jenen des allgemeinen 4+-Regionen-Modells des Kantons Bern. Zu sehen ist dies an den leicht unterschiedlichen Grenzverläufen zwischen der Abbildung 4 (4+-Regionen-Modell des Rettungswesens) und Abbildung 8 (allgemeines 4+-Regionen-Modell). Grund für die Abweichungen zwischen den 4+ Versorgungsregionen sind die historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen und regionale Zuständigkeiten, die in den Leistungsverträgen mit den Rettungsdiensten geregelt sind. Mit der Umsetzung des Next-Best-Prinzips hat die regionale Zuständigkeit heute eine untergeordnete Bedeutung.

Tabelle 1: 4+ Regionen, ständige Wohnbevölkerung 2023, Hilfsfrist gemäss IVR-Richtwert (P1) sowie Versorgungsregel 2024, Teamgrösse pro Rettungsdienst gemäss kantonalem Leistungsvertrag (P1+P2) 2025

4+ Versorgungsregionen	Bevölkerung	Hilfsfrist 90/15 (P1)*	Versorgungsregel 80/30 (P1+P2)*	Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag	Teamgrösse
Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	238 016	77,7	97,7	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	2,70
				Rettungsdienst Ambulanz Region Biel AG	4,30
Bern-Mittelland	418 083	80,3	96,4	Rettungsdienst Insel Gruppe AG	3,70
				Rettungsdienst Bern	9,20
Emmental-Oberaargau	199 384	75,6	94,1	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	8,50
Berner Oberland	208 050	80,8	97,6	Rettungsdienst Berner Oberland	12,17
	1 063 533				40,57

* Approximative Berechnung ohne Berücksichtigung des Next-Best-Prinzips: Durchschnitt für alle Rettungsdienste mit Leistungsauftrag in der jeweiligen 4+ Region (s. Abbildung 4), ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Einsatzorts.

Einsätze des Rettungsdienstes Insel Gruppe AG werden der 4+ Region Bern-Mittelland zugeordnet. Der IVR-Richtwert für die Hilfsfrist beschränkt sich auf P1-Einsätze. Angaben zu P1-, P2-, S1- und S2-Einsätzen sind unter 5.1 ersichtlich.

5.9.2 Ambulanter ärztlicher Notfalldienst

Der ambulante ärztliche Notfalldienst stellt die ärztliche Grundversorgung bei dringenden, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Fällen sicher, wenn Hausarzt/Hausärztin oder behandelnder Arzt/Ärztin fehlen. Er wird im Auftrag der Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) durch die Bezirksvereine organisiert.⁵³ Die Bezirksvereine haben sicherzustellen, dass für die Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet in dringenden Fällen eine ärztliche Grundversorgung gewährleistet wird. Wer als praktizierender Arzt oder praktizierende Ärztin in der Arztpraxis mit notwendiger Berufsausübungsbewilligung fachlich eigenverantwortlich Patientinnen und Patienten behandelt, ist verpflichtet, am allgemeinen Notfalldienst teilzunehmen. Der Zugang wird über eine Notfallofnummer sichergestellt. Die Notrufzentrale leistet medizinische Beratung und Triage zu den diensthabenden Notfallärzten und -ärztinnen, den Rettungsdiensten oder den Spitälern.⁵⁴

Der Notfalldienst beinhaltet unter anderem Beurteilungen zur fürsorgerischen Unterbringung (inkl. Verfügung), Hafterstehungsfähigkeitsbeurteilungen, Haus- und Heimbesuche sowie Todesfallfeststellungen. Die diensthabenden Ärzte und Ärztinnen müssen im Rahmen des Notfalldienstes auch in dringenden Fällen die ambulante Versorgung in Institutionen übernehmen, wenn die direkt betreuende Ärzteschaft nicht verfügbar ist und kein eigenständiger Notfalldienst besteht. Sie müssen nach der Meldung die betroffene Person innert nützlicher Frist aufsuchen, wobei zwei bis drei Stunden nur in begründeten Fällen überschritten werden sollten.

In einigen Regionen wird die Notfalldienstnummer durch Medphone betreut, eine Notfalldienstzentrale für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst der Kantone Bern und Luzern. Die Telefonzentrale ist rund um die Uhr besetzt und bietet medizinische Beratung. Bei lebensbedrohlichen Notfällen sollte die SNZ kontaktiert werden, damit schnellstmöglich ein Rettungsmittel entsandt werden kann.

⁵³ Grundsätze der BEKAG und des kantonsärztlichen Dienstes zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen»: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/aerztinnen-und-aerzte.html>

⁵⁴ <https://www.berner-aerzte.ch/de/informationen/fuer-patientinnen-und-patienten/notfall.html>

Tabelle 2: Ärztliche Bezirksvereine mit Notfalldienstnummern, 2025.

4+ Versorgungsregion	Bezirksverein	Notfalldienstnummer
Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Cercle Médical de Pierre-Pertuis	0900 935 555 Moutier: 0900 931 111
	Biel-Seeland	Biel: 0900 900 024 Seeland: 0900 144 111 Bucheggberg: 0848 112 112
Bern-Mittelland	Bern Regio	Medphone AG: 0900 57 67 47 (ab Festnetz) 0900 57 67 48 (für Prepaid-Nutzer)
Emmental-Oberaargau	Emmental	Medphone AG: 0900 57 67 47 (ab Festnetz) 0900 57 67 48 (für Prepaid-Nutzer)
	Oberaargau	0848 00 49 00
Berner Oberland	Berner Oberland	Medphone AG: 0900 57 67 47 (ab Festnetz) 0900 57 67 48 (für Prepaid-Nutzer)
	Thun und Umgebung	Medphone AG: 0900 57 67 47 (ab Festnetz) 0900 57 67 48 (für Prepaid-Nutzer)

5.9.3 Präklinische Notfallversorgung

5.9.3.1 First und Rapid Responder

Im Kanton Bern setzt sich der Verein First Responder dafür ein, notleidende Personen möglichst rasch mit Erster Hilfe zu versorgen. Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, mit dem Ausbau des First-Responder-Systems und des existierenden Netzes an AED die Überlebensrate bei beobachteten Herz-Kreislauf-Stillständen im Kanton Bern zu steigern, und pflegt dazu eine Übersicht über die AED-Standorte.⁵⁵ Träger und Mitglieder des Vereins sind die Rettungsdienste mit Leistungsauftrag des Kantons Bern. Die SNZ können über eine App First und Rapid Responder zusätzlich zum Rettungsdienst anbieten. In Situationen mit laufender Reanimation, Herz-Kreislauf-Stillstand, Bewusstlosigkeit mit möglichem Herz-Kreislauf-Stillstand oder akuten Thoraxschmerzen ist die Alarmierung von First und Rapid Respondern sinnvoll. First Responder im Kanton Bern haben eine Grundschulung bei einem Rettungsdienst absolviert und sind in der Anwendung von lebensrettenden Massnahmen zur Wiederbelebung geschult. Sie können den Einsatzort oft vor dem Rettungsdienst erreichen.⁵⁶

5.9.3.2 Bodengebundene Rettungsdienste

Bodengebundene Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag

Für die bodengebundene Rettung und medizinische Notfallversorgung im Kanton Bern sind die Regionalen Rettungsdienste (nachfolgend «Rettungsdienste» genannt) zuständig.⁵⁷ Im Kanton Bern gibt es aktuell sechs Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag. Diese verfügen über die notwendige Betriebsbewilligung (s. 5.5).

Mit der letzten Versorgungsplanung 2016 (s. 5.8) hat der Kanton Bern die damals bestehenden acht Versorgungsregionen für das Rettungswesen weitergeführt. Ab 2023 wurde auf Basis von Empfehlungen des Spitalberichts (s. 5.8) und des Projekts ORBE (s. 5.9.7.1) das 4+-Regionen-Modell auch für das Rettungswesen eingeführt (s. Tabelle 1). Das bedeutet, dass in jeder Region ein bodengebundener Rettungsdienst mit Leistungsauftrag bestehen soll. Für Regionen mit aktuell mehr als einem Rettungsdienst soll eine gemeinsame Trägerschaft gebildet werden. Dieses Zielbild wird derzeit durch die Rettungsdienste umgesetzt (s. 5.9.3.2). Mit der Disposition der Rettungskräfte durch die SNZ nach dem Next-Best-Prinzip (s. 3.3) sind die Rettungsdienste je nach Situation auch für Einsätze ausserhalb der eigenen Versorgungsregion zuständig.

Das Zielbild zur Zusammenführung der bestehenden Rettungsdienste mit Leistungsauftrag innerhalb der 4+ Versorgungsregionen ist heute noch nicht vollständig umgesetzt (s. 5.9.1). Die Regionen Emmental-Oberaargau und Berner Oberland haben bereits gemeinsame Trägerschaften gebildet. In anderen Regionen stehen entsprechende Arbeiten noch an. Neben der Bildung einer gemeinsamen Trägerschaft müssen auch die internen Prozesse optimiert und aufeinander abgestimmt werden.

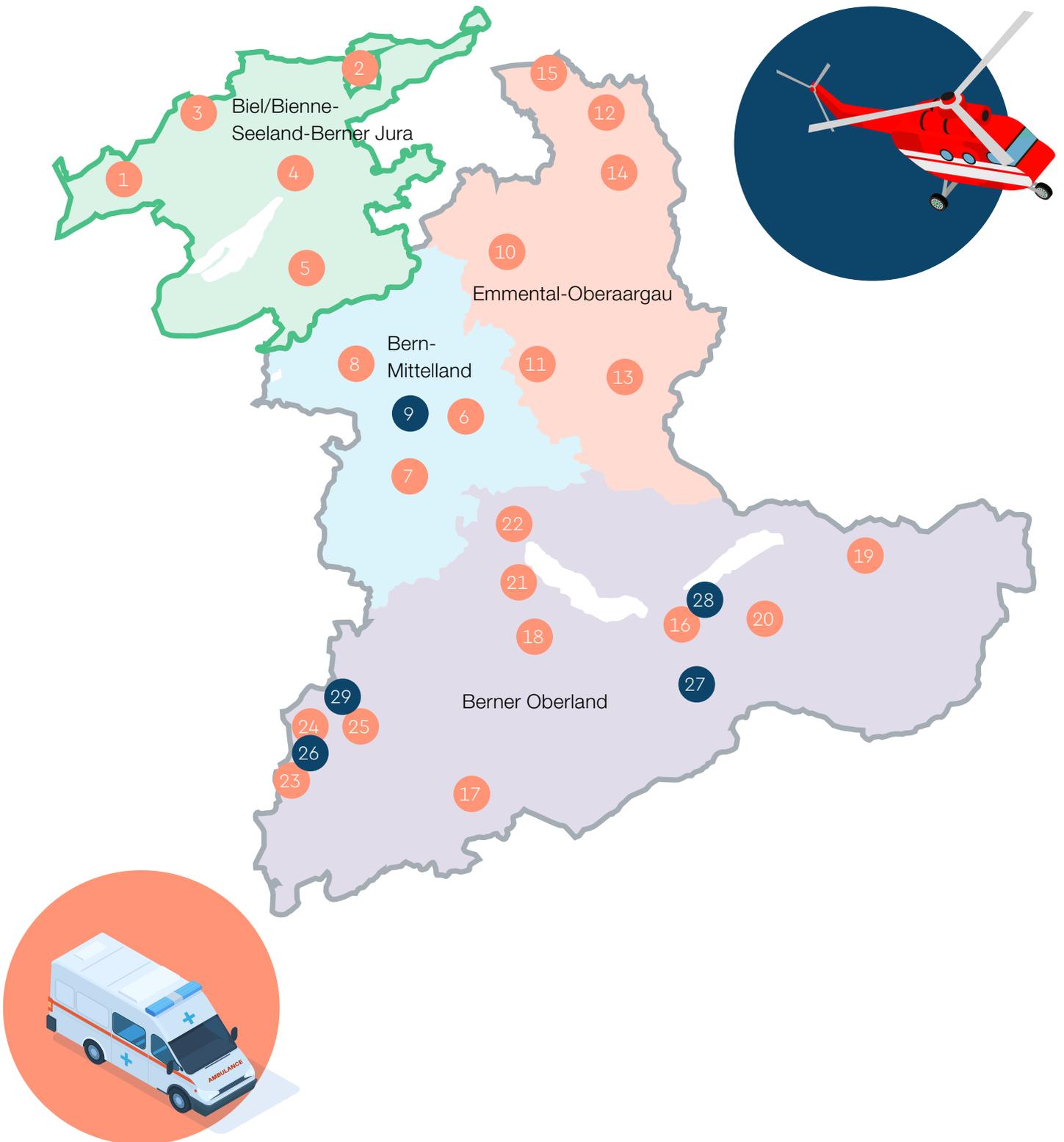
Mit Ausnahme des Rettungsdienstes Bern, der organisatorisch zur Stadt Bern gehört, sind die Rettungsdienste spitalgebundene Unternehmen (s. Legende zu Abbildung 4). Der Rettungsdienst der Insel Gruppe AG betreibt als einzige Organisation Standorte in zwei 4+ Versorgungsregionen.

⁵⁵ <https://www.firstresponder.be/de/defibrillatoren-aed>

⁵⁶ <https://www.firstresponder.be/de/ueber-uns>

⁵⁷ Darüber hinaus besteht zwischen dem Kanton Bern (Sicherheitsdirektion) und der Alpinen Rettung Schweiz (ARS) ein Leistungsvertrag für die Suche, Rettung, Bergung und notfallmedizinische Erstversorgung von erkrankten oder in Not geratenen Personen im alpinen und schwierig zugänglichen Gelände (auch zu Wasser). Die Bergrettung im Kanton Bern ist nicht Bestandteil dieser Teilstrategie.

Abbildung 4: Strukturen der Boden- und Luftrettung in den 4+ Versorgungsregionen des Rettungswesens im Kanton Bern (Quelle: GSI, 2025)



Legende zu Abbildung 4

Nr.	4+ Versorgungsregion des Rettungswesens	Trägerschaft	Rettungsdienst	Standort	Typ Standort	Typ Rettung
1	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	St-Imier	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
2	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Moutier	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
3	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Tramelan	Ambulanzstandort	bodengebunden
4	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Ambulanz Region Biel AG	Rettungsdienst Ambulanz Region Biel AG	Biel	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
5	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Insel Gruppe AG	Rettungsdienst Insel Gruppe AG	Aarberg	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
6	Bern-Mittelland	Insel Gruppe AG	Rettungsdienst Insel Gruppe AG	Münsingen	Ambulanzstandort	bodengebunden
7	Bern-Mittelland	Insel Gruppe AG	Rettungsdienst Insel Gruppe AG	Riggisberg	Ambulanzstandort	bodengebunden
8	Bern-Mittelland	Stadt Bern (Abteilung Schutz und Rettung Bern)	Rettungsdienst Bern	Bern	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
9	Bern-Mittelland	Stiftung Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Belp	Einsatzbasis	Luftrettung
10	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Burgdorf	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
11	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Grosshöchstetten	Ambulanzstandort	bodengebunden
12	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Langenthal	Ambulanzstandort	bodengebunden
13	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Langnau	Ambulanzstandort	bodengebunden
14	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Madiswil	Ambulanzstandort	bodengebunden
15	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG und Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Rettungsdienst Emmental-Oberaargau	Niederbipp	Ambulanzstandort	bodengebunden
16	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Wilderswil	Rettungsstützpunkt	bodengebunden

Nr.	4+ Versorgungs-region des Rettungswesens	Trägerschaft	Rettungsdienst	Standort	Typ Standort	Typ Rettung
17	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Adelboden	Ambulanzstandort	bodengebunden
18	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Frutigen	Ambulanzstandort	bodengebunden
19	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Meiringen	Ambulanzstandort	bodengebunden
20	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Grindelwald	Ambulanzstandort	bodengebunden
21	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Gesigen	Rettungsstützpunkt	bodengebunden
22	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Thun	Ambulanzstandort	bodengebunden
23	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Saanen	Ambulanzstandort	bodengebunden
24	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Saanenmöser	Ambulanzstandort	bodengebunden
25	Berner Oberland	Spitäler fmi AG und Spital STS AG	Rettungsdienst Berner Oberland	Zweisimmen	Ambulanzstandort	bodengebunden
26	Berner Oberland	Air-Glacières SA	Air-Glacières	Saanen	Einsatzbasis	Luftrettung*
27	Berner Oberland	Air-Glacières SA	Air-Glacières	Lauterbrunnen	Einsatzbasis	Luftrettung
28	Berner Oberland	Stiftung Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Wilderswil	Einsatzbasis	Luftrettung**
29	Berner Oberland	Stiftung Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)	Zweisimmen	Einsatzbasis	Luftrettung

* In den Wintermonaten steht Air-Glacières am Standort Saanen tagsüber ein Ambulanzfahrzeug für die Bodenrettung zur Verfügung (es besteht kein Leistungsauftrag mit dem Kanton Bern).

