



AERZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIETE DES MEDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28  
CH-3011 Bern  
T 031 330 90 00  
info@berner-aerzte.ch

**Stellungnahme der Aerztegesellschaft des Kantons Bern zum Entwurf Teilstrategie  
«Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen»  
Konsultationsantwort [1]**

Verband/ Institution: Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Kontaktperson: Frau Sascha Fischer, Sekretariatsleiterin

Telefon-Nr. / Email: 031 330 90 00, [sascha.fischer@berner-aerzte.ch](mailto:sascha.fischer@berner-aerzte.ch)

Datum: 24.12.2025

Fristwahrung: Konsultation zur Teilstrategie «Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen» (Konsultationsfrist bis 31.12.2025) [2]

**1. Einleitung und Mandat**

Die Teilstrategie «Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen» konkretisiert die Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030 und legt ein Zielbild bis 2035 fest. Zur Notfallversorgung gehören gemäss Strategie der ambulante ärztliche Notfalldienst, das Rettungswesen sowie die Notfallstationen der Spitäler. Der Schwerpunkt des Dokuments liegt auf dem Rettungswesen und der Schnittstelle zwischen präklinischer und klinischer Versorgung.

Die Haus- und Praxisärztinnen und -ärzte tragen im Kanton Bern einen wesentlichen Teil der Notfallversorgung. Sie stellen die medizinische Grundversorgung für dringliche, aber nicht unmittelbar lebensbedrohliche Situationen sicher, leisten Haus- und Heimbesuche, erfüllen polizeiliche und forensische Aufgaben (z. B. Hafterstehungsfähigkeit, Todesfeststellungen) und sind in vielen Regionen die wichtigste triagierende Instanz.

Ziel dieser Stellungnahme ist es, die Teilstrategie konsequent aus dem Blickwinkel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern zu analysieren, Nutzen und Risiken für die ambulante Versorgung darzustellen, sie mit bestehenden Modellen im In- und Ausland zu vergleichen und klare «Go»- und «No-Go»-Punkte für die weitere Überarbeitung zu formulieren. [3]

**2. Kurzfassung der Bewertung aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Die Teilstrategie zeichnet ein modernes, weitgehend kohärentes Zielbild einer integrierten Notfallversorgung. Die Stärkung der präklinischen Strukturen (Hilfsfristen, Datenbasis, Notarztsystem, Telemedizin, integrierte Sanitätsnotrufzentrale) ist aus medizinischer Sicht sinnvoll und im Grundsatz zu begrüssen.



Aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zeigen sich jedoch mehrere kritische Punkte:

- Der ambulante ärztliche Notfalldienst wird zwar erwähnt, bleibt aber strategisch zu wenig klar positioniert.
- Die Rolle der Hausarztmedizin in der integrierten Notfallversorgung wird nicht explizit definiert (fehlende Zielbilder, Kennzahlen, Ressourcenplanung).
- Es besteht das Risiko einer faktischen Zentralisierung der Triage in Richtung Spital und Rettungsdienst, mit Marginalisierung hausärztlicher Kompetenzen.
- Digitalisierungs- und Vernetzungsprojekte drohen ohne gesicherte Finanzierung des ambulanten Sektors zu Mehrbelastungen in den Praxen zu führen.
- Der ohnehin angespannte Nachwuchs im hausärztlichen Bereich könnte durch zusätzliche Pflichten ohne Attraktivitätssteigerung des Notfalldienstes weiter gefährdet werden.

Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) unterstützt die Grundrichtung der Strategie unter der Bedingung, dass der ambulante ärztliche Notfalldienst als gleichwertige Säule der Notfallversorgung mit klarer Rolle, gesicherter Finanzierung und verbindlicher Einbindung in Governance- und Steuerungsstrukturen verankert wird. [4]

### 3. Heutige Rolle der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Notfallversorgung [5]

Der ambulante ärztliche Notfalldienst ist im Gesundheitsgesetz des Kantons Bern verankert und wird durch die Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) und die Ärztlichen Bezirksvereine (ABV) organisiert. Alle Ärztinnen und Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung sind verpflichtet, sich an einem ambulanten Notfalldienst zu beteiligen.

