

Reform der Notfallversorgung – Das Spannungsfeld zwischen Selbstverantwortung und Patientensteuerung in einem solidarischen Gesundheitssystem

Anja Pecher, LL.M. (Medizinrecht), Düsseldorf*

I. Einleitung

1. Problemaufriss

Ein medizinischer Notfall lässt sich als plötzliche und unerwartete Situation, die eine akute Behandlung eines Patienten¹ notwendig macht, definieren.² Die Notfallversorgung ist damit ein zentraler und unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitssystems und spielt die entscheidende Rolle bei der Bereitstellung sofortiger Hilfe für Menschen in akuten medizinischen Notlagen.³ Eine gut funktionierende Notfallversorgung stellt sicher, dass Patienten rund um die Uhr Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung haben.⁴

* Die Verfasserin ist Mag. iur. und Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Medizin- und Wirtschaftsrecht.

1 In dem folgenden Beitrag wird einzig aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für Personen aller Geschlechter.

2 Walk/Schuster, Integrierte Notfallzentren (INZ) als neue Struktur der Notfallversorgung, 2020, S. 3.

3 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

4 Vgl. Augurzky/Beivers/Dodt, in: *RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung*, Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung – RWI Position #68 v. 31.05.2017, abrufbar unter: <https://hdl.handle.net/10419/162134> (zuletzt abgerufen am 22.04.2025), S. 3; vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S.3, abrufbar unter: www.bunde

Doch der Anspruch an eine jederzeit verlässliche Notfallversorgung kollidiert zunehmend mit den strukturellen Belastungsgrenzen des solidarischen Gesundheitssystems. Das Problem ist unschwer identifizierbar und in der Versorgungsrealität deutlich spürbar: „Wer in diesen Tagen einmal versucht hat, für einen Angehörigen oder für sich selbst schnelle medizinische Hilfe zu erlangen, wird merken, dass nicht nur Notaufnahmen, sondern auch Hausarztpraxen und andere Eckpfeiler einer patientennahen Versorgung völlig überlastet sind.“⁵

Zu beobachten ist eine steigende Inanspruchnahme notfallmedizinischer Strukturen insgesamt und insbesondere der klinischen Notfallaufnahme.⁶ Währenddessen sinkt die Inanspruchnahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).⁷ Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* berichtet von einer inadäquaten, defizitären Versorgungslage in sämtlichen befragten Notaufnahmen.⁸ Hinzutretende Herausforderungen wie der demographische Wandel und der chronische Fachkräftemangel verschärfen das Problem.⁹ Zudem weist die Struktur und

sgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

5 Schwind, GuP 2024, 70.

6 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 5, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 277 f., abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, RI5.

7 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 5, abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 278, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

8 *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, RI5.

9 Vgl. hierzu *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akut-

Qualität der Notfallversorgung, unter anderem den föderalen Zuständigkeiten und urban-ruralen Disparitäten geschuldet, in der Praxis zum Teil erhebliche regionale Unterschiede auf. In Summe hat sich ein komplexes, in weiten Teilen als unzureichend koordiniert resümiertes System der Notfallversorgung herausgebildet, das seit Jahren im Zentrum gesundheitspolitischer Reformdebatten steht.

2. Das zentrale Spannungsverhältnis von Selbstverantwortung und Steuerung durch das solidarische Gesundheitssystem

Die bestehenden Überlastungsphänomene in der Notfallversorgung sind weniger auf einen steigenden Versorgungsbedarf als vielmehr auf ein tieferliegendes Spannungsverhältnis zwischen individueller Selbstverantwortung und systemischer Steuerung innerhalb eines solidarischen Krankenversicherungssystems zurückzuführen. Die Notfallversorgung bildet den Brennpunkt, an dem der staatliche Schutzauftrag, die Autonomie des Einzelnen – der zugleich als Teil der Solidargemeinschaft zu verstehen ist – und die realen Begrenzungen medizinischer Ressourcen unmittelbar aufeinandertreffen. Im Zuge der andauernden Reformdiskussion rückt daher zunehmend die Frage in den Fokus, ob und wie der Zugang Hilfesuchender im Notfall zur jeweils angemessenen Versorgungsebene gesteuert werden soll: Wo verläuft die interessengerechte Grenze zwischen Patientenautonomie und Systemsteuerung? Wie viel Eigenverantwortung kann dem Einzelnen zugemutet werden? Und wann und wo muss das solidarische System steuernd eingreifen?

Solidarität und Eigenverantwortung als Leitprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung bilden dabei keine Gegensätze, sie gehören zusammen – ohne Solidarität wird Eigenverantwortung egoistisch, ohne Eigen-

versorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 4, 8, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, R15; *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 83 f., 103, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

verantwortung wird Solidarität anonym und missbrauchbar.¹⁰ Solidargemeinschaften sind somit auf ein Mindestmaß an solidarischem Verhalten ihrer Mitglieder angewiesen. Angesichts des grundlegenden Spannungsverhältnisses der bestmöglichen Patientenversorgung einerseits und dem von Ressourcenknappheit geprägten Gesundheitssystem andererseits gerät auch das solidarische Fundament des Gesundheitswesens zunehmend unter Druck: Insbesondere der kostendeckende Betrieb der Notaufnahmen stellt dabei für Krankenhäuser eine echte Herausforderung dar.¹¹ Hinzu kommt überlastetes Personal in Notaufnahmen.¹² Vor diesem Hintergrund lohnt ein genauer Blick auf die gegenwärtige Struktur der Notfallversorgung und die damit einhergehenden systemischen Herausforderungen.