** Der Rega steht nebst Helikoptern für die bodengebundene Zubringung von Notärzten und Notärztinnen ein Einsatzfahrzeug zur Verfügung.

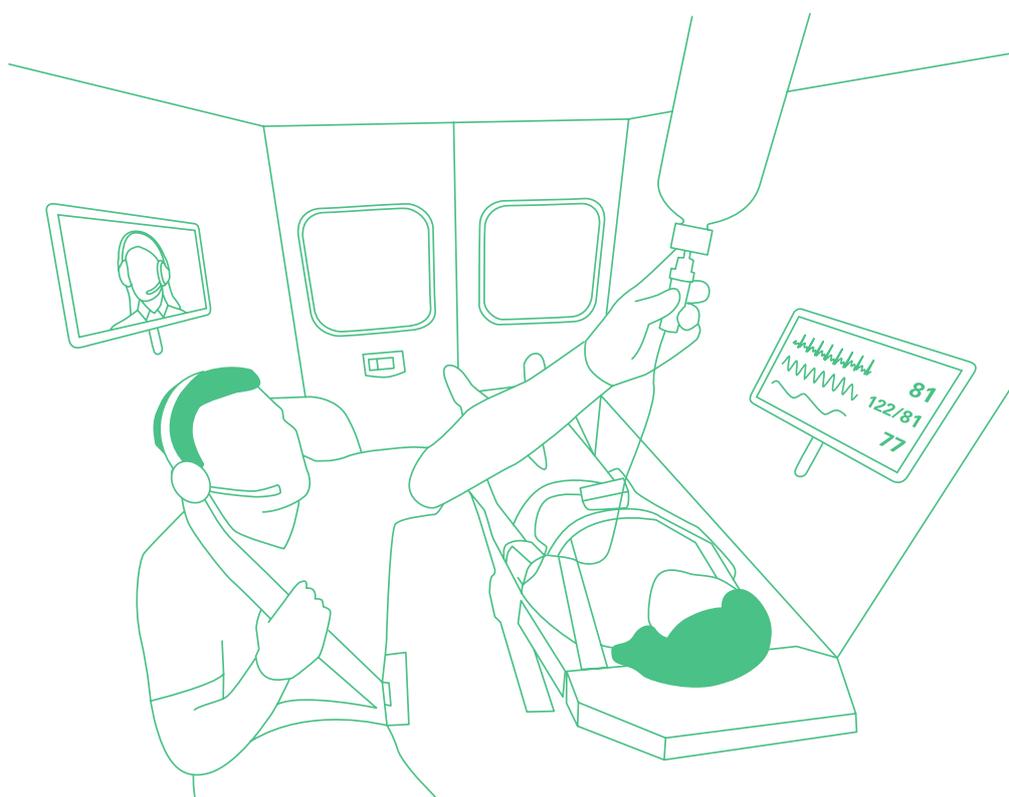
Die Berner Rettungsdienste betreiben zur Sicherstellung einer raschen Rettung innerhalb des Kantons 8 Rettungsstützpunkte und 17 Ambulanzstandorte (s. Abbildung 4). Bei den Rettungsstützpunkten handelt es sich um ständig besetzte Lokalitäten mit Infrastruktur wie Fahrzeughallen, Unterkünften, Desinfektionsinfrastruktur, Lagerlogistik. Ambulanzstandorte sind Lokalitäten mit Infrastruktur, die zu definierten Zeiten mit einem Rettungsmittel besetzt sind. Dazu ergänzend bestehen 14 Warteräume (s. Tabelle 3), die einem Ambulanzstandort ähnlich sind, aber keine rettungsdienstspezifische Infrastruktur umfassen (beispielsweise Parkplatz, Stromanschluss, Aufenthaltsraum). Die Rettungsstützpunkte, Ambulanzstandorte und Warteräume werden durch die jeweiligen Rettungsdienste betrieben. Auf Basis der Einsatzzeit und -häufigkeit definieren die Rettungsdienste die Prioritätsstufe und die Besetzungszeiten der Lokalitäten.

Tabelle 3: Warteräume der Rettungsdienste

Warteraum	4+ Versorgungsregion Rettungswesen
Shoppyländ Moosseedorf	Bern-Mittelland
Feuerwehrmagazin Belp	Bern-Mittelland
Feuerwehrmagazin Kirchberg	Emmental-Oberaargau
VBS* Anlage Grünenmatt	Emmental-Oberaargau
Volg Krattigen	Berner Oberland
Spital Interlaken Unterseen	Berner Oberland
Gemeindeverwaltung Niederried bei Interlaken	Berner Oberland
Iseltwald	Berner Oberland
Forsthaus Brienz	Berner Oberland
Bahnhof Grindelwald	Berner Oberland
Hotel des Alpes Saanenmöser	Berner Oberland
Alterszentrum Saanen	Berner Oberland
Restaurant Rohrbach Träff Ried	Berner Oberland
Lenk im Simmental	Berner Oberland

* Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport

Heute verfügen im ordentlichen Betrieb lediglich der Rettungsdienst Bern und der Rettungsdienst Emmental-Oberaargau über ein Notarzt-System, wobei der Rettungsdienst Bern den Grossteil der Notärzte und Notärztinnen von der Insel Gruppe AG bezieht. Die anderen Rettungsdienste setzen Personal mit erweiterten Qualifikationen (z.B. Anästhesiepflege) und zusätzlich ärztlich delegierten medizinischen Kompetenzen ein (z.B. Medikation, Injektion). Je nach Wetterlage können Notärzte und Notärztinnen über die Luftrettung zugebracht werden (s. 5.9.3.4).



Einsatzkennzahlen der Rettungsdienste

Die Einsatzzahlen für die nicht planbaren Einsätze (P1–P2 und S1–S2) durch die Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag sind zwischen 2014 und 2024 um 83 % angestiegen, während die planbaren Einsätze (P3, S3–S4) um 96 % abgenommen haben (s. Abbildung 5). Die Entwicklung der Einsatzzahlen für die Kategorien der Primäreinsätze ist in Abbildung 6 ersichtlich. Diese haben zwischen 2018 und 2024 um 44 % zugenommen, was einem durchschnittlichen Zuwachs von 2977 Einsätzen pro Jahr entspricht. Die Sekundäreinsätze (s. Abbildung 7) haben zwischen 2018 und 2024 hingegen um 65 % abgenommen (durchschnittlich 1456 Einsätze weniger pro Jahr). P3- und S3-Einsätze werden heute nur noch selten durch die Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag geleistet: 2024 waren es rund 100 P3-Einsätze und rund 330 S3-Einsätze.

Abbildung 5: Anzahl nicht planbare und planbare Einsätze der Rettungsdienste nach Jahr, 2014–2024 (Quelle: GSI, 2025)

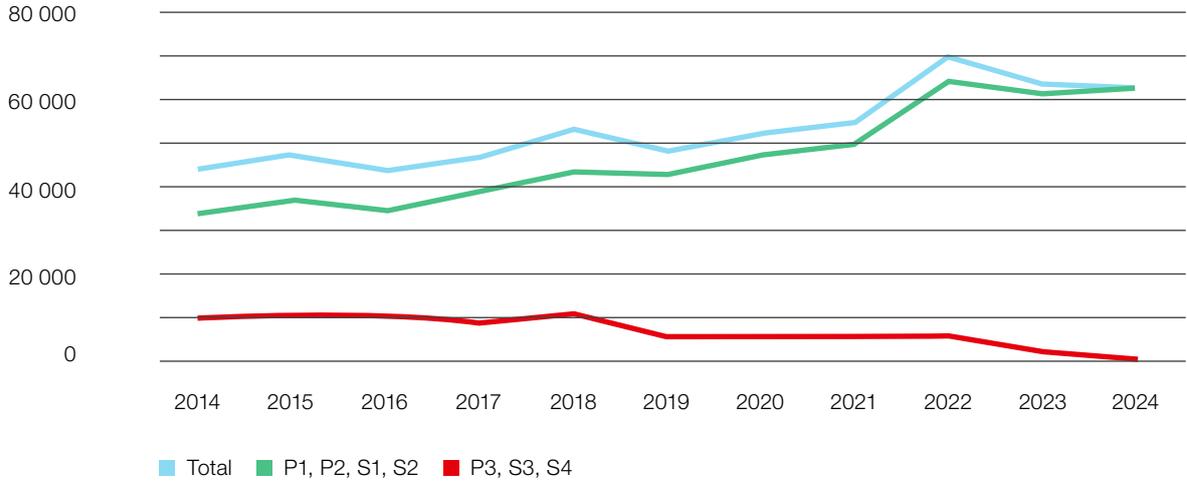


Abbildung 6: Anzahl Primäreinsätze der Rettungsdienste nach Jahr, 2018–2024 (Quelle: GSI, 2025)

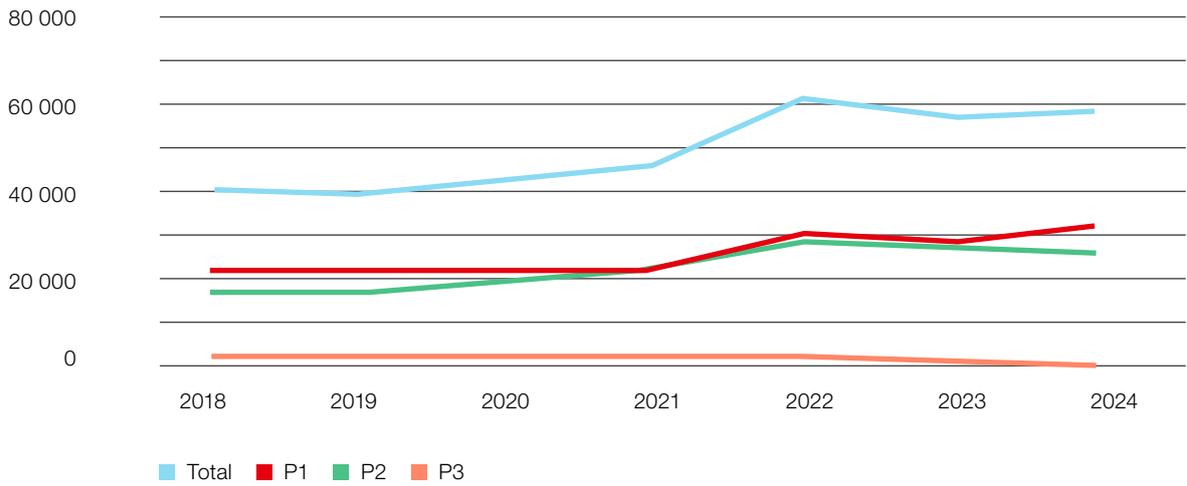
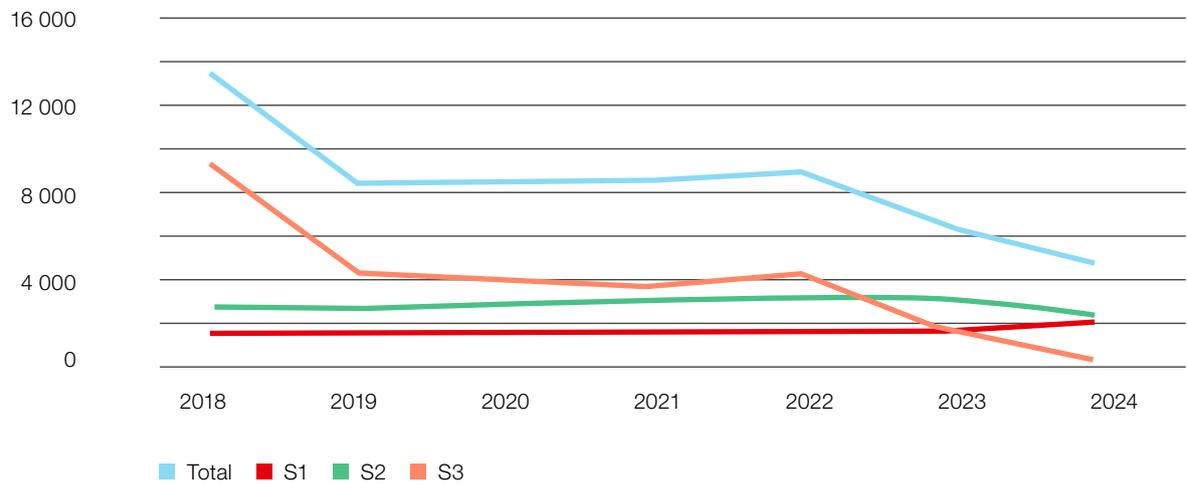


Abbildung 7: Anzahl Sekundäreinsätze der Rettungsdienste nach Jahr, 2018–2024 (Quelle: GSI, 2025)



Bodengebundene Rettungsdienste ohne kantonalen Leistungsauftrag

Neben den Rettungsdiensten mit kantonalem Leistungsauftrag gibt es weitere im Kanton Bern tätige bodengebundene Rettungsdienste, die kein bestimmtes Verantwortlichkeitsgebiet versorgen und daher nicht im Leistungsauftrag des Kantons handeln (s. Tabelle 4). Die entsprechenden Unternehmen können insbesondere in nicht dringlichen Situationen Unterstützung bieten, zum Beispiel bei Grossanlässen.

Rettungsdienste ohne kantonalen Leistungsauftrag müssen für P1–P2 und S1–S2-Einsätze innerhalb des Kantons Bern im Besitz einer kantonalen Betriebsbewilligung sein (s. 5.5). Ausserkantonale Rettungsdienste mit einer Betriebsbewilligung können bei Bedarf auch im Kanton Bern zum Einsatz kommen (und umgekehrt), zum Beispiel wenn Rettungsmittel der Leistungsauftragsnehmer nicht verfügbar sind.