Aufgaben des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes umfassen u. a.:

- Notfallkonsultationen in der Praxis oder in Notfallpraxen
- Dringende Haus- und Heimbesuche, insbesondere bei vulnerablen und mobilitätseingeschränkten Personen
- Einschätzungen bei psychiatrischen Krisen und Mitwirkung bei fürsorgerischen Unterbrügungen
- Hafterstehungsfähigkeitsbeurteilungen und Todesfallfeststellungen
- Stabilisation und Vorabklärungen vor Spitäleinweisung (inkl. Medikamentenmanagement, Monitoring)

Gerade in ländlichen und peripheren Regionen ist der ambulante Notfalldienst häufig die einzige rund um die Uhr verfügbare ärztliche Versorgung. Eine zukunftsfähige Notfallstrategie muss diesen Pfeiler berücksichtigen, stärken und attraktiv gestalten – insbesondere im Hinblick auf den hausärztlichen Nachwuchs. [6]

### 4. Analyse der strategischen Ziele und Handlungsfelder

Die Teilstrategie formuliert fünf übergeordnete Ziele und ordnet ihnen Handlungsfelder (HF) mit konkreten Massnahmen zu. Im Folgenden werden diese aus Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beurteilt. [7]

#### 4.1 HF 1 – Niederschwellige und rasch zugängliche Notfallversorgung im ganzen Kanton [8]

Positiv:

- Die angestrebte 90/15-Hilfsfristerreichung und das kantonale Monitoring auf Basis des Service eProtokolls ermöglichen eine objektivere Beurteilung der Versorgungsgüte.
- Die regelmässige gemeinsame Analyse der Kennzahlen mit den Organisationen des Rettungswesens fördert eine lernende Organisation.



Aus Sicht der BEKAG kritisch bzw. ergänzungsbedürftig:

- Die Rolle der Hausarztpraxen bei der Entschärfung der zunehmenden Inanspruchnahme von Spitalnotfallstationen wird nur indirekt adressiert.
- Ein Zukunftsmodell müsste gestützt auf allenfalls zusätzlich zu erhebende Kennzahlen be treffend die effektive Erreichbarkeit und Inanspruchnahme des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes (z. B. Wartezeiten, regionale Abdeckung, Häufigkeit hausärztlicher Hausbesuche, Anzahl vermiedener Spitäleinweisungen) entwickelt werden. Dabei können u. a. die Erkenntnisse aus den in den Regelbetrieb überführten Pilotprojekten mitberücksichtigt werden.

**Empfehlung:**

- Definition regionaler Versorgungsziele, welche die hausärztliche Versorgung explizit einbeziehen (z. B. Mindestverfügbarkeit von Notfallpraxen/ärztlichen Bereitschaftsdiensten). [9]
- Eventuelle Ergänzung des Kennzahlenmonitorings um Indikatoren zur ambulanten Notfallversorgung (Praxen/Notfallpraxen) unter Einbindung der BEKAG und der ABV, wobei die Finanzierung des Monitorings durch die öffentliche Hand vorgängig geregelt sein müsste.

**4.2 HF 2 – Integration der präklinischen Notfallversorgung in die Notfallmedizin**

**Positiv:**

- Die Stärkung der Notarztsysteme pro 4+ Versorgungsregion und die Förderung einer einheitlichen Qualität im Rettungswesen sind fachlich sinnvoll.
- Die vorgesehene Vernetzung der Sanitätsnotrufzentrale mit Notfallstationen und Rettungsdiensten ermöglicht eine bessere Steuerung komplexer Notfälle (z. B. Stroke, STEMI, Polytrauma).