II. Blick auf die Notfallversorgung *de lege lata* und *de lege ferenda*

1. Struktur der Notfallversorgung *de lege lata*

In Deutschland basiert die Organisation der Notfallversorgung auf drei historisch gewachsenen Säulen: Dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, dem Rettungsdienst und den Notaufnahmen in Krankenhäusern.¹³

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert, deren Sicherstellungsauftrag gem. § 75 Abs.1 SGB V auch die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten umfasst. Für Ärzte ergibt sich aus den Heilberufsgesetzen der Länder eine Teilnahmepflicht am Notdienst;¹⁴ Einzelheiten sind in den Berufsordnungen der Landesärztekammern sowie den Notfalldienstordnungen der KVen geregelt.

¹⁰ Vgl. BT-Drs. 11/2237, S. 157.

¹¹ Vgl. *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, R15.

¹² Vgl. hierzu *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 8, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommision-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

¹³ Vgl. RWI – *Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung*, Notfallversorgung in Deutschland, Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2018, S. 11 ff., abrufbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/180218>, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); BT- WD 9 – 3000 – 042/22, S. 4.

¹⁴ Vgl. *Felix*, GuP 2024, 45, 48.

Der Rettungsdienst ist nach geltender Rechtslage eine Aufgabe der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr und fällt gemäß Art. 30, 70 GG in die Gesetzgebungskompetenz der Länder.¹⁵ Entsprechend ist er durch Landesrettungsdienstgesetze geregelt und in der Regel in kommunaler Verantwortung organisiert.¹⁶ Die Durchführung kann dabei entweder durch kommunale Träger selbst oder im Rahmen von Ausschreibungen durch Hilfsorganisationen oder private Anbieter erfolgen, wobei die Ausgestaltung heterogen ist: Bundesweit existieren rund 300 eigenständige Rettungsdienstbereiche mit jeweils eigenen Strukturen und Zielvorgaben.¹⁷

Die Notaufnahmen als dritte Säule der Notfallversorgung in Deutschland dienen insbesondere der Erstversorgung akuter Gesundheitsgefahren sowie der Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme.¹⁸ Die Teilnahme an der Notfallversorgung ist für die nach § 108 SGB V zugelassenen Plankrankenhäuser verpflichtend. Zwar enthalten die Krankenhauspläne der Länder überwiegend keine ausdrücklichen Regelungen zur Notaufnahme, der Versorgungsauftrag umfasst jedoch auch die Sicherstellung einer entsprechenden Akutversorgung.¹⁹ Die rechtliche Grundlage für die Behandlung ambulanter Notfälle ohne Überweisung findet sich in § 116 SGB V. Patienten mit subjektiv empfundenem medizinischen Notfall dürfen nicht ohne Weiteres abgewiesen werden – bis zur ärztlichen Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit besteht grundsätzlich eine Behandlungsverpflichtung nach § 323c StGB.²⁰

Die derzeitige Struktur der Notfallversorgung ist durch diese sektorale Trennung geprägt. Verbindliche Schnittstellen zwischen ambulanter, rettungsdienstlicher und stationärer Versorgung fehlen bislang, ebenso wie eine zentrale, einheitliche Steuerungsinstanz.

15 Vgl. *Felix*, GuP 2024, 45, 50; *Lissel*, in: *Ratzel/Luxenburger*, Handbuch Medizinrecht, 4. Aufl. 2021, Kap. 40 Rn. 5.

16 *Lissel*, in: *Ratzel/Luxenburger*, Handbuch Medizinrecht, 4. Aufl. 2021, Kap. 40 Rn. 5, II.

17 *Felix*, GuP 2024, 45, 50.

18 Vgl. *Hohmann/Herr*, in: *Dormann/Klauber/Kuhlen*, Qualitätsmonitor 2020, S. 3.

19 Vgl. *Greiser/Rielange/Rauhöft*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 52, 2024, S. 1 f., abrufbar unter: <https://doi.org/10.13154/294-12768>, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

20 Ausführlich *Bock*, Notfall & Rettungsmedizin 2005, S. 286 ff.

2. Resümierte Defizite und Reformbedarf

Als Schwachstelle des bisherigen Systems wurde bisher insbesondere diese nicht hinreichend abgestimmte sektorale Trennung der drei Säulen in der Notfallversorgung resümiert.²¹ Zudem ist es im aktuellen System weitestgehend von der individuellen Patientenentscheidung abhängig, welche Notfallstruktur in Anspruch genommen wird. Gleichzeitig sind die Notfallstrukturen der KV als Alternative zur klinischen Notaufnahme in der Bevölkerung nicht hinreichend bekannt.²² Eine aktuelle Versichertenbefragung zeigt, dass innerhalb von 12 Monaten ein Viertel der GKV-Versicherten eine klinische Notaufnahme aufgesucht hat – etwa 60 % davon wurden ambulant behandelt und nur 40 % stationär aufgenommen.²³

So kommt es zu einer vermehrten Verschiebung von subjektiv als „notfallmäßig“ empfundenem Behandlungsgeschehen in den stationären Bereich, obgleich eine Versorgung im vertragsärztlichen Bereich möglich gewesen wäre; hier werden Personal und Ressourcen gebunden, die in der Folge anderweitig fehlen.²⁴ Der *Sachverständigenrat* geht hier von einer

21 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 4, 7, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. hierzu auch bereits *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, S. 776, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. ferner *Stollmann*, *GesR* 2023, 84, 91 f. mit einem Überblick über den Reformbedarf.