Tabelle 4: Bodengebundene Rettungsdienste mit Betriebsbewilligung im Kanton Bern, jedoch ohne kantonalen Leistungsauftrag, 2025

Trägerschaft	Trägerschaft
Air-Glaciers SA	Ambulanz Grenchen (Stadt Grenchen)
Ambulanz Sense AG	Rettungsdienst Solothurner Spitäler AG
Stiftung Event Ambulanz	Schweizerische Rettungsflugwacht Rega
AAA Alpine Air Ambulance AG	TCS Ambulance Services Mittelland AG
Verein Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung	TCS Ambulance Aargau AG

5.9.3.3 Patiententransportdienste

Es gibt im Kanton Bern eine Vielzahl von Unternehmen, die Transporte und Verlegungen von Patientinnen und Patienten anbieten, zum Beispiel zwischen Spitälern oder zwischen Spitälern und Pflegeheimen. Die Unternehmen unterscheiden sich im Angebot der medizinischen Leistungen sowie in der Qualifikation des eingesetzten Personals. Während gewisse Unternehmen ähnlich funktionieren wie ein Taxiservice, bieten andere eine medizinische Betreuung mit Gesundheitsfachpersonal (z.B. Rettungssanitäter/-innen, Pflegepersonal) an. Patiententransportdienste bedürfen im Kanton Bern im Gegensatz zu anderen Kantonen⁵⁸ derzeit keiner Betriebsbewilligung, weshalb hier keine gesundheitspolizeiliche Aufsicht besteht. Im Kanton Bern gibt es einen Patiententransportdienst mit einer IVR-Anerkennung. Da der Kanton für Patiententransporte keine Vorhalteleistungen finanziert, bestehen auch keine Leistungsverträge.

Tabelle 5: Patiententransportdienst mit IVR-Anerkennung, 2025

Organisation	Leistungen
easyCab medical AG (Niederwangen)	S3/S4 Einsätze

58 https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/notfall_rettung/projekt_optimierung_rettungswesen_anforderungen_erlaeuterungen.pdf

5.9.3.4 Luftrettungsdienste

Neben den bodengebundenen Rettungsdiensten gibt es im Kanton zwei Luftrettungsdienste mit insgesamt fünf Einsatzbasen innerhalb des Kantons (s. Tabelle 6 und Abbildung 4). Die beiden Luftrettungsdienste operieren im gesamten Kanton Bern. Es bestehen keine Leistungsverträge mit dem Kanton.

Tabelle 6: Luftrettungsdienste ohne kantonalen Leistungsauftrag, 2025

Organisation	Einsatzbasen
Air-Glacières SA	Saanen, Lauterbrunnen
Schweizerische Rettungsflugwacht Rega	Belp, Wilderswil, Zweisimmen

5.9.4 Notfallstationen der Spitäler

Die akutsomatischen Spitäler übernehmen die klinische notfallmedizinische Anschlussversorgung nach der Patientenübergabe durch die Rettungsdienste und stellen den Zugang zur stationären Versorgung sicher. Zudem sind die Notfallstationen der Spitäler auch direkte Anlaufstellen für Notleidende und erbringen ambulante Notfalleleistungen. Im Kanton Bern sind an 14 Spitalstandorten Notfallstationen für eine 24-Stunden-Notaufnahme verfügbar. An 8 Spitalstandorten existieren eingeschränkte Notfallstationen, das heisst mit delegiertem Notfall in der Nacht und an Wochenenden (s. Abbildung 8).⁵⁹ Von den 14 Spitalstandorten mit Notfallstationen haben 8 eine Intensivstation, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) zertifiziert ist.⁶⁰ Eine Übersicht über die Anzahl Fälle und Notfälle für das Jahr 2023 pro akutsomatischem Spitalstandort findet sich in der Legende zur Abbildung 8.

59 Alle akutsomatischen Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe «Basispaket (BP) Chirurgie und Innere Medizin» gemäss aktueller Spitalliste (<https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalisten.html>) bieten grundsätzlich eine uneingeschränkte Notfallversorgung an. Standorte mit dem Leistungsauftrag BP müssen eine Level-1-Notfallstation führen. Standorte mit dem Leistungsauftrag BP für elektive Leistungserbringer (BPE) müssen für einzelne Leistungsgruppen ebenfalls eine Notfallstation haben. Gemäss der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)-Systematik und den entsprechenden leistungsspezifischen Anforderungen werden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen verschiedene Levels von Notfallstationen definiert (s. vorhergehender Link). Je höher das Level, desto grösser die Anforderungen an die Verfügbarkeit von spezifischem Fachpersonal und an die zeitliche Zugänglichkeit.

60 <https://www.swiss-icu.ch/de/anerkannte-intensivstationen>

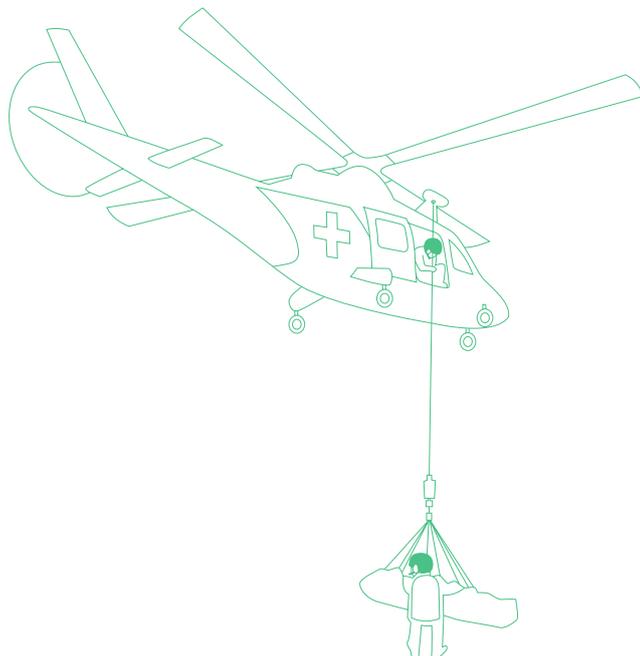
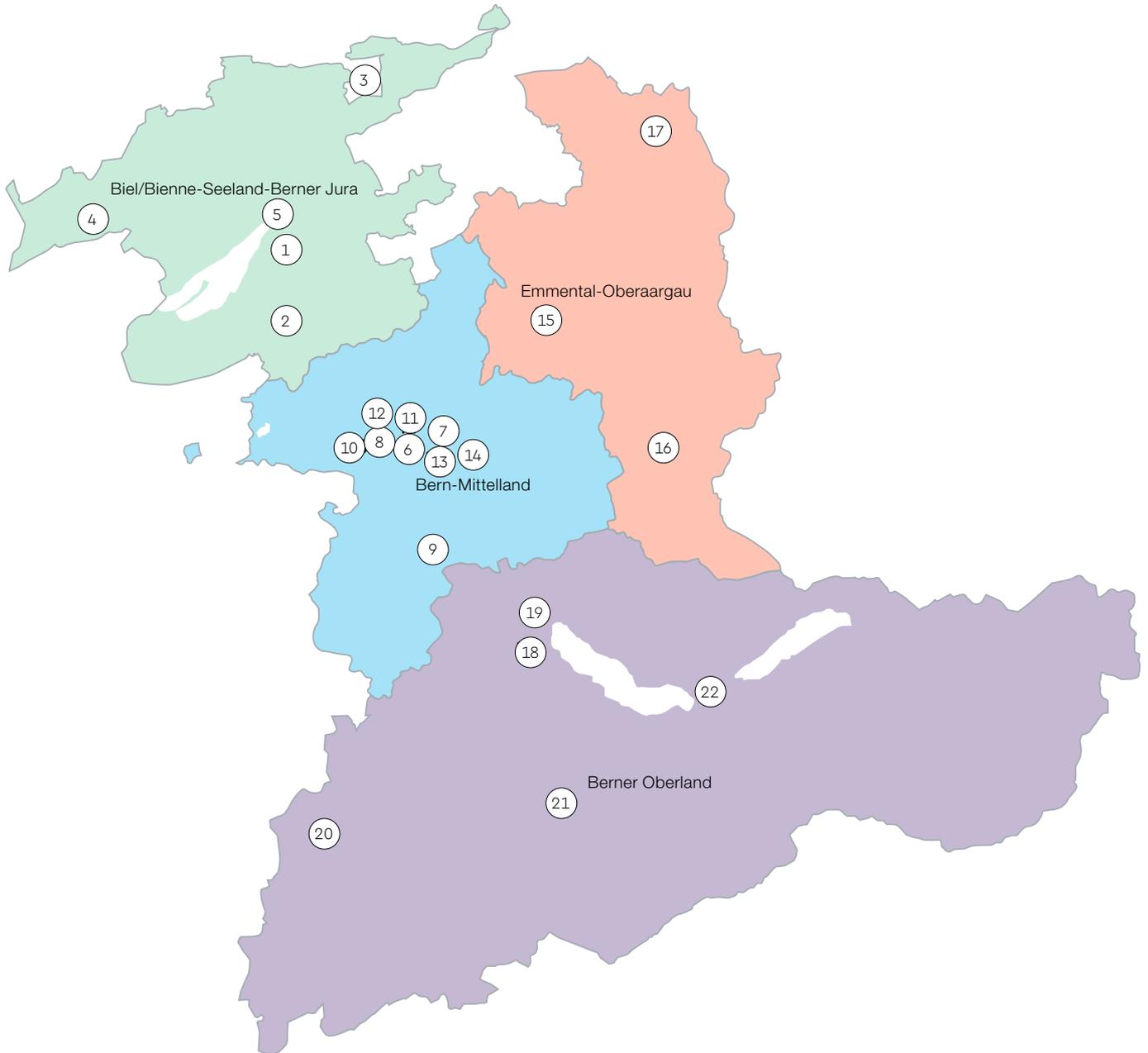


Abbildung 8: Akutsomatische Spitalstandorte mit Notfallstationen im Kanton Bern (Quelle: GSI, 2025)



Legende zu Abbildung 8 mit Fällen und Notfalleintritten im Jahr 2023

Nr.	4+ Versorgungsregion des Rettungswesens	Unternehmen	Spitalstandort	Notfallversorgung**	Anzahl Fälle	Anzahl Notfalleintritte
1	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Hirslanden Klinik Linde AG	Klinik Linde	uneingeschränkt	6 692	1 520
2	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Insel Gruppe AG (nicht universitär)	Spital Aarberg	uneingeschränkt	3 335	2 118
3	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Réseau de l'Arc SA	Hôpital de Moutier	uneingeschränkt	1 550	1 076
4	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Réseau de l'Arc SA	Hôpital de Saint-Imier	uneingeschränkt	3 218	1 674
5	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Spitalzentrum Biel AG	Spitalzentrum Biel	uneingeschränkt	14 096	8 534
6	Bern-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Klinik Beau-Site	uneingeschränkt	5 650	1 336
7	Bern-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Klinik Permanence	eingeschränkt	2 790	393
8	Bern-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Salem-Spital	uneingeschränkt	8 985	1 471
9	Bern-Mittelland	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	Spital Riggisberg	eingeschränkt	1 519	1 088
10	Bern-Mittelland	Insel Gruppe AG (universitär)	Inselspital	uneingeschränkt	48 118	19 716
11	Bern-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Engeriedspital	eingeschränkt	4 288	1 478
12	Bern-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Lindenhofspital	uneingeschränkt	19 014	4 902
13	Bern-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Sonnenhofspital	uneingeschränkt	5 039	473
14*	Bern-Mittelland	Siloah AG	Klinik Siloah	eingeschränkt	1 260	174
	Bern-Mittelland	Swiss Medical Network Hospitals SA	Privatklinik Siloah	eingeschränkt	1 715	15
15	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG	Spital Burgdorf	uneingeschränkt	8 162	3 728
16	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG	Spital Langnau	eingeschränkt	2 665	1 834
17	Emmental-Oberaargau	SRO AG	Spital Langenthal	uneingeschränkt	8 595	4 718
18	Berner Oberland	Medaxo Klinik AG	Klinik Homad	eingeschränkt	1 460	13
19	Berner Oberland	Spital STS AG	Spital Thun	uneingeschränkt	15 631	8 150
20	Berner Oberland	Spital STS AG	Spital Zweisimmen	eingeschränkt	1 623	1 455
21	Berner Oberland	Spitäler fmi AG	Spital Frutigen	eingeschränkt	2 202	1 518
22	Berner Oberland	Spitäler fmi AG	Spital Interlaken	uneingeschränkt	7 734	4 804

Quelle: Medizinische Statistik, Datenjahr 2023. Aufgeführt sind inner- und ausserkantonale Fälle für Standorte auf der Spitalliste Akutsomatik per 1.4.2025 mit einer Notfallstation und mit Leistungsauftrag Basispaket oder Basispaket Elektiv.

* Die Notfallstation wird gemeinsam auf dem Campus Siloah in Gümligen geführt.

** Uneingeschränkt: Notfallstation mind. Level 2; eingeschränkt: Notfallstation Level 1 (s. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik Kanton Bern, Version 2025).

Während alle Spitäler mit einer Notfallstation im Kanton Bern eine akut- und notfallmedizinische Versorgung gewährleisten, gibt es spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen, die nur in spezifischen Spitälern angeboten werden.⁶¹ Bei zeitkritischen Notfällen, die eine komplexe Behandlung erfordern, ist das spezifische Leistungsangebot der Spitalstandorte für die Wahl des am besten geeigneten Zielspitals besonders relevant. So gibt es im Kanton Bern beispielsweise für die hochspezialisierte Behandlung von Schlaganfällen lediglich ein Stroke Center (s. 5.9.8) und für die Behandlung von Schwerverletzten ebenfalls lediglich einen Standort.⁶²

5.9.5 Koordination der Notfallversorgung

5.9.5.1 Sanitätsnotrufzentralen (SNZ)

Im Kanton Bern gibt es derzeit zwei SNZ, die im Leistungsauftrag der GSI handeln. Es sind dies die SNZ 144 Bern und die SNZ 144 Biel/Bienne. Gemeinsam leiten und koordinieren sie gemäss SpVG die Einsätze im Kanton. Im Rahmen der Einsatzplanung und -leitung sind die SNZ gegenüber den Rettungsdiensten weisungsbefugt. Die SNZ betreiben für den ganzen Kanton die einheitliche Notrufnummer 144.

Die SNZ 144 Bern verantwortet die Alarmierung und Einsatzführung der Rettungsdienste in den 4+ Versorgungsregionen Bern-Mittelland, Emmental-Oberaargau und Berner Oberland.⁶³ Für die 4+ Versorgungsregion Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura ist die SNZ 144 Biel/Bienne zuständig (s. Abbildung 4). Die SNZ leiten alle Luft-einsätze an die Einsatzzentrale der Rega am Flughafen Zürich weiter, die über eine eigene Notrufzentrale für die Luftrettung verfügt.

Auf Basis von Daten zur regionalen Einsatzhäufigkeit und -dauer entscheiden die SNZ, wo Rettungsmittel vorgehalten werden müssen und welches das nächste und am besten geeignete Rettungsmittel für den Einsatz ist. Um die Versorgungssicherheit im gesamten Kanton zu gewährleisten, können die SNZ situativ Rettungsmittel zu Stützpunkten, Standorten, Warteräumen oder anderen Lokalitäten ohne Infrastruktur disponieren (z.B. Feuerwehrmagazin, Parkplatz).

Tabelle 6: Luftrettungsdienste ohne kantonalen Leistungsauftrag, 2025

Organisation	Trägerschaft	Alarmierungs- und Einsatzführungsgebiet (4+ Versorgungsregionen)
SNZ 144 Bern	Stadt Bern (Abteilung Schutz und Rettung Bern)	Bern-Mittelland, Emmental-Oberaargau, Berner Oberland
SNZ 144 Biel/Bienne	Ambulanz Region Biel AG	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura

61 s. Fussnote 59: Die Versorgung ist mitunter abhängig vom Level der jeweiligen Notfallstation.