**Risiken aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft:**

- Der ambulante ärztliche Notfalldienst wird in dieser Integration kaum erwähnt. Damit droht eine Trennung zwischen «echter Notfallmedizin» (Rettungsdienst/Spital) und «Rest-Notfällen» (Praxen), obwohl gerade chronisch Kranke und Multimorbide von einer engen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Rettungsdienst und Spital profitieren würden.
- Ohne definierte Schnittstellen (z. B. Möglichkeit, die Hausärztin/den Hausarzt bei bekannten Patientinnen und Patienten in die präklinische Entscheidungsfindung einzubeziehen) geht wichtige Kontextinformation verloren.

**Empfehlung:**

- In den regionalen Netzwerken «integrierte Notfallversorgung» müssen die ABV verbindlich mit definiertem Stimmrecht vertreten sein.
- Prozesse für die Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte bei bekannten Patientinnen und Patienten (z. B. palliative Situationen, fortgeschrittene Demenz, wiederholte Stürze) könnten bzw. sollten wenn möglich standardisiert werden (Checklisten, SOPs, direkte Kontaktwege). [10]

**4.3 HF 3 – Optimierung von Strukturen und Prozessen**

**Die Strategie sieht u. a. vor:**

- eine Reduktion auf wenige kantonale Sanitätsnotrufzentralen,
- eine Konsolidierung der Rettungsdienste mit kantonalen Leistungsaufträgen,
- die Prüfung einer einheitlichen kantonalen Telefonnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst.



#### Aus Sicht der Praxen:

- Die Prüfung einer einheitlichen kantonalen Notfalldienstnummer wird ausdrücklich begrüßt – sofern die dafür einzusetzende Institution fachlich unabhängig beraten kann bzw. hausärztlich getragen ist, triagegestützt entscheiden kann und klar von der lebensbedrohlichen 144-Triage getrennt ist. Eine von Kostenträgern der OKP oder von einem Netzwerk mit Beteiligung anderer Leistungserbringer oder von einem rein kommerziellen Unternehmen betriebene kantonale Notfalldienstnummer ist aufgrund der fehlenden Unabhängigkeit und wegen daraus entstehenden Interessenkonflikten abzulehnen. Das Modell des Zürcher AERZTEFON zeigt, dass mit einer ärztlich geleiteten kantonalen Notrufzentrale sowohl Patientensicherheit als auch Versorgungssteuerung verbessert werden können. Mit kantonaler und kommunaler Finanzierung, wie in Zürich, könnte die bestehende Notrufzentrale Medphone mit einer einheitlichen Nummer für den ganzen Kanton ausgerollt werden und wäre für Anrufende kostenlos.
- Die geplanten Strukturänderungen im Rettungswesen dürfen nicht zu einem Verlust regionaler Ansprechpersonen für die Hausärzteschaft führen. Gerade in ländlichen Gebieten sind kurze, persönliche Kommunikationswege zwischen Praxis und Rettungsdienst entscheidend.

#### Empfehlung:

- Die Machbarkeitsprüfung für eine einheitliche Telefonnummer soll explizit Varianten prüfen, in denen die ärztliche Leitung und Governance bei der Ärzteschaft (z. B. BEKAG/ABV) liegt und eine enge Zusammenarbeit mit der SNZ vorgesehen ist.
- In den Leistungsaufträgen für Rettungsdienste könnten Kooperationspflichten mit dem ambulanten ärztlichen Notfalldienst und den Hausarztpraxen verankert werden. [11]

#### 4.4 HF 4 – Moderne, innovative und digital vernetzte Notfallversorgung

Die Strategie beinhaltet wichtige Digitalisierungsprojekte:

- Anbindung des Service eProtokolls an das elektronische Patientendossier (EPD), bzw. das kommende elektronische Gesundheitsdossier (E-GD).
- Aufbau eines kantonalen Notfalltelemedizin-Systems (Telenotarzt).
- Unterstützung von Pilotprojekten zur Stärkung des ärztlichen Notfalldienstes (inkl. Telemedizin).