22 Vgl. hierzu *Somasundaram/Geissler/Leidel/Wrede*, *Gesundheitswesen* 2018, 621.

23 *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*, Ohne Not in die Notaufnahme, Pressemitteilung vom 16.12.2024, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1948811.jsp#:~:text=60%20Prozent%20ambulant%20behandelt%20und,des%20GKV%20Spitzenverbandes%20durchgef%C3%BChrt%20wurde (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

24 Vgl. hierzu *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 3, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 131, abrufbar unter: <https://www.svr-gesundhe>

Fehlsteuerung der Patientenwege aus und beurteilt die Notfallversorgung insofern als nicht bedarfsgerecht, als zu viele unnötige Inanspruchnahmen von Ressourcen des Rettungsdienstes und der klinischen Notaufnahmen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen verschärfen.²⁵ Dabei werden die bestehenden Angebote für Hilfesuchende als häufig intransparent bewertet, was ein relevantes, vermeidbares Sicherheitsrisiko darstelle.²⁶ Ziel müsse es daher sein, „Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zu steuern. Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.“²⁷

3. Reformansätze – Notfallversorgung de lege ferenda

Eine Reform der Notfallversorgung ist schon seit einigen Jahren Gegenstand des gesundheitspolitischen Diskurses – und wird nicht zuletzt auch von den Akteuren der Notfallversorgung selbst wiederholt eingefordert.²⁸

Bereits 2015 wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V der Grundstein für die Zusammenarbeit

it.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

- 25 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 131, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).
- 26 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 7, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. ferner *Felix*, GuP 2024, 45, 45.
- 27 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 3, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).
- 28 Deutlich auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 298, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Rettungsdienst gelegt; weitere Schritte folgten dann 2019 mit dem Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Richtlinien für zentrale Anlaufstellen zur Ersteinschätzung einführte.²⁹ Der Anfang 2020 veröffentlichte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung sah u.a. eine umfassende Neuregelung unter Einrichtung eines Gemeinsamen Notfallleitsystems und Integrierter Notfallzentren (INZ) sowie der Implementierung des Rettungsdienstes als eigenen Leistungsbereich im SGB V vor.³⁰ Er schaffte es indes bis zum Ende der 19. Legislaturperiode, wegen des dazwischentretenden pandemischen Geschehens, nicht mehr in Gesetzesform.³¹

In der 20. Legislaturperiode wurde die Reform der Notfallversorgung in den breiteren Kontext der Krankenhausreform eingebettet. Die von der Ampelkoalition eingesetzte *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* identifizierte „die momentanen Strukturen [als Ursache einer] unnötige[n] Gefährdung der [...] Patientensicherheit bei gleichzeitig suboptimaler Effizienz des Ressourceneinsatzes.“³² Sie betonte die Notwendigkeit, die sektorale Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rettungsdienstlicher Versorgung zu überwinden, um ineffiziente Doppelstrukturen und Schnittstellenprobleme zu vermeiden und „eine bedarfs- und zeitgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“³³ Der

29 Vgl. Müssig, GuP 2024, 77.

30 BMG, Referentenentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

31 Vgl. auch Müssig, GSZ 2022, 74, 75.

32 *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 9, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

33 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 10, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

im Juni 2024 vom BMG vorgelegte Referentenentwurf³⁴ griff wesentliche Elemente früherer Entwürfe auf, insbesondere eine Reform des Rettungsdienstes³⁵ sowie die flächendeckende Einführung von INZ. Diese sektorenübergreifenden Behandlungsstrukturen sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer in unmittelbarer Nähe liegenden KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) bestehen. Zudem war eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen in § 75 Abs. 1b SGB V und die Verpflichtung zur Vorhaltung zusätzlicher Strukturen für die ambulante Notfallversorgung vorgesehen.

Vor Ende der Legislaturperiode konnte der Gesetzesentwurf nicht verabschiedet werden. Die Frage, ob und in welcher Form die seit mittlerweile drei Legislaturperioden angestrebte grundlegende Reform der Notfallversorgung in der kommenden Legislaturperiode realisiert werden kann, bleibt offen.

III. Selbstverantwortung und Patientensteuerung im System der Notfallversorgung

1. Steuerungsmechanismen im solidarischen Gesundheitssystem

Im Zentrum der aktuellen Reformüberlegungen wird nun der Ansatz einer verbesserten Patientensteuerung als Schlüssel zur Lösung der bestehenden Versorgungsprobleme gesehen.³⁶

34 BMG, Referentenentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/NotfallGesetz_RefE.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

35 Vgl. hierzu auch BT-Drs. 20/8871 sowie *Regierungskommission*, Neunte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung v. 07.09.2023, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); weiterführend *Hobusch*, MedR 2023, 627 ff.

36 Grds. befürwortend auch *Bundesärztekammer*, Stellungnahme v. 15.01.2024, S. 3, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986406/69ef3f5570a567d0def46d33e60cc9ab/20_14_01728_Bundesaerztekammer_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *GKV-Spitzenverband*, Stellungnahme zur BT-Drs. 20/5364 und 20/8871 v. 15.01.2024, S. 4, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/240115_Stellungnahme_GKV-SV_Notfallversorgung_Rettungsdienst.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Kassenärzt-*

Das solidarische Gesundheitssystem, wie es § 1 SGB V vorsieht, ist nicht nur allein auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Versichertengemeinschaft und Einzelnen gegründet, sondern ebenso auf die Mitwirkung der Versicherten im Sinne gesundheitsbewusster und systemgerechter Entscheidungen.³⁷ Steuerung ist damit kein Widerspruch zum Solidarprinzip, sondern dessen funktionale Konkretisierung als legitimes Mittel der Ressourcenverteilung zur Vermeidung negativer Konsequenzen für die Solidargemeinschaft einerseits und den Einzelnen andererseits. Dies gilt umso mehr in der Notfallversorgung, wo eine Fehlinanspruchnahme nicht nur Ressourcen bindet, sondern auch die Patientensicherheit und damit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG geschützte Rechtsgüter gefährden kann. Die Frage, wie systemische Steuerung verhältnismäßig, praktisch und ethisch tragfähig umgesetzt werden kann, bildet somit eine der zentralen Herausforderungen der gegenwärtigen Reformdiskussion.