62 <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste>

63 Die SNZ verantworten die Alarmierung und Einsatzführung nach regionalem Verantwortungsgebiet der ihnen zugewiesenen Rettungsdienste (s. Abbildung 4). Diese Zuordnung entspricht den 4+ Versorgungsregionen. Einen Spezialfall gibt es für die Alarmierung und Einsatzführung der Insel Gruppe AG, die als einzige Organisation Rettungsstützpunkte und Ambulanzstandorte in mehreren 4+ Regionen betreibt. Der Rettungsstützpunkt Aarberg liegt in der Region Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura und wird daher durch die SNZ 144 Biel/Bienne verantwortet. Für die Ambulanzstützpunkte in Münsingen und Riggisberg (beide liegen in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland) ist hingegen die SNZ 144 Bern verantwortlich.

5.9.5.2 Koordinierter Sanitätsdienst (KSD) des Kantons Bern

Bei Katastrophen, in Notlagen und bei Grossereignissen übernimmt der KSD des Kantons Bern unter der Leitung des Gesundheitsamts der GSI die Koordination der sanitätsdienstlichen Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens, privater Organisationen und des Bundes.⁶⁴ Damit gewährleistet er die sanitätsdienstliche Versorgung der Bevölkerung.

Die SNZ übernehmen gemäss Art. 25 SpVV wichtige Aufgaben während sämtlichen Phasen der Bewältigung von Grossereignissen, Notlagen oder Katastrophen. Das Erlangen einer raschen Bereitschaft von Führungsstrukturen im Sinne des Kantons fördert die effiziente Bewältigung komplexer Ereignisse. Die Führungspersonen der SNZ dienen in den oben genannten Situationen als direkte Ansprechstellen für das Gesundheitsamt. Da im Kanton Bern zwei SNZ bestehen, müssen die Vorgehensweisen und Prozesse bei Grossereignissen, Notlagen oder Katastrophen zukünftig zwingend identisch und zwischen den SNZ abgestimmt sein.

5.9.6 Bildung

Im Kanton Bern sind die Leistungserbringer des Gesundheitswesens gemäss SpVG Art. 103ff dazu verpflichtet, ausreichend Fachpersonal in den nicht universitären Gesundheitsberufen auszubilden. Die Ausbildungsleistungen werden vom Kanton finanziell unterstützt.

Die Rettungsdienste sind im Bereich der höheren Berufsbildung dazu verpflichtet, sich an der Ausbildung der dipl. Rettungssanitäter/-innen HF und Transport-sanitäter/-innen mit eidgenössischem Fachausweis zu beteiligen. Die verlangte Ausbildungsleistung wird anhand des betrieblichen Ausbildungspotenzials berechnet. Aufgrund des Ausbildungspotenzials vereinbaren die Rettungsdienste gemeinsam mit dem Zentrum für medizinische Bildung (medi) die für ihren Betrieb benötigten Ausbildungsplätze. Der Kanton unterstützt die Ausbildung mit einer Abgeltung von CHF 300 pro Ausbildungswoche (s. 5.6).

Verpflichtet sind die Leistungserbringer, sich bei Weiterbildungen zu beteiligen, die auch für das Rettungswesen von Relevanz sind. Es sind dies die Nachdiplomstudiengänge dipl. Experten und Expertinnen Intensivpflege Erwachsene, dipl. Experten und Expertinnen Intensivpflege Pädiatrie, dipl. Experten und Expertinnen Anästhesiepflege und dipl. Experten und Expertinnen Notfallpflege. Der Kanton gilt jeden dieser Nachdiplomstudiengänge mit pauschal CHF 26 000 ab.

Bei den kantonalen Einsatzführungskursen der Blaulichtorganisationen (Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei) engagiert sich der Kanton Bern finanziell und organisatorisch. Die GSI verantwortet die strategische Planung und inhaltliche Gestaltung mit Fokus auf den KSD. Sie organisiert die Kursadministration in Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten. Die GSI vergütet den Rettungsdiensten die Kurskosten mit CHF 550 je teilnehmende Person und finanziert die Tätigkeit von InstruktorInnen und Instruktorinnen über Pauschalentschädigungen im Rahmen der kantonalen Leistungsverträge mit den Rettungsdiensten (s. 5.6).

⁶⁴ s. KBZG unter 5.5.

5.9.7 Projekte

5.9.7.1 Optimierung Rettungswesen Kanton Bern (ORBE)

Zur Umsetzung der Versorgungsplanung 2016 wurde im Jahr 2017 die Arbeitsgruppe ORBE gegründet, welche die Weiterentwicklung des Rettungswesens über mehrere Jahre begleitete. Zur Arbeitsgruppe gehörten auch Vertretungen der Rettungsdienste. Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe gehörten die Verbesserung der Qualität der Einsatzdaten, die Überprüfung der Ambulanzstandorte, die Überarbeitung der Zuteilung der Rettungsteams an die Rettungsdienste und der Abgeltung von Vorhalteleistungen sowie das Festlegen eines Vorgehens zur periodischen Überprüfung der Normkosten pro Rettungsteam. Dazu wurden in verschiedenen Projekten bestehende Daten ausgewertet, Problemstellen identifiziert und Massnahmen umgesetzt.

Das IMS-OST begleitete diese Arbeiten und untersuchte in mehreren Analysen das Weiterentwicklungspotenzial für die bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton. Im Jahr 2021 verfasste es einen Bericht über die bisherigen Arbeiten und das weitere Potenzial zur Optimierung der Hilfsfristen unter bestehenden Ressourcen. Der Bericht stellt eine starke Zunahme des Einsatzvolumens über alle Einsatzkategorien fest. Zwischen 2018 und 2021 belief sich die Zunahme auf rund 30%. Ausserdem sind zwischen den Rettungsdiensten grosse Unterschiede in den Anteilen der geleisteten P3- und S3-Einsätze an der Gesamteinsatzzahl festzustellen (rund 1–21%). 2021 wurde bei 83% aller P1-Einsätze der Ereignisort innerhalb von 15 Minuten und bei 90% innerhalb von 18 Minuten durch ein Rettungsmittel erreicht. Die Hilfsfrist konnte zwischen 2018 und 2021 bei gleichbleibenden Ressourcen und starker Zunahme des Einsatzvolumens konstant gehalten werden. Es gibt aber immer noch Gebiete mit einer zu langen Hilfsfristerreichung. Eine Auswertung der Ausrückzeiten zeigt zudem, dass diese für P1-Einsätze im Median bei knapp zwei Minuten liegen. Dies bedeutet, dass 50% der Werte über den Empfehlungen des IVR liegen. Weiter überprüfte der Bericht mittels Simulation von Einsätzen und Mittelverteilung (d.h. der Rettungsteams) auf die 4+ Versorgungsregionen und Standorte sowie Stützpunkte Optimierungsmöglichkeiten der Hilfsfrist. Mit einer verbesserten Mittelverteilung kann die Hilfsfrist kantonsweit um 1% verbessert und regional ausgeglichener werden. Der Bericht macht acht weiterführende Empfehlungen. Es folgt eine Auflistung dieser mit einer Beurteilung des Umsetzungsstandes.

1. Eine klare Abgrenzung von P3/S3-Einsätzen im operativen Geschäft und bei der Abrechnung durch den Betrieb mit separaten Ressourcen oder Abtretung an externe Organisationen.
→ Diese Massnahme wurde mehrheitlich umgesetzt. Die Abgrenzung der Einsätze funktioniert gut.
2. Eine weitere Verkürzung der Ausrückzeit auf zwei Minuten tagsüber und drei Minuten nachts, falls notwendig durch bauliche Massnahmen.
→ Diese Massnahme wurde teilweise umgesetzt. Es wurden Umbauten an Rettungsstützpunkten vorgenommen. Die Ausrückzeit stellt allerdings nur eine Komponente der Hilfsfrist dar und steht bei der Verbesserung der Hilfsfristerreichung nicht im Fokus. Die Ausrückzeiten können weiter beobachtet werden.

3. Eine noch bessere Aufteilung der Rettungsteams auf die 4+ Regionen und die Rettungsstützpunkte.
→ Diese Massnahme wurde teilweise umgesetzt. In den 4+ Versorgungsregionen Berner Oberland und Emmental-Oberaargau wurden das Personal der Rettungsteams aufgestockt. Eine Gegenkorrektur in der Region Bern-Mittelland hat aber noch nicht stattgefunden. Massnahmen in diesem Bereich sind auch abhängig von anderen Entwicklungen, unter anderem der Fusion der Rettungsdienste.
4. Eine weitere Verbesserung/Verfeinerung des Stützpunktenetzes, unter anderem durch Warteräume.
→ Diese Massnahme wurde umgesetzt. Es wurden neue Stützpunkte und Warteräume etabliert.
5. Eine konsequente Zusammenarbeit der Rettungsdienste, nach Möglichkeit durch die Etablierung gemeinsamer Personalpools für einen dynamischen Einsatz.
→ Diese Massnahme wurde teilweise umgesetzt. In zwei der 4+ Versorgungsregionen wurden die Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag zusammengeführt (Berner Oberland und Emmental-Oberaargau). Allerdings sind diese Fusionen noch formaler Art und ohne weitreichende funktionale Integration.
6. Eine Einführung einer kantonsweiten Next-Best-Disponierung mit dynamischer Zuordnung der Einsätze zu den Rettungsdiensten und Regionen.
→ Diese Massnahme wurde umgesetzt.
7. Eine Zusammenlegung ausgewählter Rettungsdienste.
→ Diese Massnahme wurde noch nicht vollständig umgesetzt. In zwei der 4+ Versorgungsregionen (Emmental-Oberaargau und Berner Oberland) wurden die Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag zusammengeführt. Allerdings sind diese Fusionen noch formaler Art und ohne weitreichende funktionale Integration. In den anderen zwei 4+ Versorgungsregionen (Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura und Bern-Mittelland) sind die Fusionen noch ausstehend.
8. Eine Überprüfung resp. Etablierung von Alternativstandorten für gewisse Stützpunkte, insbesondere des Stützpunkts Münsingen.
→ Diese Massnahme wurde teilweise umgesetzt. So besteht zum Beispiel mit dem Rettungsstützpunkt Münsingen ein Standort, für den eine Verschiebung empfohlen wurde.

5.9.7.2 Projekt Service eProtokoll

Bis vor Kurzem wurden die medizinischen und administrativen Daten von den Rettungsdiensten während eines Einsatzes mehrheitlich auf Papier erfasst und bei der Einsatznachbearbeitung in die relevanten Applikationen eingegeben. Ab Sommer 2023 hat der Kanton Bern flächendeckend den Service eProtokoll eingeführt, der seit dem 5. November 2024 bei allen kantonalen Rettungsdiensten betrieben wird. Es handelt sich dabei um einen standardisierten und digitalen Prozess zur Einsatzdokumentation. Der Einführung gingen mehrjährige Vorarbeiten voraus.

Das Ziel von Service eProtokoll ist es, Abläufe zu vereinfachen und effizienter zu gestalten sowie die Datenqualität und -verfügbarkeit zu erhöhen. Service eProtokoll unterstützt die Rettungsdienste bei der mobilen elektronischen Einsatzprotokollierung und etabliert gleichzeitig Schnittstellen zur Kommunikation der Einsatzdaten mit weiteren Systemen. Dies erlaubt eine durchgängige Nutzung der Daten von der Alarmierung durch die SNZ über die Rettungsdienste im Einsatz sowie in der Nachbearbeitung des Einsatzes bis hin zur Notfallstation, zu den Patienteninformationssystemen und schliesslich zur Fakturierung in den Spitälern.

Die Einsatzprotokolldaten können heute durch die Schnittstellen für die Nachbearbeitung (Statistik, Qualitätssicherung, Verrechnung und Archivierung) von den Rettungsdiensten weiter genutzt werden. Gleichzeitig verfügt die GSI über standardisierte und anonymisierte Einsatzdaten, um regelmässig die Erreichung der Hilfsfrist zu beurteilen. Ebenfalls ist der Empfang von Einsatzdaten aus dem Einsatzleitsystem der SNZ sichergestellt. Die Rettungsdienste können darüber hinaus unabhängig von Service eProtokoll Leistungen von ihren IT-Providern beziehen und zum Beispiel Schnittstellen zur Spital-IT herstellen.

Heute findet der Datenfluss von Service eProtokoll hauptsächlich zwischen den Rettungsdiensten und den Spitälern statt, welche die Patientinnen und Patienten übernehmen. Handlungsbedarf besteht noch bei den fehlenden Schnittstellen zwischen dem Service eProtokoll, dem EPD, dem Informations- und Einsatzsystem (IES) des Bundes, dem Einsatzprotokoll der Luftrettung, der Hausärzteschaft und den Heimen. Schnittstellen und Prozesse für den Austausch medizinischer Patientendaten zwischen Spitälern, ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und den Rettungsdiensten bestehen heute noch nicht.

5.9.7.3 Projekt Applikation Koordinierte Triage

Aufgrund zeitweiser überlasteter Notfallstationen hat die SNZ 144 Bern in Zusammenarbeit mit den Notfallstationen ein System zur Steuerung der Zuweisung von Notfällen entwickelt. Es vereinfacht für die Rettungsdienste die Suche nach einer aufnahmebereiten Notfallstation. So konnte eine bessere Verteilung der Notfallpatienten und -patientinnen erreicht werden. Das System wurde ursprünglich für die Spitäler der Stadt Bern entwickelt. Im Jahr 2022 hat die GSI die Entwicklung der Applikation Koordinierte Triage mitfinanziert. 2023 wurde der Einsatz der Applikation von der SNZ in die 4+ Versorgungsregion Berner Oberland ausgeweitet.⁶⁵ Die Applikation soll von allen Listenspitälern mit einer Notfallstation im Kanton angewendet werden.

⁶⁵ Heute wird die Applikation bei den folgenden Spitalstandorten verwendet: Insel (Insel Gruppe AG), Lindenhof (Lindenhofgruppe AG), Klinik Beau-Site und Salem (Hirslanden Bern AG), Interlaken und Frutigen (Spitäler fmi AG) sowie Thun und Zweisimmen (STS AG).

5.9.7.4 Pilotprojekt zur Einführung eines Notarztdienst-Modells

In der Region Emmental-Oberaargau wurde 2023 ein neues Notarztdienst-Modell im Rettungsdienst eingeführt, um die medizinische Versorgung bei kritischen Notfällen gezielt zu verbessern. Zuvor wurden bei solchen Einsätzen Anästhesiepflegefachpersonen aus den Spitälern Burgdorf und Langnau hinzugezogen. Mit dem neuen Modell stehen speziell ausgebildete Notärztinnen und Notärzte zur Verfügung, die mit einem eigenen Einsatzfahrzeug ausrücken und über die SNZ Bern koordiniert werden. Die Bereitstellung von Notärzten und Notärztinnen konzentrierte sich vorerst auf Wochenenden und Feiertage, da hier die meisten Einsätze anfielen. Nach einer erfolgreichen Testphase wurde der Dienst ab Juni 2024 auf einen 24/7-Betrieb ausgeweitet. Die Notärztinnen und Notärzte sind beim Spital Emmental angestellt und arbeiten eng mit dem Rettungsdienst Emmental-Oberaargau zusammen. Ziel ist es, bei lebensbedrohlichen Notfällen wie schweren Unfällen, Bewusstlosigkeit oder Kreislaufstillstand schnell und kompetent ärztliche Hilfe vor Ort zu leisten und so die Überlebenschancen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

5.9.7.5 Pilotprojekte im Bereich ambulanter ärztlicher Notfalldienst

Der ambulante ärztliche Notfalldienst ist für viele Ärzte und Ärztinnen wenig attraktiv. Er bedeutet zusätzlichen Einsatz ausserhalb der regulären Arbeitszeiten (Randzeiten, nachts, Wochenende und Feiertage) und ist mit geringer Abgeltung verbunden. In ländlichen Regionen mit wenigen Ärzten und Ärztinnen ist eine Niederlassung mit einer hohen Dienstbelastung verbunden und kann zum Verzicht auf die Niederlassung führen. Gerade dort ist aber die hausärztliche Notfallversorgung für eine möglichst rasche ärztliche Erstversorgung und zur Entlastung der Spitäler wichtig.