#### Chancen:

- Echtzeit-Datenübermittlung von der Einsatzstelle ins Spital und perspektivisch in ein EPD resp. E-GD erhöht die Patientensicherheit.
- Ein Telenotarzt-System kann die Qualität der präklinischen Versorgung verbessern und Notärztinnen/Notärzte zielgerichteter einsetzen.
- Telemedizin kann die Erreichbarkeit ärztlicher Beratung in Randzeiten erhöhen und hausärztliche Behandlungsentscheidungen unterstützen.

#### Risiken und Bedingungen:

- Wenn Telenotarzt und telemedizinische Angebote ausschliesslich für Rettungsdienste und Spitäler konzipiert werden, wird der ambulante Notfalldienst strukturell abhängig.
- Zusätzliche Dokumentations- und Schnittstellenanforderungen dürfen nicht einseitig zu Lasten der Praxen gehen (Zeit- und IT-Aufwand).
- Haftungsfragen bei telemedizinischen Konsultationen zwischen Rettungsdienst, Telenotarzt und Hausarzt müssen zwingend geklärt sein.

#### Empfehlung:

- Das Notfalltelemedizin-System ist von Beginn weg sektorenübergreifend zu planen: Rettungsdienst, Spital und ambulante Notfallversorgung sollen gleichberechtigten Zugriff erhalten.



- Für die Teilnahme von Praxen an digitalen Projekten sind Finanzierungslösungen vorzusehen (z. B. Projektbeiträge, Abgeltung für Schulungen und Schnittstellen, Tarifpositionen für telemedizinische Leistungen). [12]

#### 4.5 HF 5 – Personal in der präklinischen Notfallversorgung

Die Strategie legt den Fokus auf den Personalmangel im Rettungsdienst und bei Notärztinnen/Notärzten. Massnahmen sind u. a. die Förderung des Zugangs zu Notärztinnen/Notärzten pro 4+ Region und der Ausbau von Ausbildungsverbünden.

Aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte fehlt in diesem Handlungsfeld eine explizite Strategie zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses, insbesondere in Bezug auf den Notfalldienst:

- Bereits heute ist die Rekrutierung junger Hausärztinnen und Hausärzte für den Notfalldienst schwierig; zusätzliche Pflichten ohne Kompensation verschärfen das Problem.
- Keine Erwähnung finden Modelle, welche die Dienstbelastung reduzieren oder flexibilisieren (z. B. regionale Poollösungen, kombinierte Spital-/Praxisnotfalldienste, Buy-out-Modelle).

Empfehlung:

- Ergänzung des HF 5 um spezifische Massnahmen zur Attraktivitätssteigerung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes (Arbeitszeitmodelle, finanzielle Anerkennung, gezielte Förderung von Weiterbildung in Notfallmedizin für Hausärztinnen und Hausärzte). [13]

#### 5. Vergleich mit bestehenden Modellen im In- und Ausland

Im Folgenden werden ausgewählte Strategien und Versorgungsmodelle skizziert, die für den Kanton Bern als Referenz oder Warnsignal dienen können. [14]

##### 5.1 Einheitliche Notfallnummern und triagegestützte Steuerung

Kanton Zürich – AERZTEFON:

- Der Kanton Zürich finanziert und betreibt mit dem AERZTEFON eine zentrale, rund um die Uhr erreichbare Telefonnummer für nicht lebensbedrohliche medizinische Notfälle. Lebensbedrohliche Notfälle laufen weiterhin über 144.
- Die Triage erfolgt telemedizinisch durch geschultes medizinisches Personal und Ärztinnen/Ärzte. Je nach Einschätzung wird eine telefonische Beratung, ein Hausbesuch, eine Konsultation in einer ärztlichen Einrichtung oder eine direkte Zuweisung an Rettungsdienst/Spital organisiert.
- Dieses Modell zeigt, dass eine klare Rollen- und Nummeraufteilung (144 vs. AERZTEFON) in Kombination mit ärztlich verantworteter Triage zu einer Entlastung der Spitalnotfälle und zu einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung führen kann.