2. Systemische Steuerung im Lichte der Patientenautonomie: Zwischen Paternalismus und Eigenverantwortung

a. Selbstverantwortung des Versicherten: Bedeutung und Grenzen

Die Diskussion um Patientensteuerung im solidarischen Gesundheitssystem lässt sich jedoch nicht führen, ohne zugleich die Grundlagen und Voraussetzungen individueller Selbstverantwortung in den Blick zu nehmen. Möchte man systemische Lenkung rechtfertigen, muss zunächst die Bedeutung von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang in den Blick genommen werden – wo sie beginnen und wo sie realistischerweise enden müssen.

Im Ausgangspunkt einer freiheitlich verfassten, marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaft ist zunächst jeder Einzelne selbst in der Verantwortung, für sich und ggf. seine Angehörigen zu sorgen.³⁸ Diese Vorstellung von Eigenverantwortung flankiert zugleich das rechtliche Leitbild der Ent-

liche Bundesvereinigung, Stellungnahme der KBV zu Akut- und Notfallversorgung v. 15.01.2024, S. 4, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986410/28e223c9bea9ble31d7eb2095533a3f3/20_14_01726_Kassenaerztliche_Bundesvereinigung_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. auch *Dittrich/Lippert*, GesR 2023, 15 f.; *Felix*, GuP 2024, 45 ff.

37 Weiterführend *Gassner*, ZRP 2022, 2.

38 Vgl. *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

scheidungsfreiheit in der Gesundheitsversorgung: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der hierauf bezogene staatliche Schutzauftrag lassen sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG ableiten:³⁹ Der Patient als autonome Persönlichkeit darf nicht zum bloßen Objekt der medizinischen Behandlung gemacht werden.⁴⁰ Das Menschenbild des Grundgesetzes geht von einem selbstverantwortlichen und mündigen Bürger aus, der selbst, doch nicht voraussetzungslos, in der Lage ist, für seine Gesundheit zu sorgen und dabei seinen Präferenzen zu folgen.⁴¹

Gerade im medizinischen Notfallszenario wird diese Vorstellung jedoch regelmäßig relativiert: Entscheidungen müssen unter Zeitdruck, in emotional belastenden Situationen und häufig ohne hinreichende Orientierung getroffen werden. Eine eigenständige Beurteilung der medizinischen Dringlichkeit ist Laien kaum möglich oder zumutbar, setzt sie doch in aller Regel eine ärztliche Einschätzung voraus. Dementsprechend erfährt das Konzept der Selbstverantwortung im Notfallgeschehen seine rechtliche und ethische Begrenzung: Die rechtliche Zuschreibung von (Eigen-)Verantwortung setzt voraus, dass dem Einzelnen tatsächliche Handlungsalternativen zur Verfügung stehen.⁴² Die Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung hängt neben den Informationen des Einzelnen, seinem Wissen und seinen Fähigkeiten auch maßgeblich von den vorhandenen Infrastrukturen und Ressourcen sowie sozialen Werten und Normen ab.⁴³ Eine Studie der TU München aus dem Jahr 2024 zeigt bei rund 75 % der Erwachsenen Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten oder anzuwenden – mit steigender Tendenz.⁴⁴ Geringe personale

39 BVerfGE 52, 131, 168 f., 173; vgl. auch *Grupp*, MedR 1992, 256, 258; *Magnus*, Patientenautonomie im Strafrecht, 2015, S. 111 f.

40 Vgl. *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 2 Rn. 54.

41 *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer*, Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV, S. 16, abrufbar unter: https://www.w.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/KurzfassungPriorisierung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

42 Vgl. *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

43 *Remmert/Schütz*, in: *Remmert/Gokel*, GKV-Kommentar SGB V, 68. EL 2025, § 1 Rn. 37.

44 Vgl. *Technische Universität München*, Gesundheitskompetenz in Deutschland weiter gesunken, Pressemitteilung v. 02.04.2025, abrufbar unter: [https://www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/gesundheitskompetenz-in-deutschland-weiter-gesunken#:~:text=75%20Prozent%20der%20Erwachsenen%20verstehen,Technischen%20Universit%C3%A4t%20M%C3%BCnchen%20\(TUM\)](https://www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/gesundheitskompetenz-in-deutschland-weiter-gesunken#:~:text=75%20Prozent%20der%20Erwachsenen%20verstehen,Technischen%20Universit%C3%A4t%20M%C3%BCnchen%20(TUM)) (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

Gesundheitskompetenz kann zu einem verstärkten subjektiven Bedarf nach Gesundheitsleistungen und einer vergleichsweise häufigen Nutzung des Gesundheitssystems führen.⁴⁵ Für eine gelingende Notfallreform ist daher auch die verbesserte Information und Aufklärung der Bevölkerung im Hinblick auf die eigene Gesundheitskompetenz von essentieller Bedeutung.⁴⁶

Zusätzlich erschweren aktuell strukturelle Hindernisse wie eine unübersichtliche und uneinheitliche Handhabung der Notfallversorgung sowie nicht abgestimmte Öffnungszeiten die Nachvollziehbarkeit des Systems für den Patienten.⁴⁷ Ein ganz erheblicher Anteil der Bevölkerung hat Schwierigkeiten, sich im System zu orientieren – insbesondere vulnerable Gruppen sind betroffen.⁴⁸ Wenn etwa die Rufnummer 116 117 nicht bekannt ist oder unklare Zuständigkeiten bestehen, fehlt es an der Grundlage für eigenverantwortliches Handeln. Eigenverantwortung setzt daher voraus, dass das System auch die Voraussetzungen hierfür schafft – in Gestalt zielgruppenspezifischer Informationen und niedrigschwelliger Zugänge.⁴⁹