Die BEKAG, die GSI, die Spitäler fmi AG und der Ärztliche Bezirksverein Berner Oberland lancierten im März 2023 ein Pilotprojekt zur Sicherstellung und Unterstützung des hausärztlichen Notfalldienstes an Wochenenden und Feiertagen. Finanzierungsgrundlage für das Projekt war der vom Grossen Rat gesprochene SpVG-Rahmenkredit⁶⁶ für die Unterstützung des Notfalldienstes in Randregionen über in der Region zentral gelegene Spitäler. Die Spitäler stellten den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten die notwendige Infrastruktur und die Ressourcen für die Leistung der Notfalldienste zur Verfügung (zum Beispiel Auto, Arztkoffer, Dienstzimmer). Ausserdem wurden die diensthabenden Ärzte und Ärztinnen mit einer Bereitschaftspauschale vergütet, zusätzlich zu den Leistungen, die sie regulär über Tarmed abrechnen konnten. Dafür wurden Leistungsverträge zwischen dem Spital und der GSI sowie zwischen dem Spital und den diensthabenden Ärzten und Ärztinnen ausgestellt. Das Pilotprojekt wurde evaluiert und verzeichnet ein positives Fazit. Der Bezirksverein stellte fest, dass verschiedene Dienstkreise zusammengeführt und dadurch die Belastung der Ärzteschaft reduzieren werden konnte, da diese weniger Notfalldienste leisten musste. Im Ärztlichen Bezirksverein Berner Oberland wurde das Angebot mittlerweile in die Regelversorgung überführt.

Ähnliche Pilotprojekte starteten am 1. Oktober 2024 im Ärztlichen Bezirksverein Emmental und im Januar 2025 im Cercle Médical de Pierre-Pertuis (Berner Jura) und im Ärztlichen Bezirksverein Oberaargau.

⁶⁶ <https://www.rrgr-service.apps.be.ch/api/rr/documents/document/59a2369e46584d7a97a17254c67e0741-332/11/2017.GEF.932-RRB-D-184798.pdf>

5.9.8 Exkurs: Versorgung von Schlaganfällen

Der akute Schlaganfall (s. Infobox 2) gehört zu den zeitkritischen Notfällen, bei denen eine kurze Hilfsfrist entscheidend ist für die Verhinderung neurologischer Defizite und für die Verbesserung der langfristigen Lebensqualität der betroffenen Person. In der Schweiz gehört der Schlaganfall zu den häufigsten Todesursachen und zu den häufigsten Gründen für eine Behinderung. Jährlich erleiden schweizweit rund 15 000 Personen einen Schlaganfall. Im Kanton Bern sind es ungefähr 252 auf 100 000 Einwohnende, wobei etwa 13 % der Betroffenen am Schlaganfall sterben.⁶⁷ Zukünftig ist auf Grund der demografischen Entwicklung von einem Anstieg der Schlaganfälle auszugehen.⁶⁸ Eine moderne Versorgung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen entlang der Rettungskette kann die Behandlungsergebnisse signifikant verbessern. Wichtig dabei ist die Optimierung des Zuweisungswegs von der Prälinik zum bestgeeigneten Spital auf Basis aktueller medizinischer Empfehlungen zur Triage und zeitlichen Vorgaben für die Diagnostik und Behandlung.⁶⁹

67 <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/hirnschlag>

68 <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.036142>

69 https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/de/Prehospital_Swiss_Guidelines_DE_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf; <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

Abbildung 9: Schlaganfall (Quelle: GSI, 2025)



Infobox 2: Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall ist eine plötzliche Unterbrechung oder Verminderung der Durchblutung im Gehirn, die neurologische Defizite verursacht. Dadurch erhalten Gehirnzellen zu wenig Sauerstoff und beginnen innert Minuten abzusterben. Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind unter anderem Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Diabetes, Rauchen und Bewegungsmangel.

Ein Schlaganfall ist ein medizinischer Notfall. Typische Symptome sind plötzliche Lähmungen, Sprach- oder Sehstörungen, Schwindel oder starke Kopfschmerzen. Eine rasche Diagnose und Behandlung kann Leben retten und Folgeschäden verringern.

Nach der Akutversorgung kann eine Neurorehabilitation sinnvoll sein. Diese umfasst je nach Bedarf Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder neuropsychologische Unterstützung.

Infobox 3: Stroke Center (SC) und Stroke Unit (SU)

Eine SU ist eine Behandlungseinheit eines Spitals, die für Schlaganfälle konzipiert ist und in der beispielsweise eine systemische Thrombolys⁷⁰ zur Auflösung von Blutgerinnsel durchgeführt werden kann. Ein kleiner Teil der Schlaganfallpatienten und -patientinnen benötigt spezielle Therapien, die nur in SC verfügbar sind und zur hochspezialisierten Medizin gehören. Ein SC umfasst eine SU mit erweiterten strukturellen, neuroradiologischen und neurochirurgischen Leistungen. In einem SC kann zum Beispiel bei Vorliegen eines grossen Gefässverschlusses eine endovaskuläre Therapie⁷⁰ durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten, die in SC/SU behandelt werden, haben eine höhere Überlebenschancen und bessere Chancen auf spätere Selbständigkeit. Aus diesem Grund sollten möglichst alle akuten Schlaganfälle in SC/SU behandelt werden.

Im Kanton Bern gibt es gemäss IVHSM-Spittalliste ein SC in Bern (Inselspital, Insel Gruppe AG). Darüber hinaus gibt es eine von der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS) zertifizierte SU in Biel (Spitalzentrum Biel AG).⁷¹ Ausserdem können an sechs weiteren Spitalstandorten im Kanton Bern unter spezifischen Anforderungen und in Zusammenarbeit mit einem SC gewisse Versorgungsleistungen für akute Schlaganfälle erbracht werden. Diese Standorte können bei einer grossen Entfernung zum nächstliegenden SC/SU vom Rettungsdienst alternativ angesteuert werden.⁷³ Ausserdem gibt es kantonsangrenzend weitere SC/SU, die sich bei Notfällen in Grenznähe als Zielspitäler anbieten (s. Abbildung 10). Die Notfallstationen der Spitäler mit Leistungsauftrag «Basispaket» können gewisse Aufgaben in der Schlaganfallversorgung übernehmen (Diagnostik, Intervention). Aus den oben angeführten Gründen sind zertifizierte SC/SU und Spitäler mit Leistungsauftrag NEU3⁷² als Zielort zu bevorzugen (s. Abbildung 10).

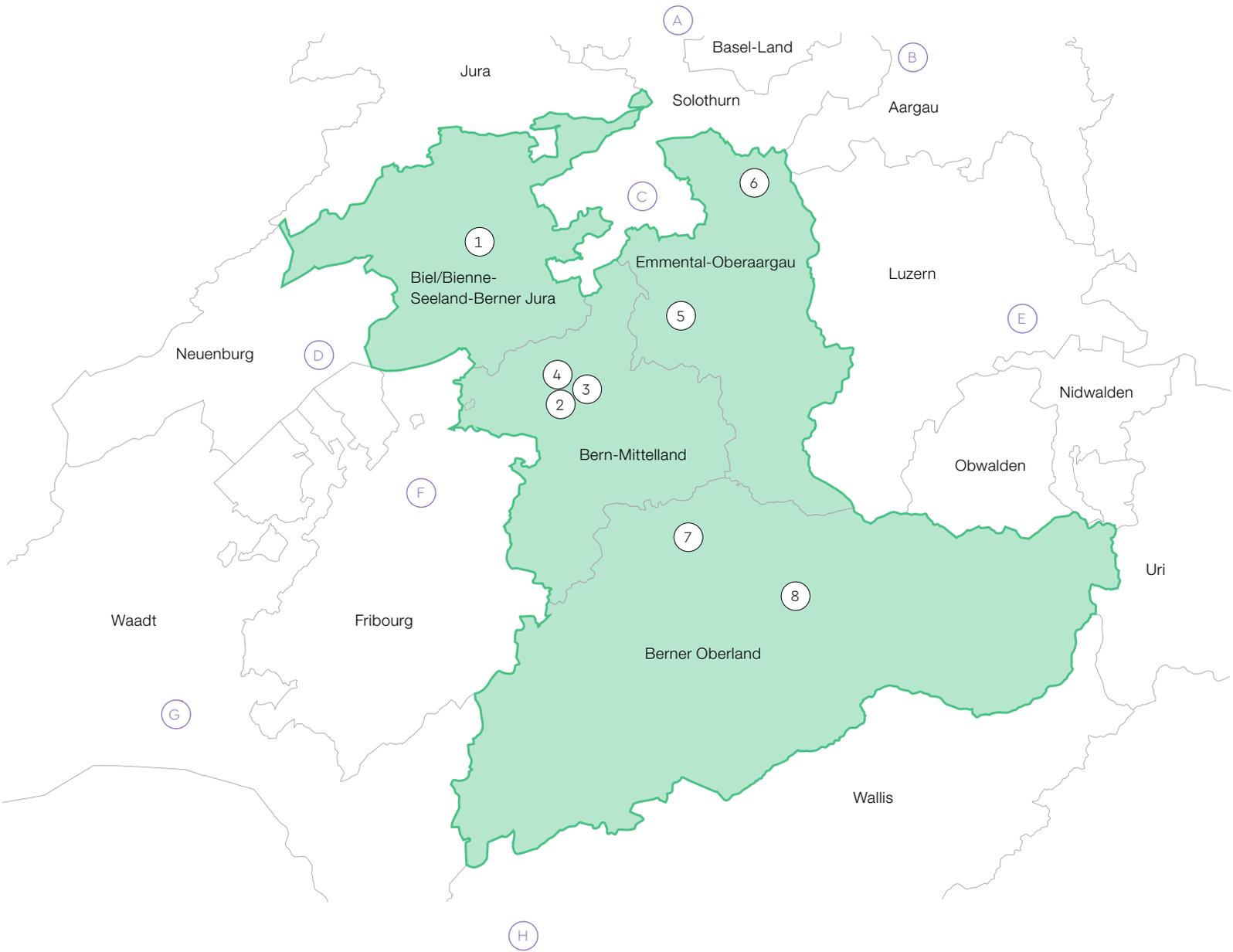
70 s. Glossar

71 SFCNS ist von der IVHSM für die Koordination der Zertifizierung von SC/SU mandatiert; <https://sfncs.ch/certification/stroke>

72 Auf der Spittalliste Akutsonomatik des Kantons Bern gibt es neben dem Inselspital (SC) und dem Spitalzentrum Biel (SU) sechs weitere Spitäler mit einem Leistungsauftrag mit der Leistungsgruppe NEU3 aus dem Leistungsbereich Neurologie. NEU3 setzt eine telemedizinische Anbindung an ein SC sowie Bildgebung (Computer- oder Magnetresonanztomographie) mit Möglichkeit zur Angiographie 24/7 voraus.

73 https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/de/Prehospital_Swiss_Guidelines_DE_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf

Abbildung 10: Inner- und ausserkantonale Standorte für die Versorgung akuter Schlaganfälle von Bernern und Bernerinnen (Quelle: GSI, 2025)



Legende zu Abbildung 10

Nr.	4+ Versorgungsregion des Rettungswesens	Unternehmen	Spitalstandort	Leistungsauftrag*	SFCNS Zertifizierung
1	Biel/Bienne-Seeland-Berner Jura	Spitalzentrum Biel AG	Spitalzentrum Biel	NEU3	SU
2	Bern-Mittelland	Insel Gruppe AG (universitär)	Inselspital	NEU3 + NEU3.1 (IVHSM)	SC
3	Bern-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Klinik Beau-Site	NEU3	
4	Bern-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Lindenhofspital	NEU3	
5	Emmental-Oberaargau	Spital Emmental AG	Spital Burgdorf	NEU3	
6	Emmental-Oberaargau	SRO AG	Spital Langenthal	NEU3	
7	Berner Oberland	Spital STS AG	Spital Thun	NEU3	
8	Berner Oberland	Spitäler fmi AG	Spital Interlaken	NEU3	
A	Kanton Basel-Stadt	Universitätsspital Basel			SC
B	Kanton Aargau	Kantonsspital Aarau			SC
C	Kanton Solothurn	Bürgerspital Solothurn			SU
D	Kanton Neuenburg	Réseau hospitalier neuchâtelois, Standort Neuchâtel			SU
E	Kanton Luzern	Luzerner Kantonsspital			SC
F	Kanton Freiburg	HFR Freiburg – Kantonsspital			SU
G	Kanton Waadt	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne			SC
H	Kanton Wallis	Spital Wallis, Sion			SU

Quelle: Spitalliste Akutsomatik Kanton Bern per 01.04.2025 und SFCNS-Liste zertifizierter SC/SU.

* Ein Leistungsauftrag für NEU3 setzt unter anderem eine telemedizinische Anbindung an ein SC voraus.

Nachfolgend wird am Beispiel der Schlaganfallversorgung aufgezeigt, wie im Kanton Bern Vision, Ziele und Grundsätze für die Notfallversorgung umgesetzt werden können.

Notruf, Ersteinschätzung und Alarmierung

Die betroffene Person oder eine andere Person wählt direkt die Notrufnummer 144. Eine umfassend geschulte Disponentin oder ein Disponent erkennt mithilfe einer standardisierten Abfrage das Vorliegen eines akuten Schlaganfalls, ermittelt die Dringlichkeit des Notfalls und schätzt den medizinischen Zustand ein. Künstliche Intelligenz (KI) und IT-gestützte Systeme helfen bei der Prozessführung und Qualitätssicherung, der Wahl geeigneter Massnahmen und des Zielorts für die klinische Versorgung. Bei Verdacht auf einen akuten Schlaganfall wird das nächstbeste Rettungsmittel alarmiert. Bei einer Entfernung von mehr als 45 bis 60 Minuten Fahrzeit vom Standort des Notfalls bis zum wahrscheinlich geeigneten Zielspital erwägt die SNZ die Disponierung eines Luftrettungsmittels.⁷³ Liegt kein Verdacht auf einen akuten Schlaganfall vor und ist keine Disposition eines Rettungsmittels angezeigt, kann bei Bedarf eine medizinische Beratung oder eine Weiterverweisung an ambulante Versorgungsstrukturen erfolgen. Auch der ambulante ärztliche Notfalldienst kann über die SNZ aufgeboden werden.

Rettungsdienstliche Einschätzung und Erstversorgung

Ein modernes Rettungsfahrzeug erreicht die notleidende Person aufgrund einer kurzen Ausrückzeit, optimal verteilter Rettungsstützpunkte und Ambulanzstandorte sowie einer dynamischen Next-Best-Einsatzdisposition schnellstmöglich. Digitale Checklisten und Algorithmen kommen standardisiert zur Anwendung und unterstützen die medizinische Untersuchung. Sämtliche Parameter werden digital erfasst. Bei komplexen Situationen, insbesondere bei Störungen der Vitalfunktionen der notleidenden Person, kann durch die SNZ und den Rettungsdienst das kantonale Notfalltelemedizin-System zugeschaltet werden: Notfallärzte und Notfallärztinnen können durch Kamera- und Echtzeitübertragung von Vitalparameter (z.B. Blutdruck) und diagnostischen Informationen (z.B. EKG) die Behandlung und Diagnostik unterstützen.