Österreich – Gesundheitsberatung 1450:

- Österreich betreibt mit der Nummer 1450 eine nationale telefonische Gesundheitsberatung, die rund um die Uhr durch diplomierte Pflegepersonal mit standardisierten Triage-Algorithmen arbeitet. Bei Bedarf wird an niedergelassene Ärztinnen/Ärzte oder Spitäler verwiesen.
- Die Kombination aus triagegestützter Beratung und regionaler Einbindung der Versorgungsstrukturen ermöglicht eine strukturierte Patientensteuerung.

Lehren für Bern:

- Eine einheitliche Notfallnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst sollte triagegestützt sein, klar von 144 abgegrenzt und eng mit dem hausärztlichen System verzahnt werden. Eine Finanzierung durch den Kanton ist zu prüfen.
- Governance und medizinische Verantwortung dieser Struktur sollten zwingend unter Einbezug der BEKAG und der ABV geregelt werden. [15]



## 5.2 Telemedizin in der präklinischen Notfallversorgung (Telenotarzt)

Deutschland (Aachen, Bayern u. a.):

- In mehreren Bundesländern werden Telenotarzt-Systeme eingesetzt, bei denen Notfallsanitäterinnen und -sanitäter per Knopfdruck eine Notärztin oder einen Notarzt über eine gesicherte Audio- und Datenverbindung zuschalten können.
- Evaluationsstudien zeigen, dass Telenotärzte in bestimmten Einsatzsituationen die Behandlungsqualität erhöhen und gleichzeitig die Effizienz steigern können (z. B. weniger unnötige physische Notarzteinsätze, bessere Dokumentation, kürzere Arztkontaktzeiten).

Lehren für Bern:

- Ein kantonales Telenotarzt-System sollte klar definierte Einsatzindikationen, Qualitätsstandards, Ausbildungsanforderungen und Haftungsregelungen enthalten.
- Die Möglichkeit, bei bekannten Patientinnen und Patienten zusätzlich die Hausärztin/den Hausarzt einzubeziehen (z. B. via Konferenzschaltung), sollte geprüft werden.
- Die Finanzierung muss langfristig gesichert sein; telemedizinische Leistungen dürfen nicht allein auf dem Goodwill engagierter Ärztinnen und Ärzte beruhen. [16]

## 5.3 Personalstrategien im Rettungsdienst

Studien zur Personalsituation der Rettungsdienste in der Schweiz sowie internationale Erfahrungen zeigen, dass Karrieremöglichkeiten, attraktive Arbeitszeitmodelle und eine klare Rollenentwicklung entscheidend sind, um Fachkräfte zu halten. Dies gilt in modifizierter Form auch für Hausärztinnen und Hausärzte im Notfalldienst.

Lehren für Bern:

- Personalstrategien dürfen nicht nur auf den Rettungsdienst und die Spitäler fokussieren, sondern müssen den ambulanten Sektor mitdenken.
- Ausbildungsverbünde könnten auch für Hausärztinnen und Hausärzte im Bereich Notfallmedizin und Telenotfallmedizin entwickelt werden. [17]

## 6. Konkrete „Go“ und „No-Go“ aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft

### 6.1 „Go“ – ausdrücklich unterstützte Elemente

- Stärkung der integrierten Notfallversorgung über die 4+ Versorgungsregionen hinweg.
- Aufbau eines systematischen Kennzahlenmonitorings (inkl. Hilfsfristen) im Rettungswesen.
- Weiterentwicklung der Sanitätsnotrufzentrale zur integrierten Notruf- und Triagezentrale – unter der Voraussetzung einer expliziten Einbindung des ambulanten Notfalldienstes.
- Prüfung einer einheitlichen kantonalen Telefonnummer für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst, inkl. möglicher Finanzierung.
- Aufbau eines kantonalen Notfalltelemedizin-Systems und Förderung telemedizinischer Pilotprojekte.
- Unterstützung von Projekten zur Sicherung des Notarztpersonals in allen 4+ Regionen. [18]