45 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Fachkräfte im Gesundheitswesen*, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 220, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fi/leadadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.____durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

46 Vgl. hierzu *Bundesärztekammer*, Stellungnahme v. 15.01.2024, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986406/69ef3f5570a567d0def46d33e60cc9ab/20_14_0172_8_Bundesaerztekammer_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025) mit konkreten Vorschlägen zur langfristigen Realisierbarkeit; kritisch im Hinblick auf die Effektivität *Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin*, Stellungnahme bezugnehmend auf Anhörung „Notfallversorgung“ des Ausschusses für Gesundheit v. 17.01.2024, S. 2, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986232/1d079f0f69ff3d881524d9234811e88/20_14_0172-3-Deutsche-Gesellschaft-interdisziplinäre-Notfall-und-Akutmedizin-e-V-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

47 Vgl. hierzu *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Stellungnahme zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 11.01.2024, S. 3, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986000/3ed12a945a253e4c1cdd5dae9d9a885d/20_14_0172-1-Deutsche-Krankenhausgesellschaft-DKG-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2024); vgl. ferner *Felix*, GuP 2024, 45, 45.

48 Vgl. Technische Universität München, Gesundheitskompetenz in Deutschland weiter gesunken, Pressemitteilung v. 02.04.2025, abrufbar unter: [https://www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/gesundheitskompetenz-in-deutschland-weiter-gesunken#:~:text=75%20Prozent%20der%20Erwachsenen%20verstehen,Technischen%20Universit%C3%A4t%20M%C3%BCnchen%20\(TUM\)](https://www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/gesundheitskompetenz-in-deutschland-weiter-gesunken#:~:text=75%20Prozent%20der%20Erwachsenen%20verstehen,Technischen%20Universit%C3%A4t%20M%C3%BCnchen%20(TUM)) (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

49 Vgl. dazu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Fachkräfte im Gesundheitswesen*, Nachhaltiger Einsatz einer knappen

b. Steuerung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Systemverantwortung

Systemische Patientensteuerung im solidarischen Gesundheitssystem bewegt sich im Spannungsverhältnis individueller Selbstbestimmung und kollektiver Systemverantwortung. Eigenverantwortung im Gesundheitswesen umfasst dabei nicht nur gesundheitsbewusstes Verhalten und Prävention. Das Solidaritätsprinzip der GKV verpflichtet den Einzelnen vielmehr auch zur Mitverantwortung, die Solidargemeinschaft nicht mit vermeidbaren Krankheitskosten zu belasten und seinen Beitrag zur Funktionsfähigkeit des Systems zu leisten.⁵⁰ Hiermit wäre es grundsätzlich auch vereinbar, Elemente, welche der Privatautonomie unterliegen, vorzusehen, solange weiterhin die Grundpfeiler des sozialen Ausgleichs sowie der Einzel- und Kollektivverantwortung erhalten bleiben.⁵¹

Versichertensteuerung ist dort legitim, wo sie der Sicherstellung effizienter, und bedarfsgerechter Versorgung dient – sie muss jedoch zugleich die Autonomie des Einzelnen achten und darf nicht in bevormundenden Paternalismus umschlagen. Edukatorisches Einwirken auf die Gesundheitsmoral dient – für sich genommen – grundsätzlich keinem verfassungslegitimen Ziel.⁵² Daraus ergibt sich: Patientensteuerung im solidarischen Gesundheitssystem muss die Grenzen der Patientenautonomie respektieren, aber auch dort greifen, wo Selbstverantwortung faktisch nicht erwartet werden kann. Dieses Konzept einer unterstützten Selbstverantwortung, die der individuellen Entscheidungsfreiheit des Einzelnen Rechnung trägt und diese mit systemischer Hilfestellung verbindet, etwa Unterstützung bei der Wahl der richtigen Versorgungsebene, darf daher nicht als Ausdruck paternalistischer Lenkung verstanden werden, sondern als Voraussetzung für echte Entscheidungsfreiheit und konsequente Umsetzung des verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrechts, die eine informierte Grundlage des Entscheidungsträgers erfordert.

Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 222, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

50 Vgl. *Spickhoff/Nebendahl*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, SGB V § 1 Rn. 6.

51 Vgl. *Remmert/Schütz*, in: *Remmert/Gokel*, GKV-Kommentar SGB V, 68. EL 2025, § 1 Rn. 18.

52 *Remmert/Schütz*, in: *Remmert/Gokel*, GKV-Kommentar SGB V, 68. EL 2025, § 1 Rn. 34.

3. Steuerungsinstrumente im Kontext der Notfallversorgung

a. Neue Strukturen in der Notfallversorgung

Ein zentrales Ziel der aktuellen Reformbestrebungen ist die Neugestaltung des Systems der Notfallversorgung mit besonderem Fokus auf eine verbesserte Möglichkeit der Patientensteuerung. Hierzu sollen die drei Versorgungsbereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste stärker aufeinander abgestimmt und vernetzt werden, um für die Notfallpatienten eben eine bedarfsgerechte Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicherstellen zu können.