Wahl des bestgeeigneten Zielspitals

Die Wahl des bestgeeigneten Zielspitals wird in enger Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsteam und der SNZ getroffen. Bei Bedarf wird die Entscheidung mit Unterstützung des Notfalltelemedizin-Systems oder über telemedizinisch verbundenes Personal aus einem SC (s. Infobox 3) getroffen. Die Wahl des Zielspitals wird durch KI unterstützt, die Informationen zum medizinischen Zustand und zu Vorerkrankungen, zur aktuellen Auslastung und zum Versorgungsspektrum möglicher Zielspitäler berücksichtigt und durch Erreichbarkeitsberechnungen das bestgeeignete Zielspital findet. Die Algorithmen zur Wahl des Zielspitals basieren auf aktuellen medizinischen Empfehlungen zur präklinischen Triage.⁷³

⁷³ https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/de/Prehospital_Swiss_Guidelines_DE_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf

Vorbereitung der Übergabe

Für den nahtlosen Übergang von der Präklinik zur Notfallmedizin der Spitäler sind die Datenstrukturen und die digitalen Prozesse auf Interoperabilität ausgerichtet. Alle erhobenen Daten – einschliesslich medizinischer Daten der Rettungsdienste, Einsatzprotokoll und EPD – sind für Rettungsdienste, SNZ und Spitäler in Echtzeit bidirektional einseh- und bearbeitbar. Vom Rettungsdienst werden für die Übergabe im Zielspital Schlaganfall-spezifische, vorstrukturierte Informationen erfasst. Das Zielspital kann somit auf alle relevanten Daten zugreifen und noch während der Anfahrt die Diagnostik und die klinische Behandlung vorbereiten. Bei Bedarf erfolgt eine telemedizinische Kontaktaufnahme mit dem Zielspital.

Diagnostik und medizinische Versorgung

Im Zielspital wird die notleidende Person nahtlos übernommen. Bei Bedarf erfolgt die Bildgebung zur Bestimmung der Art des Schlaganfalls. Bei entsprechender Indikation wird die Therapie unmittelbar gestartet. Wurde das Zielspital bei Verdacht auf einen grossen Gefässverschluss zur Bildgebung angefahren, wartet das Rettungspersonal für die allfällige schnellstmögliche Weiterverlegung in ein SC vor Ort. Die netzwerkorientierte Rehabilitation mit interdisziplinären Therapien startet direkt nach der Akutversorgung und wird nach dem Spitalaustritt nahtlos ambulant oder zu Hause fortgeführt.

Qualitätssicherung und Netzwerke

Die Schlaganfallversorgung im Kanton Bern ist in regionalen Netzwerken organisiert, die alle zentralen Akteure umfassen. Es wird nach einem gemeinsamen Versorgungskonzept gearbeitet. Zwischen den Spitälern mit und ohne SC/SU bestehen Kooperationsverträge, die auditiert werden. Alle versorgungsrelevanten Zeitintervalle (z.B. Zeit bis zur Bildgebung oder zur Initiierung der Behandlung) werden systematisch dokumentiert, für das Qualitätsmanagement genutzt, regelmässig evaluiert und optimiert. Die klinischen Outcomes werden in öffentlich publizierten Qualitätsberichten über die gesamte Rettungskette mitberücksichtigt.





6

Handlungsmöglichkeiten des Kantons

6.1 Handlungsfelder und Massnahmen

Die Handlungsfelder (HF) und die Massnahmen konzentrieren sich auf die Umsetzung der fünf übergeordneten Ziele (s. 5.3).

Ziel im HF 1	Die niederschwellige und rasch zugängliche Notfallversorgung ist im gesamten Kanton sichergestellt.
Massnahmen des Kantons	<ol style="list-style-type: none">1.1 Der Kanton strebt die 90/15 Hilfsfristerreichung des IVR in allen 4+ Regionen an.1.2 Der Kanton baut auf Basis der Einsatzdaten aus dem Service eProtokoll ein standardisiertes Kennzahlenmonitoring (inkl. Hilfsfristen) auf.1.3 Der Kanton bespricht die Ergebnisse des Kennzahlenmonitorings jährlich mit den Organisationen des Rettungswesens und unterstützt diese bei der Definition von Verbesserungsmassnahmen.1.4 Der Kanton setzt für die Erteilung einer Betriebsbewilligung an Rettungsdienste mit einem kantonalen Leistungsauftrag eine IVR-Anerkennung voraus.1.5 Der Kanton strebt ein flächendeckendes Notarztsystem in allen 4+ Regionen an.
Massnahmen der Leistungserbringer	<ol style="list-style-type: none">1.6 Die Organisationen des Rettungswesens und die Spitäler mit Notfallstation analysieren gemeinsam die Daten aus dem Service eProtokoll, leiten Verbesserungsmassnahmen ab und setzen diese um.1.7 Die Organisationen des Rettungswesens setzen das Next-Best-Prinzip konsequent um.1.8 Die SNZ erstellt gemeinsam mit den Spitälern mit Notfallstation eine Empfehlung zur Wahl des am besten geeigneten Zielspitals. Auf Basis des Zustandsbilds und der Verdachtsdiagnose kann abgeleitet werden, ob das nächstgelegene Spital, ein Spital mit genügend Kapazitäten oder ein Spital mit spezifischen Leistungsaufträgen gewählt werden soll.
Wirkung	Die Patientinnen und Patienten werden in jeder Region bedarfsgerecht versorgt. Aufgrund einer aktiven Patientensteuerung werden die Patientinnen und Patienten in den richtigen Versorgungsstrukturen behandelt. Die SNZ übernimmt eine wichtige Rolle bei der Patientensteuerung.
Umsetzung	Der Kanton setzt die Massnahmen im Rahmen der Betriebsbewilligungen und den Leistungsverträgen um. Er analysiert die Hilfsfristerreichung durch Monitoring der Einsatzzahlen.
Verantwortung	GSI, Leistungserbringer
Evaluation	<ul style="list-style-type: none">• Das Kennzahlenmonitoring ist aufgebaut.• Die Betriebsbewilligungen sind angepasst.• Die Empfehlung für das Zielspital liegt vor.

Ziel im HF 2 Die präklinische Notfallversorgung ist in die Notfallmedizin integriert und mit angrenzenden Versorgungsstrukturen koordiniert.

Massnahmen durch Kanton	<p>2.1 Der Kanton koordiniert halbjährlich sektorenübergreifende und interdisziplinäre Austauschgefässe zur kantonalen Notfallversorgung.</p> <p>2.2 Der Kanton unterstützt den flächendeckenden Ausbau der Applikation Koordinierte Triage.</p>
Massnahmen der Leistungserbringer	<p>2.3 Innerhalb der 4+ Regionen schliessen sich die Organisationen des Rettungswesens, die Spitäler mit Notfallstation und die Ärztlichen Bezirksvereine zu einem Netzwerk der integrierten Notfallversorgung zusammen.</p> <p>2.4 Die Organisationen des Rettungswesens und die Spitäler mit Notfallstation arbeiten bereits während der präklinischen Notfallversorgung vor Ort digital zusammen und etablieren hierfür telemedizinische Schnittstellen.</p> <p>2.5 Die Organisationen des Rettungswesens und die Spitäler mit Notfallstation nutzen die Applikation Koordinierte Triage.</p> <p>2.6 Die Spitäler mit Notfallstation prüfen gemeinsam mit der BEKAG die Unterstützung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes, beispielsweise durch Pilotprojekte.</p>
Wirkung	Durch den Austausch und die Vernetzung ist eine integrierte Notfallversorgung sichergestellt.
Umsetzung	Die Spitäler mit Notfallstation und die Organisationen des Rettungswesens intensivieren ihre Zusammenarbeit und schaffen gemeinsame Austauschgefässe, Prozesse und Strukturen für den Informations- und Datenaustausch.
Verantwortung	GSI, Leistungserbringer
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Halbjährliche Austausche zur Notfallversorgung mit den Organisationen des Rettungswesens und den Spitälern mit Notfallstation • Anzahl Organisationen, welche die Applikation Koordinierte Triage verwenden • Anzahl Rettungsdienste und Spitäler mit etablierten telemedizinischen Schnittstellen • Anzahl Netzwerke Notfallversorgung gemäss 4+ Regionen

Ziel im HF 3 Die Strukturen und Prozesse der Notfallversorgung sind optimiert.

Massnahmen durch Kanton	<p>3.1 Der Kanton strebt eine einheitliche kantonale Notfallnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst an.</p> <p>3.2 Der Kanton strebt einen Rettungsdienst mit Leistungsauftrag pro 4+ Region an.</p> <p>3.3 Der Kanton strebt eine kantonale SNZ mit zwei Standorten an.</p> <p>3.4 Der Kanton setzt sich auf nationaler Ebene dafür ein, dass die Prozesse für die Notfallversorgung harmonisiert und die interkantonale Zusammenarbeit intensiviert werden.</p>
Massnahmen der Leistungserbringer	<p>3.5 Die BEKAG prüft gemeinsam mit den Ärztlichen Bezirksvereinen die Einführung einer einheitlichen kantonalen Telefonnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst.</p> <p>3.6 Die Rettungsdienste schliessen sich pro 4+ Region zu einer Organisation zusammen, integrieren die Prozesse und harmonisieren die Strukturen.</p> <p>3.7 Die Rettungsdienste optimieren bei ihren Organisationszusammenschlüssen die Stützpunkteverteilung auf Basis der Empfehlungen aus ORBE.</p> <p>3.8 Die beiden SNZ (Bern, Biel/Bienne) harmonisieren alle zur Erfüllung der Aufgaben gemäss Leistungsverträge notwendigen Prozesse und werden zu einer Organisation mit zwei Standorten.</p> <p>3.9 Die organisatorisch zusammengeführte SNZ verschafft sich eine überregionale Relevanz und stellt ihre Dienstleistungen auch für andere Kantone zur Verfügung.</p> <p>3.10 Die organisatorisch zusammengeführte SNZ entwickelt sich zu einer integrierten Notruf- und Triagezentrale weiter. Sie stellt eine abgestufte Patientensteuerung in bedarfsgerechte Strukturen sicher. Sie triagiert zum Beispiel weniger dringliche Fälle direkt an den ambulanten ärztlichen Notfalldienst oder an geeignete ambulante Versorgungsstrukturen und Transportdienste ohne kantonalen Leistungsauftrag weiter.</p>
Wirkung	Durch die Optimierung der vorhandenen Ressourcen, durch abgestimmte Prozesse und eine ausgebaute interkantonale Zusammenarbeit ist ein effizientes Rettungswesen gewährleistet, ohne dass mehr Ressourcen benötigt werden. Es gibt keine Doppelspurigkeiten.
Umsetzung	Die Organisationen des Rettungswesens setzen die Optimierungsmassnahmen konsequent fort und nutzen die verfügbaren Ressourcen zielgerichtet.

Ziel im HF 3 Die Strukturen und Prozesse der Notfallversorgung sind optimiert.

Verantwortung	GSI, Leistungserbringer
Evaluation	<ul style="list-style-type: none">• Anzahl kantonale SNZ• Anzahl Rettungsdienste mit kantonalem Leistungsauftrag• Die Machbarkeit einer einheitlichen kantonalen Telefonnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst ist geprüft.

Ziel im HF 4 Die Notfallversorgung ist modern, innovativ und digital vernetzt.

Massnahmen des Kantons	<ol style="list-style-type: none">4.1 Der Kanton bindet den Service eProtokoll an das EPD an.4.2 Der Kanton unterstützt ein digitales und funktionales Notfalltelemedizin-System der Leistungserbringer.4.3 Der Kanton unterstützt Pilotprojekte, die den ärztlichen Notfalldienst stärken (inklusive telemedizinische Angebote).
Massnahmen der Leistungserbringer	<ol style="list-style-type: none">4.4 Die Organisationen des Rettungswesens und die Spitäler mit Notfallstation bauen ein kantonal flächendeckendes, untereinander vernetztes Notfalltelemedizin-System für die präklinische Notfallversorgung auf.4.5 Die integrierte Notrufzentrale betreibt eine einzige Notrufnummer zur Annahme aller gesundheitlichen notfallmässigen Anliegen und anschliessender interner Bearbeitung oder Weiterleitung an die am besten geeignete Versorgungsstruktur.4.6 Die SNZ nutzt KI und aufeinander abgestützte IT-Systeme zur Optimierung der Prozesse, zum Beispiel zur Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit oder der Zuweisung in bedarfsgerechte Patientenstrukturen.4.7 Die BEKAG und die Spitäler mit einer Notfallstation prüfen, ob telemedizinische Angebote den ambulanten ärztlichen Notfalldienst unterstützen können.
Wirkung	Durch die verstärkte Digitalisierung werden Prozesse optimiert und beschleunigt. Ebenso verbessert sich die Vernetzung und Koordination unter den beteiligten Leistungserbringern.
Umsetzung	Die Leistungserbringer nutzen die Chancen der Digitalisierung und setzen die Massnahmen gemeinsam und koordiniert um.
Verantwortung	GSI, Leistungserbringer
Evaluation	<ul style="list-style-type: none">• Die Anbindung des Services eProtokoll an das EPD ist abgeschlossen.• Die Machbarkeit für ein kantonales Notfalltelemedizin-System ist geprüft.• Anzahl Pilotprojekte für die Stärkung des ärztlichen Notfalldienstes

Ziel im HF 5 Die Organisationen in der präklinischen Notfallversorgung verfügen über ausreichend und gut qualifiziertes Personal.

Massnahmen des Kantons	<ol style="list-style-type: none">5.1 Der Kanton Bern unterstützt Projekte zur Förderung des Zugangs zu Notärztinnen und Notärzten für Rettungseinsätze in allen 4+ Regionen.
Massnahmen der Leistungserbringer	<ol style="list-style-type: none">5.2 Die Rettungsdienste und die Spitäler mit Notfallstationen sorgen für die Bereitstellung von ausreichend Notärztinnen und Notärzten für Rettungseinsätze pro 4+ Region.5.3 Die Rettungsdienste organisieren sich in der Form eines Ausbildungsverbands und koordinieren darüber ihre Ausbildungsaktivitäten und die Verteilung der Ausbildungsplätze.5.4 Die Ausbildungsinstitution medi führt das Berufsprofil «Präklinische/-r Fachspezialist/-in» ein und treibt mit den Organisationen des Rettungswesens die Entwicklung neuer Berufsprofile voran.5.5 Der Ausbildungsverbund stimmt sich mit der Ausbildungsinstitution medi über die Erweiterung der Grundkompetenzen von Rettungssanitäter/-innen um delegierte ärztliche Kompetenzen ab.
Wirkung	Durch die bessere Verfügbarkeit von notärztlichem Personal in der präklinischen Notfallversorgung sowie durch zeitgemässe Berufsbilder und Kompetenzprofile wird eine qualitative Versorgung sichergestellt.

Ziel im HF 5 Die Organisationen in der präklinischen Notfallversorgung verfügen über ausreichend und gut qualifiziertes Personal.

Umsetzung	Der Kanton leistet eine Anschubfinanzierung zur Förderung des Zugangs zu Notärztinnen und Notärzten für die präklinische Versorgung.
Verantwortung	GSI, Leistungserbringer, Berufsverbände, Bildungsinstitutionen
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Rettungsdienste mit Notarzt-System Der Ausbildungsverbund ist etabliert. Die Ausbildung Präklinische/-r Fachspezialist/-in wird angeboten. Der Ausbildungsverbund hat einheitliche Vorgaben zu delegierten ärztlichen Kompetenzen formuliert.