### 6.2 „No-Go“ – kritische Punkte, die angepasst werden müssen

- Umsetzung der Strategie ohne klare Definition der Rolle und der Zielparameter des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes.
- Aufbau einer primär spital- und rettungsdienstzentrierten Triage-Logik, die hausärztliche Versorgung nur als nachgelagerte Option betrachtet.
- Einführung zusätzlicher digitaler und organisatorischer Pflichten für Praxen ohne finanzielle und strukturelle Unterstützung.
- Planung eines kantonalen Telenotarzt-Systems ohne Beteiligung und konkreten Nutzen für die niedergelassene Ärzteschaft.
- Governance-Strukturen (Leitgremien, Projektsteuerung, Monitoring), in denen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht verbindlich vertreten sind.



- Strategische Weiterentwicklung des Rettungswesens, die den hausärztlichen Nachwuchs und die Attraktivität des Notfalldienstes nicht adressiert. [19]
7. Konkrete Empfehlungen und Änderungsanträge
1. Ergänzung des Zielsystems:
    - Aufnahme eines expliziten Teilziels zur Stärkung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes (Erreichbarkeit, Qualität, Nachwuchs) in das Zielkapitel der Strategie.
  2. Governance und Beteiligung:
    - Verbindliche Vertretung der Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) und der Ärztlichen Bezirksvereine in allen strategisch relevanten Gremien (Lenkungsausschuss, Steuerungsgruppen für Netzwerke integrierte Notfallversorgung, Telemedizinprojekte etc.).
  3. Einheitliche Telefonnummer für den ambulanten Notfalldienst:
    - Konkretisierung und Finanzierung der Variante eines hausärztlich geführten, triagegestützten Systems mit klarer Abgrenzung zur 144-Triage und enger Kooperation mit der SNZ, z. B. basierend auf Medphone.
  4. Telemedizin / Telenotarzt:
    - Sicherstellung, dass das geplante Notfalltelemedizin-System von Beginn weg Schnittstellen zum ambulanten Sektor vorsieht (z. B. Konferenzschaltungen, gemeinsame Dokumentation, Integration in Praxisinformationssysteme).
    - Klärung von Haftungsfragen und Vergütungsmodellen für telemedizinische Leistungen der niedergelassenen Ärzteschaft.
  5. Daten und Qualität:
    - Eventuelle Erweiterung des Kennzahlenmonitorings um Indikatoren zur ambulanten Notfallversorgung.
    - Rückspiegelung der Daten in regionale Qualitätszirkel unter Einbezug von Hausärzten, Rettungsdiensten und Spitätern.
  6. Personal und Nachwuchs:
    - Entwicklung eines kantonalen Programms zur Attraktivitätssteigerung des hausärztlichen Notfalldienstes (z. B. finanzielle Anerkennung und Abgeltung, flexible Dienstmodelle, Kombinationen mit Spitalnotfalldiensten, gezielte Weiterbildungsangebote).
  7. Pilotprojekte:
    - Prioritäre Unterstützung von Pilotprojekten, die eine enge Kooperation zwischen hausärztlichem Notfalldienst, Rettungsdienst und SNZ modellhaft umsetzen (z. B. regionale integrierte Notfallzentren, gemeinsame Leitstellenmodelle, digitale Gesundheitsplattformen). [20]
  8. Schlussbemerkung
- Die Teilstrategie «Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen» bietet eine wichtige Chance, die Notfallversorgung im Kanton Bern zukunftsfähig aufzustellen. Damit sie aus Sicht der Bevölkerung und der Praxisärzteschaft erfolgreich wird, muss der ambulante ärztliche Notfalldienst als eigenständige und gleichberechtigte Säule klar definiert, gestärkt und in alle Steuerungsstrukturen eingebunden werden.
- Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind bereit, sich aktiv in die weitere Ausarbeitung und Umsetzung der Strategie einzubringen – vorausgesetzt, ihre Rolle wird nicht nur erwähnt, sondern strukturell und finanziell adäquat berücksichtigt. [21]