Die bisherigen Steuerungsansätze werden weithin als unzureichend angesehen: So spielte die bundesweite Hotline 116 117 der KVen nach Einschätzung der *Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)* bisher „praktisch keine Rolle“⁵³ In der Praxis entscheidet der Patient nach wie vor im medizinischen Notfall meist selbst, ob er sich in eine Notfallpraxis der KV oder die Notaufnahme eines Krankenhauses begibt oder aber unter 112 den Rettungsdienst ruft.⁵⁴ Die *DKG* geht hierbei davon aus, dass die Notaufnahmen tendenziell der erste Anlaufpunkt sind.⁵⁵

Die *Regierungskommission* hat in diesem Zusammenhang die Einrichtung integrierter Leitstellen (ILS) empfohlen.⁵⁶ Hierzu sollen die Terminservicestellen (TSS, Rufnummer 116117) ausgebaut und gestärkt sowie digi-

53 *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, R15; vgl. relativierend mit konkreten Zahlen Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stellungnahme der KBV zu Akut- und Notfallversorgung v. 15.01.2024, S. 3, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986410/28e223c9bea9b1e31d7eb2095533a3f3/20_14_0172_6_Kassenaerztliche-Bundesvereinigung_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

54 Vgl. *Felix*, GuP 2024, 45.

55 *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, GesR 2023, R15.

56 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 10, 12 ff., abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. hierzu ferner BÄK, Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive, Konzeptpapier, Stand April 2024, S. 5, abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Baek_Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_April_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin*, Stellungnahme bezugnehmend auf Anhörung „Notfallversorgung“ des Ausschusses für Gesundheit v. 17.01.2024, S. 1, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986232/1d079f0f69ff3d881524d9234811e88/20_14_0172-3-_De

tal mit den Rettungsleitstellen⁵⁷ (Rufnummer 112) vernetzt werden. Der telefonische Erstkontakt von Hilfesuchenden würde dann sowohl über die Wahl der 112 oder aber auch der 116 117 gleichermaßen zur ILS als prioritäre Erstanlaufstelle führen, die sodann nach telefonischer oder telemedizinischer Ersteinschätzung die Zuweisung zur bestgeeigneten Notfallstruktur vornehmen kann, ggf. sogar über niedrigschwellige Kanäle wie „Whatsapp“.⁵⁸ Die Klassifizierung in der Leitstelle soll mithilfe von standardisierten, wissenschaftlich validierten, softwaregestützten und qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumenten durch medizinisch qualifizierte Fachkräfte erfolgen, die Dringlichkeit und unmittelbaren Handlungsbedarf für den Hilfesuchenden transparent ermitteln.⁵⁹ Die subjektiv empfundene Dringlichkeit von Selbstzuweisern könnte durch diese standardisierte Ersteinschätzung bzw. Nachtriagierung relativiert werden.⁶⁰ Auch algorithmengestützte Ersteinschätzungen dürften perspektivisch denkbar sein.

Anhand dieser Klassifizierung des Anrufenden (oder der Person, für die angerufen wird) kann der verantwortliche Ansprechpartner in der ILS

utsche-Gesellschaft-interdisziplinäre-Notfall-und-Akutmedizin-e-V-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

57 Zu Begriff, Rechtsgrundlagen und Bedeutung vgl. ausführlich *Dittrich/Lippert*, MedR 2022, 565–568.

58 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 10 ff., abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

59 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 13, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

60 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 249, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2._durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

dann das geeignete Versorgungsangebot wählen.⁶¹ Hierbei stehen nach den Vorstellungen der *Regierungskommission* folgende Optionen zur Auswahl⁶²:

- Sofortige telemedizinische Beratung mit möglichst abschließender Behandlung des Notfalls
- Verordnung von Notfallmedikamenten, kombiniert mit Botendienst
- Datenübertragung und verbindliche Terminbuchung in
- regulärer (KV-)Praxis zu den üblichen Sprechstundenzeiten
- KV-Notdienstpraxis oder
- INZ/Notaufnahme
- Entsendung eines aufsuchenden Dienstes, insbesondere für immobile Patienten, vulnerable Gruppen und zeitkritische Notfälle (Rettungsdienst / Notarzt etc.)

Wird der Notfallpatient in ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) weitergeleitet oder sucht er dieses selbstständig auf⁶³, soll er dort künftig einen „gemeinsamen Tresen“ vorfinden, über welchen eine Ersteinschätzung im Hinblick auf die vorzunehmende Behandlung erfolgen und der Patient entsprechend der richtigen INZ-Struktur (Notdienstpraxis oder Notaufnahme) zugewiesen werden kann. Hierbei kann insbesondere auch die elektronische Patientenakte des Patienten mit eventuellen Vorbefunden automatisch ausgelesen werden. Dies soll insbesondere bei nicht ansprechba-

61 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 12 f., abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

62 *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 13, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

63 Für die grundsätzliche Möglichkeit plädierend *GKV-Spitzenverband*, Stellungnahme zur BT-Drs. 20/7194 v. 15.01.2024, S. 12, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986418/2f2093a652bc4290047d6937edb91184/20_14_0172-10-_GKV-Spitzenverband_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin*, Stellungnahme bezugnehmend auf Anhörung „Notfallversorgung“ des Ausschusses für Gesundheit v. 17.01.2024, S. 1, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986232/1d079f0f69ff3d881524d9234811e88/20_14_0172-3-_Deutsche-Gesellschaft-interdisziplinäre-Notfall-und-Akutmedizin-e-V-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

ren Patienten helfen, eine adäquate Einschätzung der Zuordnung sowie der anschließenden Behandlung vornehmen zu können.⁶⁴

Im Anschluss an die (bestenfalls erfolgreiche) Erstversorgung im INZ soll dann vor Ort auch direkt ein verbindlicher Anschlusstermin in der Regelversorgung gebucht werden können, damit eine adäquate Weiterversorgung erfolgen kann und kein Drehtüreffekt eintritt. Selbstverständlich besteht bei entsprechender Indikation aber vor Ort auch die (theoretische) Möglichkeit zur stationären Aufnahme.