6.2 Roadmap

Roadmap	kurzfristig: 0–3 Jahre	mittelfristig: 4–7 Jahre	langfristig: ab 8 Jahren
Kennzahlen/ Monitoring	Aufbau Monitoring Einsatzkennzahlen, Besprechung der Ergebnisse mit Stakeholdern und Unterstützung bei der Definition von Massnahmen		
Digitalisierung	Konzept zur Anbindung von Service eProtokoll an EPD, Umsetzung	Prüfung und ggf. Erweiterung der Funktionalität	
	Unterstützung Grundlagenarbeiten kantonales Notfalltelemedizin-System	Initiierung, Aufbau und Umsetzung des Notfalltelemedizin-Systems	
	Roll-out der Applikation Koordinierte Triage auf alle Organisationen des Rettungswesens	Unterstützung der Weiterentwicklung der Applikation	
Koordination	Grundlagen für eine einheitliche, zentrale Koordination von Transport- und Rettungseinsätzen		Umsetzung der Grundlagen
	Koordination der regelmässigen Prüfung zur Optimierung der Ressourcenverteilung mit den Organisationen des Rettungswesens		
	Koordination der regelmässigen sektorenübergreifenden Austauschgefässe zur Notfallversorgung		
Betriebsbewilligung	Streichen unnötiger Vorgaben in der Betriebsbewilligung (Inventar) und Anpassen der Anforderungen an die Betriebsbewilligung (IVR-Anerkennung)		
KSD	Erstellung Konzept zur strategischen Ressourcenplanung sanitätsdienstlicher Mittel	Umsetzung des Konzepts	
Fachkräfteverfügbarkeit	Weiterführung der Ausbildungsverpflichtung und finanzielle Unterstützung der ärztlichen Weiterbildung		
	Unterstützung Pilotprojekte ambulanter ärztlicher Notfalldienst und Mitfinanzierung über Leistungsverträge	Unterstützung ambulanter ärztlicher Notfalldienst über Leistungsvertrag mit den Spitälern	
	Förderung des Zugangs zu Notärztinnen/Notärzten in allen 4+ Versorgungsregionen		

6.3 Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen

kurzfristig: 0–3 Jahre

mittelfristig: 4–7 Jahre

langfristig: ab 8 Jahren

SNZ, Rettungsdienste und KSD

Der Kanton finanziert den Betrieb der SNZ (Kostendach auf Basis Bedarfsplanung) und die Vorhalteleistungen der Rettungsdienste (Normkostenmodell) mit Leistungsverträgen. Im Jahr 2023 hat der Kanton Bern für die Sicherstellung der beiden SNZ (inkl. technischem Betrieb) CHF 7 240 598 ausgegeben. Die Normkosten pro Team betragen im Jahr 2023 CHF 1 714 969, und der Kanton Bern hat für die Vorhalteleistungen der Rettungsdienste rund CHF 15 Mio. ausgegeben. Mit der Einführung von Service eProtokoll haben die Rettungsdienste eine konsolidierte Abrechnungsregelung eingeführt, was zu erhöhten Kosten für den Kanton führt, jedoch zu einer Senkung der Kosten für die Patientinnen und Patienten. Auch die Konzentration auf dringliche Einsätze und die Auslagerung von Krankentransporten führt zu höheren Vorhalteleistungen für den Kanton. Bevölkerungswachstum und Demografie führen zu der Prognose, dass die Rettungsleistungen zunehmen werden, was wiederum zu einer Senkung der kantonalen Mitfinanzierung führen sollte. Gesamthaft betrachtet ist von einem Anstieg der Kosten auszugehen.

Notfallversorgung Akutspitäler

Die Finanzierungsmechanismen in den Akutspitälern sind gesamtschweizerisch über die Tarifstrukturen SwissDRG, TARDOC und ambulante Pauschalen geregelt. Durch das Bevölkerungswachstum und die Demografie ist von steigenden Kosten auszugehen.

Bildung

Für die Ausgaben der ärztlichen Weiterbildung gilt der SpVG-Rahmenkredit 2024–2027. Das längerfristige Budget ist abhängig vom darauffolgenden Rahmenkredit.

Digitalisierung

Die Kosten für das Notfalltelemedizin-System können noch nicht abgeschätzt werden, da diese vom konkreten Projekt abhängig sind. Die Anbindung des Services eProtokoll an das EPD kann derzeit ebenfalls nicht abgeschätzt werden und ist von der Einführung des EPD abhängig. Die Kosten für den kantonsweiten Roll-out der Applikation Koordinierte Triage können nicht beziffert werden.

Fachkräfteverfügbarkeit

Zur Unterstützung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in unterversorgten Gebieten sind im SpVG-Rahmenkredit 2024–2027 CHF 7 150 000 eingestellt (2024: 1 300 000, 2025–2027 je 1 950 000). 2023 wurden davon CHF 38 000 und 2024 CHF 87 000 verwendet. Die Mittel für diese Vorhalteleistungen sollen auch im SpVG-Rahmenkredit 2028–2031 eingestellt werden. Die Kosten für die Förderung des Zugangs zu Notärzten und Notärztinnen in allen 4+ Versorgungsregionen können zum jetzigen Zeitpunkt nicht beziffert werden, da diese von den konkreten Projekten abhängig sind.



Es folgt eine Auflistung innovativer Beispiele aus dem Ausland, die zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Kanton Bern genutzt werden können.

7.1 Integrierte Notrufzentrale in Österreich

Beschreibung	Die Rettungs- und Feuerwehrleitstelle ⁷⁴ Vorarlberg in Österreich ist eine zentrale Drehscheibe im Gesundheitssystem. ⁷⁵ Seit der Einführung der telefonbasierten «Gesundheitsberatung 1450» übernimmt die Leitstelle eine neue Rolle: Anrufende erhalten durch speziell geschultes Pflegepersonal Unterstützung bei medizinischen Fragen und eine erste Einschätzung der Dringlichkeit ihrer Beschwerden. Im Hintergrund steht den Gesundheitsberatenden eine Ärztin resp. ein Arzt 24/7 zur Verfügung. Ergänzend dazu wurde ein ärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet, der vor allem in der Nacht die medizinische Versorgung sicherstellt. Diese neuen Funktionen erweitern die Leitstelle um wichtige Versorgungsaufgaben, die sowohl Notleidende wie auch das Gesundheitssystem entlasten.
Grundsatz	Die Gesundheitsberatung und der ärztliche Bereitschaftsdienst verfolgen das Ziel, medizinische Anfragen effizient zu steuern und Notleidende zielgerichtet zu versorgen. Im Zentrum steht die Dringlichkeitseinstufung. Diese stellt sicher, dass Notleidende entsprechend ihren Beschwerden entweder zur Selbsthilfe angeleitet, an niedergelassene Ärzte und Ärztinnen vermittelt oder in akuten Fällen dem Rettungsdienst zugeführt werden. Damit soll eine Überlastung der Notfallressourcen vermieden werden, während gleichzeitig die Qualität der Versorgung gewährleistet bleibt. Der Grundsatz basiert auf dem Gedanken, dass nicht jede gesundheitliche Anfrage zwingend ein Notfall ist und Notleidende stattdessen gezielt an geeignete Versorgungsstellen verwiesen werden können.
Innovation	Die Gesundheitsberatung nutzt ein digitales Triage-System, das es dem Pflegepersonal ermöglicht, durch strukturierte Abfragen die Dringlichkeit medizinischer Anliegen zu bestimmen. Ergänzt wird dies durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der Patientinnen und Patienten nachts telefonisch, in der Praxis oder bei Bedarf per Hausbesuch versorgt. Eine zentrale technische Unterstützung bietet die digitale «Gesundheitsplattform», die Abläufe für Ärztinnen und Ärzte sowie die Leitstelle vereinfacht und optimiert (z.B. Dienstplanung, Kontakte, Einsatzabwicklung, Abrechnung, Kommunikation). Diese Neuerungen verbessern die Patientensteuerung und ermöglichen eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen.
Nutzen für Bevölkerung, Leistungserbringer, Versicherer, Staat	Durch die Gesundheitsberatung erhalten Notleidende eine schnelle Einschätzung ihrer Beschwerden und klare Handlungsempfehlungen, während akute Notfälle zuverlässig erkannt und versorgt werden. Dies reduziert unnötige Einsätze des Rettungsdienstes und entlastet die Notfallstationen, die sich stärker auf dringende Fälle konzentrieren können. Auch die niedergelassene Ärzteschaft profitiert von der strukturierten Abdeckung in der Nacht, während die optimierte Patientensteuerung das gesamte Gesundheitssystem effizienter macht und zur Zufriedenheit aller Beteiligten beiträgt.

74 Der Begriff «Leitstelle» ist gleichbedeutend mit «Notrufzentrale» oder «Einsatzzentrale.»

75 <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00777-6>; <https://www.lfv-vorarlberg.at/technik/alarmierung/rfl.html>

7.2 Notfalltelemedizin-Systeme in Deutschland

Beschreibung	Telenotärzte resp. Telenotärztinnen (TNA) sind Notärzte resp. Notärztinnen mit umfangreicher rettungsdienstlicher Erfahrung und spezieller Schulung, die durch Telekommunikation, die Übertragung von Vitaldaten in Echtzeit, Sprach- und gegebenenfalls Sichtkontakt das Rettungspersonal vor Ort unterstützen. ⁷⁶ Das erste im regulären Rettungsdienst eingebundene System mit TNA ist jenes der Stadt Aachen, Nordrhein-Westfalen. Derzeit werden Systeme mit TNA in den meisten Bundesländern etabliert. Dabei erfolgt die digitale Aufbietung je nach Modell über die zuständige Leitstelle oder über das Rettungsdienstpersonal. TNA können in der Prämobilie in unterschiedlichsten Bereichen unterstützen und übernehmen Aufgaben wie die Einordnung von Anamneseinformationen und Befunden, die Diagnosestellung, die Initiierung von Therapien, die Auswahl des richtigen Transportziels und die Voranmeldung im Spital.
Grundsatz	Systeme mit TNA basieren auf einem ganzheitlichen, leitlinienorientierten Ansatz, der die Anamnese, Dokumentation und Einsatzbearbeitung in einem System integriert. Wichtige Prinzipien sind Datenschutz, Qualitätssicherung, Rechtssicherheit und technische Standards. Ziel ist es, Notärzte und Notärztinnen effizient einzusetzen und den Zugang zu ärztlicher Betreuung unabhängig von der geografischen Lage zu verbessern.
Innovation	Systeme mit TNA verbinden moderne Technologien wie Videotelefonie, Echtzeit-Übertragungen (z.B. von EKG-Daten) und digitale Dokumentation. Systeme wie das in Aachen erprobte Modell kombinieren zentrale Kommunikationssteuerung, mobile Fahrzeugtechnik und spezialisierte Software, um eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen Rettungspersonal und TNA zu gewährleisten. Regionale Pilotprojekte haben bereits vielversprechende Ergebnisse gezeigt, wie beispielsweise die Reduktion der Quote der für Einsätze beigezogenen Notärzte und Notärztinnen.
Nutzen für Bevölkerung, Leistungserbringer, Versicherer, Staat	Für Patienten und Patientinnen bedeuten Systeme mit TNA schnelleren Zugang zu ärztlicher Expertise und präzisere Diagnosen. Dies verbessert die Überlebenschancen und die Versorgungsqualität. Rettungsteams profitieren von fachlicher Unterstützung bei schwierigen Einsätzen, was die Arbeitsbelastung reduziert. Für das Gesundheitswesen ermöglicht der Ansatz eine effizientere Nutzung von Notarzt- resp. Notärztinnenressourcen und fördert durch die digitale Dokumentation und Routinedatenerfassung die Qualitätssicherung im Rettungswesen.

76 <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01301-4>; <https://www.telenotarzt.de/>

A1 Abkürzungsverzeichnis

AED	Automatisierter externer Defibrillator
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern
BSG	Bernische Systematische Gesetzessammlung
BZG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 2019 über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz; SR 520.1)
EPD	Elektronisches Patientendossier
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesG	Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (BSG 811.01)
GesV	Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung; BSG 811.111)
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum)
GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, bis Ende 2020 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)
IES	Informations- und Einsatz-System
IMS-OST	Institut für Modellbildung und Simulation der Ostschweizer Fachhochschule
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 1. Januar 2009
IVR	Interverband für Rettungswesen, Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz
KBSV	Kantonale Bevölkerungsschutzverordnung vom 22. Oktober 2014 (BSG 521.10)
KBZG	Kantonale Bevölkerungsschutz- und Zivilschutzgesetz vom 19. März 2014 (BSG 521.1)
KI	Künstliche Intelligenz
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ORBE	Optimierung Rettungswesen Kanton Bern
OrV GSI	Verordnung über die Organisation und die Aufgaben der GSI vom 30. Juni 2021 (BSG 152.221.121)
PFS	Präklinische/r Fachspezialist/in

Anhang

Rega	Schweizerische Rettungsflugwacht
SC	Stroke Center
SCR	Swiss Resuscitation Council
SFCNS	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
SGNOR	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
SNZ	Sanitätsnotrufzentrale
SpVDV	Direktionsverordnung über die Spitalversorgung vom 23. November 2021 (BSG 812.113)
SpVG	Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (BSG 812.11)
SpVV	Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (BSG 812.112)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SU	Stroke Unit
TNA	Telenotarzt/Telenotärztin
VBS	Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
VKSD	Verordnung über die Koordination im Bereich des Sanitätsdiensts vom 21. März 2025 (SR 520.151)

A2 Glossar

Begriff	Definition
Ambulanzstandort	Lokalität mit entsprechender Infrastruktur, die zu definierten Zeiten mit einem Rettungsmittel besetzt ist.
Einsatzleitsystem	Von den SNZ verwendete Plattform für die Kommunikation und die Einsatzbewältigung.
Endovaskuläre Therapie	Entfernung eines Blutgerinnsels aus dem Hirngefäss durch einen Katheter über die Leistenarterie.
Leitstelle	Gleichbedeutend mit den Begriffen «Notrufzentrale» und «Einsatzzentrale».
Notfallmedizin	Die klinische Notfallmedizin wird in den Notfallstationen der Spitäler praktiziert. Zu ihren Aufgaben gehören Triage, Notfalldiagnostik, Notfalltherapie und Weiterweisung der Patienten und Patientinnen sowie die Planung für unterschiedliche Leistungsnachfragen und die Bewältigung ausserordentlicher Lagen in den Notfallstationen. ⁷⁷
Notfallstation	Behandlungseinheit für Notfallpatienten und -patientinnen, die in der Regel einem Spital angegliedert ist.
Out-of-pocket	Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Versicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind.
Präklinik	Die Beurteilung und Versorgung von Patientinnen und Patienten ausserhalb des Spitals. In dieser Teilstrategie wird der ambulante ärztliche Notfalldienst als Teil der Präklinik verstanden.
P1	Dringlichkeitsstufe für Primäreinsatz. Sofortiger Einsatz mit Sondersignal für eine instabile Person oder eine Person mit hohem Risiko einer vitalen Verschlechterung.
P2	Dringlichkeitsstufe für Primäreinsatz. Sofortiger Einsatz für eine stabile Person mit geringem bis mittlerem Risiko einer Verschlechterung.
P3	Dringlichkeitsstufe für Primäreinsatz. Planbarer Einsatz für eine Person ohne Gefährdung oder zu erwartende Gefährdung der Vitalfunktionen.
Retablierung	Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft des Rettungsmittels.
Rettungsmittel	Fahrzeuge der Rettungsdienste (z.B. Ambulanz, Rettungshelikopter) für Transport, Erstversorgung und Überwachung von Patienten und Patientinnen.
Rettungsstützpunkt	Ständig besetzte Lokalität mit entsprechender Infrastruktur wie Fahrzeughallen, Unterkünften, Desinfektionsinfrastruktur, Lagerlogistik u.a.
Service eProtokoll	Digitalisierungsprojekt der GSI für die Rettungsdienste im Kanton Bern zur mobilen Erfassung medizinischer und administrativer Daten.
Stroke Center (SC)	Ein SC umfasst eine Stroke Unit mit erweiterten spezifischen strukturellen, neuro-radiologischen und neurochirurgischen Leistungen.
Stroke Unit (SU)	Eine SU ist eine Behandlungseinheit eines Spitals, die für Schlaganfallpatienten und -patientinnen konzipiert ist.
Systemische Thrombolyse	Intervenöse Verabreichung eines Medikaments zur Auflösung eines Blutgerinnsels.