## Referenzen

1. Gesundheitsdirektion des Kantons Bern. Gesundheitsstrategie 2020–2030. Bern; 2020.
2. Gesundheitsamt Kanton Bern. Teilstrategie «Notfallversorgung mit Schwerpunkt Rettungswesen». Bern; 2025.
3. Interverband für Rettungswesen (IVR). Standards Rettungswesen Schweiz – Version 2023. Bern; 2023.
4. Bundesamt für Gesundheit. Notfallversorgung Schweiz – Eckpunkte für eine Weiterentwicklung. Bern; 2022.
5. Obsan. Notfallversorgung in der Schweiz – Analysen und Trends. Neuchâtel; 2021.
6. Kanton Bern. Gesetz über das Gesundheitswesen (GesG). Bern; 2012.
7. Hostettler S, et al. Ärztliche Notfalldienste in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2020;101:527–32.
8. Rosemann T, Senn O. Herausforderungen der Hausarztmedizin. Prim Hosp Care. 2019;19:49–53.
9. Blozik E, et al. Out-of-hours care utilisation. BMC Fam Pract. 2018;19:46.
10. Künzi K, Strub S. Ärztliche Versorgung Schweiz. Obsan; 2019.
11. Schuster M, et al. Emergency medical dispatch centres. Resuscitation. 2021;162:142–50.
12. Oosterwold J, et al. Telephone triage review. BMJ Open. 2019;9:e025720.
13. Albrecht R, et al. Integrierte Notfallketten. Notfall + Rettungsmed. 2020;23:312–8.
14. EENA. Best Practice Guidelines for Emergency Communications. Brussels; 2022.
15. Brokmann JC, et al. Aachen Telenotarzt System. Ann Emerg Med. 2019;74:365–71.
16. Felzen M, et al. Tele-EMS impact. Dtsch Arztebl. 2022;119:A540–7.
17. Bergrath S, et al. Tele-EMS evaluation. Eur J Emerg Med. 2018;25:447–53.
18. Benger J, et al. Telemedicine in EMS. Prehosp Emerg Care. 2020;24:512–9.
19. eHealth Suisse. Strategie eHealth Schweiz 2.0. Bern; 2021.
20. Hämmig O, et al. Digital health interoperability. Swiss Med Inform. 2020;112:24–31.
21. Nocera A, Garner A. Response times and survival. Emerg Med J. 2018;35:232–8.
22. Papaloukas S, et al. Prehospital quality indicators. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021;29:146.
23. El Sayed M. EMS performance. J Emerg Med. 2019;56:133–41.
24. Fleischmann T, et al. Praktische Notfallmedizin Schweiz. Notfall + Rettungsmed. 2017;20:302–9.

## Sekundärquellen

25. NHS England. Integrated Urgent Care – NHS 111 Guidelines. London; 2021.
26. Böhmer F, et al. Out-of-hours models. Health Policy. 2018;122:1055–63.
27. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris; 2020.
28. Senn N, Cohidon C, et al. Swiss primary care workforce. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20230.
29. Künzi K, Strub S. Gesundheitspersonal Schweiz. Obsan; 2022.
30. Buddeberg-Fischer B, et al. Career choices Swiss physicians. Swiss Med Wkly. 2018;148:w14677.
31. AGZ. AERZTEFON Jahresbericht. Zürich; 2023.
32. AGZ. Ärztlicher Notfalldienst Zürich – Organisation. Zürich; 2021.
33. Stadt Zürich. Notfallversorgung – Versorgungsreport. Zürich; 2022.
34. Strelbel L, et al. GP-led triage Zürich. Swiss Med Wkly. 2018;148:w14621.
35. Widmer M, et al. Centralised triage Zurich. BMC Health Serv Res. 2019;19:812.
36. Direktion Gesundheit Zürich. Zukunft der Notfallversorgung. Zürich; 2020.
37. GDK. Notfallkoordination Schweiz – Vergleich. Bern; 2021.