b. Zur Rolle von Anreizsystemen als finanzielle Steuerungselemente

Anknüpfend an das Konzept unterstützter Selbstverantwortung in der Gesundheitsversorgung stellt sich die Anschlussfrage nach ökonomischen Anreizen als Mittel zur gezielten Verhaltenslenkung in der Notfallversorgung. Die GKV kennt bereits heute entsprechende Steuerungsmaßnahmen – etwa in Form von Zuzahlungen (z.B. § 31 Abs. 3 SGB V), Bonusregelungen (§ 65a Abs. 1 SGB V) oder Wahlтарifen (§ 53 SGB V). Diese Elemente zielen darauf ab, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu schärfen und ein bewussteres Inanspruchnahmeverhalten zu fördern. Sie dienen nicht der Einschränkung des Solidaritätsprinzips, sondern vielmehr seiner funktionalen Ausgestaltung durch Steuerung innerhalb eines weiterhin solidarischen Rahmens.⁶⁵ Allerdings haben diese Maßnahmen zur Kostendämpfung bisher keinen praktisch entscheidenden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gezeigt.⁶⁶

Dies hat insbesondere im Bereich der Notfallversorgung zu Überlegungen geführt, spezifische Sanktionsregelungen bei nicht indizierter Inan-

64 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. II, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. hierzu auch befürwortend *Bundesärztekammer*, Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive, Konzeptpapier, Stand April 2024, S. II, abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Baek_Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_April_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

65 Vgl. *Maur*, in: *Saalfrank*, MedR-HdB, 10. EL 2022, § 9 Rn. 259.

66 *Vossen*, in: *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 123. EL 2024, SGB V § 1 Rn. 16; vgl. auch *Buchholtz*, in: *Rolfs/Giesen/Mießling/Udsching*, BeckOK-SozR, 76. Ed. 2025, SGB V § 1 Rn. 12.

spruchnahme einzuführen. So wird etwa im Gutachten des *Sachverständigenrats* aus 2018 eine Kontaktgebühr bei unangekündigtem Zugang zu INZs ohne ILS-Kontakt diskutiert.⁶⁷ Auch die *DKG* fordert eine Art Sanktionierung in Form einer (wenn auch geringen) Eigenbeteiligung für Patienten, die ohne vorherigen ILS-Kontakt ein Krankenhaus aufsuchen.⁶⁸

§ 1 SGB V selbst normiert keine konkreten oder gar sanktionsbewehrten Handlungspflichten für die Versicherten; hierzu ist die Vorschrift schon nicht bestimmt genug.⁶⁹ Dem Gesetzgeber ist es im Rahmen seines Gestaltungsspielraums aber grundsätzlich erlaubt, Rechtsgrundlagen zu schaffen, die den Versicherten über den Beitrag hinaus zur Entlastung der Krankenkassen in Form von Eigenanteilen und Zuzahlungen zu beteiligen – unter dem Vorbehalt der individuellen finanziellen Zumutbarkeit, was sich in den gesetzlich verankerten Belastungshöchstgrenzen nach §§ 62 f. SGB V widerspiegelt.⁷⁰ Es obliegt auch seiner Gestaltungsfreiheit, durch positive Anreizsysteme – von „weichen“ Nudging-Strategien⁷¹ bis hin zu Gratifizierungen wie Bonusprogrammen – einerseits oder auch negative Anreize andererseits eine gezielte Verhaltenslenkung zu fördern. Negative Anreize wie Sanktionen sind in unterschiedlichen Eingriffsintensitäten denkbar. Zuzahlungen als mildere Form stellen einen finanziellen Beitrag zum Leistungsbezug dar, ohne den grundsätzlichen Leistungsanspruch in Frage zu stellen. Sie sollen primär eine Steuerungswirkung entfalten, ohne prohibitiv zu wirken. Ein vollständiger Leistungsausschluss als äußerste Form negativer Anreizgestaltung dürfte im Kontext der Notfallversorgung mit Blick auf die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG kaum zu rechtfertigen sein, wonach ein Zugang zu gebotener medizinischer Versorgung im Sinne eines

67 Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, S. 592, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

68 *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Stellungnahme zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 11.01.2024, S. 2, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986000/3ed12a945a253e4c1cdd5dae9d9a885d/20_14_0172-1-Deutsche-Krankenhausgesellschaft-DKG-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2024).

69 *Vossen*, in: *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 123. EL 2024, SGB V § 1 Rn. 4.

70 Vgl. *Remmert/Schütz*, in: *Remmert/Gökel*, GKV-Kommentar SGB V, 68. EL 2025, § 1 Rn. 48.

71 Vgl. weiterführend *Pitz*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 43, 2024, S. 9, abrufbar unter: <https://doi.org/10.13154/294-12617> (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

Anspruchs auf ein in jedem Fall zu gewährleistendes Minimum an medizinischer Versorgung („Medizinisches Existenzminimum“)⁷² sicherzustellen ist – auch bei systemwidrigem oder wenig kooperativem Verhalten der Versicherten. Bei der Ausgestaltung etwaiger Sanktionsregelungen muss jeweils eine Abwägung zwischen Steuerungswirkung und Versorgungssicherheit erfolgen, können diese doch für bestimmte Gruppen, je nach Höhe, eine tatsächliche Zugangshürde zu ggf. notwendigen Behandlungen darstellen. Hierbei ist zu beachten, dass übersteigerte Steuerungsmechanismen die inhärente Gefahr bergen, in eine moralische Bewertung des Patientenverhaltens umzuschlagen – mit der Folge, dass der solidarische Charakter des Systems unterlaufen würde.