77 <https://www.rescuepoint.ch/de/terminologie-der-notfall-und-rettungsmedizin>

Begriff	Definition
S1	Dringlichkeitsstufe für Sekundäreinsatz. Sofortige Verlegung mit Sondersignal einer instabilen Person.
S2	Dringlichkeitsstufe für Sekundäreinsatz. Sofortige (2a), resp. planbare (2b) Verlegung einer stabilisierten Person mit mittlerem bis hohem Risiko einer Verschlechterung.
S3	Dringlichkeitsstufe für Sekundäreinsatz. Planbare Verlegung einer stabilen Person mit geringem Risiko einer Verschlechterung.
S4	Dringlichkeitsstufe für Sekundäreinsatz. Transport einer stabilen Person ohne Risiko einer Verschlechterung und ohne apparative medizinische Überwachung.
Telemedizin	Die Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung über räumliche oder zeitliche Distanzen hinweg. Sie ermöglicht den Austausch von medizinischen Informationen, Diagnosen, Therapien und Patientenüberwachung ohne physische Anwesenheit.
Notfalltelemedizin	Telemedizinische Notfallversorgung durch geschulte Telenotärzte und Telenotärztinnen in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienstpersonal.
Versorgungsregel 80/30	Die 80/30-Versorgungsregel des Kantons Bern besagt, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet ist, wenn in 80 Prozent der Einsätze das Rettungsteam innert 30 Minuten am Ereignisort eintrifft. In den Leistungsverträgen gilt diese Regel für P1- und P2-Einsätze.
Warteraum	Ähnlich wie ein Ambulanzstandort, aber ohne rettungsdienstspezifische Infrastruktur.

A3 Politische Vorstösse

Folgende politische Vorstösse im Kanton Bern stehen in Zusammenhang mit der Teilstrategie Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen:

Beschluss-Nr.	Geschäftstitel	Geschäftstyp
1133/2023	Notfallversorgung im Kanton Bern	Interpellation 133-2023
1130/2023	Entlastungsmassnahmen im Bereich der ärztlichen Ausrückdienste zugunsten einer besseren Grund- und Notfallversorgung	Postulat 142-2023
132/2024	Aufbau einer nachhaltig integrierten medizinischen Grundversorgung in der Region Aaretal	Motion 236-2023
473/2022	Sachgerechte Anforderungen für Geburtshäuser im Kanton Bern!	Motion 001-2022
47/2020	Ärztetefon – Ein Modell auch für den Kanton Bern?	Interpellation 244-2019
661/2019	Einführung einer Selbstbehaltspauschale in den ambulanten Notfall-einrichtungen der Berner Spitäler	Postulat 101-2019
888/2018	Im Notfall rasch und richtig handeln – Berner Schüler als Laienhelfer!	Motion 037-2018
595/2018	Sinnvolle Anpassung des Alarmierungsperimeters der Sanitätsnotrufzentrale 144 Biel/Bienne – Effizienter Einsatz der Rettungsmittel	Motion 269-2017
352/2017	Warum betreiben öffentliche Spitäler und Rettungsdienste eigene Firmen für Verlegungstransporte?	Interpellation 211-2016
178/2016	Stopp dem Monopol der Rettungsdienste: Mit einer öffentlichen Ausschreibung (Submission) den Kreis des freien Marktes zulassen	Motion 248-2015
130/2016	Verlegungstransporte mit privaten Leistungserbringern durchführen, um Kosten zu sparen	Interpellation 202-2015
149/2015	Mehr Effizienz im Rettungswesen	Motion 166-2014
1168/2012	Einführung von «Wüsten» in der Akutversorgung im Kanton Bern?	Motion 097-2012
1627/2012	Bessere Vernetzung der Flugrettung im Kanton Bern	Motion 093-2012
1512/2011	Flugrettung im Berner Oberland – gleich lange Spiesse für beide Anbieter	Interpellation 066-2011
529/2011	Gewinnoptimierung ja, aber nicht auf Kosten eines effizienten Rettungsdienstes!	Motion 257-2010
1181/2010	Notrufzentrale 144 wohin?	Motion 074-2010
024/2010	Stopp den Fusionsbestrebungen im Bereich des Rettungsdienstes im Kanton Bern	Motion 024-2010
2425/2009	Rettungsdienste im Kanton Bern: Wechsel von der Rettungsregel 80/30 zur Hilfsfristregelung 90/15	Interpellation 090-2009
2390/2009	Einfache ärztliche Notfallnummer im Kanton Bern – spart Kosten und sichert die Versorgung	Motion 217-2009
2400/2008	Aufbau eines Erstversorger-Systems für die Frühdefibrillation auch im Kanton Bern	Motion 071-2008
2235/2008	Kommission Rettungswesen sofort einsetzen	Motion 217-2008
2457/2007	Hilfe rund um die Uhr	Motion 018-2007
2336/2007	Strassen- und Unfallrettungsorganisation (KAF 08)	Interpellation 093-2007
2369/2006	Rettungswesen	Motion 182-2006

A4 Planungserklärungen

Planungserklärungen zur Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030
(2020.GSI.745):

Urheber/-in	Antrag-Nr.	Antrag
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	1.	Ziffer 8.1: Die Strategie fokussiert auf der Versorgung. Bei der Umsetzung sind Themen wie Gesundheitskompetenz, Prävention und Gesundheitsförderung besondere Beachtung zu schenken
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	6.	Ziffer 8.2: Strategische Ziele und Massnahmen: Die somatische und psychiatrische Patientenversorgung erfolgt nach dem Grundsatz der abgestuften Versorgung.
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	7.	Ziffer 8.2, Strategische Ziele und Massnahmen: Massnahme A2 in Verbindung mit Ziffer 9, Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien: Die Gesundheitsversorgung im Suchtbereich ist regional zu stärken. Dabei sind insbesondere folgende Massnahmen in der Teilstrategie Integrierte Versorgung zu ergreifen: a) Verbindliche Kooperationsverpflichtungen über Leistungsvereinbarungen unter den diversen Anbietern der ambulanten und stationären Beratungs- und Therapieangebote, transparente Behandlungsverläufe und Kompetenzzuordnungen unter den Anbietern b) Vermeidung von Doppelspurigkeiten innerhalb medizinischer und nicht medizinischer ambulanter Beratungsstellen und Therapieangebote c) Vermehrte Durchlässigkeit nach klarer Indikationsstellung zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen Suchthilfeangeboten, insbesondere im stationären Bereich d) Prüfung, ob auch organisatorische Zusammenschlüsse von Institutionen anzustreben sind, um einheitliche therapeutische Behandlungsabläufe und entsprechende Synergien zu erreichen e) Vermehrte interkantonale Koordination und Absprachen der Suchthilfeangebote in den Regionen zu ihren Nachbarkantonen
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	8.	Ziffer 8.3, Umgang mit vom Kanton nicht direkt beeinflussbaren Schwächen und Risiken: Entsprechen Anliegen von Leistungserbringern und anderen Partnern im Gesundheitswesen der Gesundheitsstrategie des Kantons Bern, so vertritt der Kanton diese beim Bund bzw. an geeigneter Stelle.
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	9.	Ziffer 9, Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien: Der Thematik der Integrierten Versorgung ist bei der Erarbeitung aller Teilstrategien besondere Beachtung zu schenken.
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	10.	Ziffer 9, Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien: Neben den in der Gesundheitsstrategie aufgeführten Teilstrategien ist auch eine End-of-Life-Care-Teilstrategie zu erarbeiten.
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	11.	Ziffer 9, Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien: In der Teilstrategie Gesundheitsförderung und Prävention sind Massnahmen zu definieren, die den Erhalt der Selbstständigkeit und somit die physische und psychische Gesundheit der älteren, wachsenden Bevölkerungsschicht zum Ziel haben.
GSoK-Mehrheit (Kohler Hans-Peter)	12.	Ziffer 9, Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien: Innerhalb der Teilstrategie Integrierte Versorgung sind auch Netzwerkstrukturen zu analysieren. Insbesondere ist nicht nur zu ermitteln, wie die Versorgungsdienstleistungen besser aufeinander abgestimmt werden, sondern ob andere, integrierte Strukturen des Versorgungsnetzwerks (Netzwerkstrukturen) empfohlen werden können.
SVP (Schlatter)	17.	Die Gesundheitsstrategie richtet sich nach dem Gesundheitsbegriff, wie er in der Ottawa Charta festgeschrieben ist: Gesundheit bedeutet körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

A5 Literatur

Bundesamt für Statistik (BFS). (2020). Variablen der Medizinischen Statistik: Spezifikationen gültig ab 1.1.2020. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/12167417> [06.01.2025]

Fischer M., Kehrberger E., Marung H., Moecke H., Prückner S., et al. (2016). Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. In: Notfall + Rettungsmedizin. 2016;19: 387–395. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

FMH-Forum Notfall. Leitbild der FMH zur Medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung. 2021;102(7):234–238. Verfügbar unter: <https://www.fmh.ch/files/pdf25/leitbild-der-fmh-zur-medizinischen-notfallversorgung-in-der-schweiz.pdf> [06.01.2025]

Frey, M., Lobsiger, M., Trede, I. (2017). Rettungsdienste in der Schweiz: Strukturen, Leistungen und Fachkräfte. In: Obsan Bulletin. 2017;1. Verfügbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2017-rettungsdienste-der-schweiz> [06.01.2025]

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (10. Mai 2019). Projekt «Optimierung Rettungswesen im Kanton Zürich»: Anforderungen an die Rettungs- und Verlegungsdienste. Verfügbar unter: https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/notfall_rettung/projekt_optimierung_rettungswesen_anforderungen_erlaeuterungen.pdf [06.01.2025]

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI). (2016). Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Verfügbar unter: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalplanung.html> [06.01.2025]

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI). (2024). Teilstrategie Integrierte Versorgung. Verfügbar unter: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitsstrategie.html> [06.01.2025]

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI). (2020). Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030. Verfügbar unter: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitsstrategie.html> [06.01.2025]

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) und Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG). (August 2023). Grundsätze der BEKAG und des kantonsärztlichen Dienstes zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen. Verfügbar unter: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/aerztinnen-und-aerzte.html> [06.01.2025]

Institut für Modellbildung und Simulation, Ostschweizer Fachhochschule (IMS-OST). (2022). Interner Abschlussbericht ORBE 2.0.

Interverband für Rettungswesen (IVR). (2022). Handbuch für die Vorbereitung und Durchführung des Verfahrens zur Anerkennung der Rettungsdienste gemäss Richtlinien 2022. Verfügbar unter: https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/Handbuch_Rettungsdienst_d_2022.pdf [06.01.2025]

Interverband für Rettungswesen (IVR). (2022). Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten. Verfügbar unter: https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/RL_Rettungsdienst_d_2022.pdf [06.01.2025]

Interverband für Rettungswesen (IVR). (2023). Netzwerktreffen vom 12. Mai 2023: Visionen entlang der Rettungskette. Verfügbar unter: https://www.144.ch/wp-content/uploads/2023/11/Visionen-entlang-der-Rettungskette_DE.pdf [06.01.2025]

Interverband für Rettungswesen (IVR). (2024). Richtlinien zur Anerkennung von Sanitätsnotrufzentralen SNZ 144. Verfügbar unter: <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2023/12/Richtlinien-zur-Anerkennung-von-Sanitaetsnotrufzentralen-SNZ-144.pdf> [06.01.2025]

Interverband für Rettungswesen (IVR). (2024). Terminologie, Version 3.4 vom Mai 2024. Verfügbar unter: <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf> [06.08.2025]

Kanton Bern. (2023). Engagement 2030: Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2026. Verfügbar unter: <https://www.rr.be.ch/de/start/engagement-2030-regierungsrichtlinien.html> [06.01.2025]

Kägi, G., Schurter, D., Niederhäuser, J., De Marchis, G.M., Engelter S. et al. (2021). Prähospitalphase beim akuten Hirnschlag. *Swiss Medical Forum*. 2021;21(19–20):322–328. Verfügbar unter: https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/de/Prehospital_Swiss_Guidelines_DE_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf [06.01.2025]

Lohns T. (2016) Qualitätsindikatoren für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg. In: *Notfall Rettungsmedizin*. 2016;19:625–631. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0222-1>

Marxgut S. (2020). Die Leitstelle als Wegweiser im Gesundheitssystem. In: *Notfall Rettungsmedizin*. 2020;23: 523–528. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00777-6>

Messerle, R., Schreyögg, J., Gerlach, F.M. (2021). Patientenorientierte Notfallsteuerung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2021*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_3

PricewaterhouseCoopers (PwC). (2020). Die Berner Spitallandschaft im Umbruch: Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler) vom Oktober 2020 (kurz: Spitalbericht Berner Spitäler). Verfügbar unter: <https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalstrategie/Beilage-Bericht-12.05.2021-de.pdf> [06.01.2025]

Regener, H. und Wilmes, A. Das Schweizer Rettungswesen 2023 in Zahlen. *Star of life*. 2024;(2):12-17. Verfügbar unter: https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/SPA_SOL_2-24_web_Das-Schweizer-Rettungswesen-in-Zahlen.pdf [06.01.2025]

Schröder H., Beckers S.K., Borgs C., Roissant R., Felzen M. (2023). Update Telenotfallmedizin: Status quo und Ausblick. In: *Die Anaesthesiologie*. 2023;72:506–517. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01301-4>

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI). Liste SGI-zertifizierter Intensivstationen, Stand 03.04.2025. Verfügbar unter: <https://www.swiss-icu.ch/de/anerkannte-intensivstationen> [14.07.2025]

Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK). (2020). SRK-Strategie 2030. Verfügbar unter: <https://www.redcross.ch/api/download/de/strategie-2030> [06.01.2025]

Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK). (2020). SRK-Strategie 2030: Umsetzungsplan Suche, Rettung und Katastrophenhilfe. Verfügbar unter: https://assets.ctfassets.net/e1zh0i858l27/NK2KhLwk0uFjzIGlkXtx/25eafe230afbb5937fb3499aada55fb3/DIR_SRK_UP-Strategie_Rettung_d_2206.pdf [06.01.2025]

Swiss Paramedic Association. (2023). Stellungnahme des Berufsverbandes zum Fachkräftemangel in den Rettungsdiensten vom Januar 2023. Verfügbar unter: https://www.swissparamedic.ch/files/Dokumente/230117ms_d_01_swiss_paramedic_fachkraeftemangel.pdf [06.01.2025]

Swiss Resuscitation Council (SRC). (2023). Nationale Überlebensstrategie bei Kreislaufstillstand. Verfügbar unter: https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie/SRC_Ueberlebensstrategie_2023.pdf [06.01.2025]

Cheng, Y., Lin, Y., Shi, H., Cheng, M., Zhang, B. et al. Projections of the Stroke Burden at the Global, Regional, and National Levels up to 2050 Based on the Global Burden of Disease Study 2021. In: *JAHA*. 2024;13:17(23). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.124.036142>