IV. Potentiale und Grenzen einer verstärkten Steuerung in der Notfallversorgung

1. Potentiale für eine verbesserte Versorgung

Im Zentrum der Reformbestrebungen steht das Ziel einer optimierten Ressourcenallokation zur nachhaltigen Entlastung von Rettungsdienst und Notaufnahmen. Der *Sachverständigenrat* geht davon aus, dass durch die Einrichtung von INZ mindestens eine Senkung der stationären Aufnahmequote auf ca. 30 % zu realisieren sein sollte.⁷³ Ein erheblicher Anteil der heute ambulant in Notaufnahmen behandelten Fälle wäre vertragsärztlich behandelbar.⁷⁴ Zudem zeigen „Erfahrungen aus Österreich [...]“, dass ca.

72 Vgl. *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer*, Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV, S. 16, abrufbar unter: https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-f-Ordner/Zeko/KurzfassungPriorisierung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

73 Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 249, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2._durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

74 Vgl. *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*, Ohne Not in die Notaufnahme, Pressemitteilung vom 16.12.2024, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1948811.jsp#:~:text=60%20Prozent%20ambulant%20behandelt%20und,des%20GKV%20Spitzenverbandes%20durchgef%C3%BChrt%20wurde (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

ein Drittel der in integrierten Leitstellen Anrufenden der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden können [...]. Durch eine erweiterte Beratung durch die ILS sowie eine stärkere Vernetzung von ILS mit der vertragsärztlichen Versorgung könnten [...] ca. 5,25 Millionen Fälle vermieden werden. Rettungsdienstfahrten [...] machen davon allein 880 000 Fälle aus. Hinzu kommen weitere 880 000 vom Rettungsdienst transportierte, aber am gemeinsamen Tresen in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitete Fälle [...]. Insgesamt könnte die Fallzahl in deutschen Notaufnahmen von derzeit 17,5 Millionen auf 12,25 Millionen gesenkt werden."⁷⁵

Aus Sicht der Kostenträger bieten sich darüber hinaus Potentiale durch die angestrebte sektorübergreifende Verzahnung, so namentlich durch eine verbesserte Ausschöpfung des ambulanten Potentials sowie die Reduktion kostenintensiver kurzstationärer Aufnahmen und Mehrfachuntersuchungen.⁷⁶ Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten ist die Vorhaltung von Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine Auslastung der Vorhaltung zu sichern – auch im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V.⁷⁷ Die Vergütung ambulanter Fälle in der Notfallversorgung ist nach Einschätzung der *Regierungskommission* bei höherer Komplexität der Fälle und besseren Akut-Therapiemöglichkeiten im Krankenhaus häufig nicht kostendeckend; daraus resultierende Fehlanreize zur stationären Aufnahme sollten künftig vermieden werden.⁷⁸

75 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. Aufl., S. 249 m.w.N., abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2._durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

76 Vgl. hierzu die Übersicht der *Regierungskommission*, Zehnte Stellungnahme und Empfehlung, Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems v. 03.05.2024, S. 5, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

77 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 10, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

78 Vgl. hierzu *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 9, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krank

Eine verbesserte Patientensteuerung ließe zudem auf qualitative Verbesserungen der Versorgung hoffen. Zu erwarten wären eine höhere Patientenzufriedenheit, niedrigere Rehospitalisierungsraten und eine gesteigerte Behandlungsqualität durch „mehr Zeit beim Patienten“, insbesondere bei vulnerablen Gruppen.

Das Konzept von INZ und verbesserter Zusammenarbeit über die Sektorgrenzen hinweg wird auch auf Leistungserbringerseite überwiegend begrüßt.⁷⁹ Diese betont gleichwohl, „dass die Realisierbarkeit der angestrebten Reformmaßnahmen insbesondere auch entscheidend von der Schaffung der in personeller und struktureller Hinsicht notwendigen Voraussetzungen abhängt“ und hat in diesem Zusammenhang eine Aufstockung des Personals sowie eine angepasste Finanzierung angemahnt.⁸⁰ Die Gesetzliche Krankenversicherung sieht sich vor der allgemeinen Herausforderung zunehmender Kostensteigerungen.⁸¹ Umso wichtiger gestaltet sich aus dieser Sicht ein sinnvoller Ressourceneinsatz⁸² im Sinne einer Vermeidung von Drehtüreffekten.⁸³

enhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

- 79 Vgl. DKG, Stellungnahme zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 11.01.2024, S. 3 f., abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986000/3ed12a945a253e4c1cdd5dae9d9a885d/20_14_0172-1-_Deutsche-Krankenhausgesellschaft-DKG-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2024); Marburger Bund Bundesverband, Bewertung der BMG-Eckpunkte für eine Notfallreform v. 24.04.2024, S. 1 f., abrufbar unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-05/MB_Bewertung_Eckpunkte_Notfallreform_2404_2024_final_1.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).
- 80 Vgl. Bundesärztekammer, Stellungnahme v. 15.01.2024, S. 2 f., abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986406/69ef3f5570a567d0def46d33e60cc9ab/20_14_0172_8-_Bundesaerztekammer_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stellungnahme der KBV zu Akut- und Notfallversorgung v. 15.01.2024, S. 5, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986410/28e223c9bea9b1e31d7eb2095533a3f3/20_14_0172_6-_Kassenaerztliche-Bundesvereinigung_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. ferner Felix, GuP 2024, 45, 46.
- 81 Vgl. Verband der Ersatzkassen, Reform Notfallversorgung und Rettungsdienst, Pressemitteilung v. 21.03.2024, S. 1, abrufbar unter: https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/reform-notfallversorgung-rettungsdienst-kostensteigerung/_jcr_content/par/download/file.res/vdek_pm_20240321_Rettungsdienst_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).
- 82 Vgl. Felix, GuP 2024, 45, 46.
- 83 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v.

2. Grenzen und Herausforderungen systemischer Steuerung in der Notfallversorgung

Die skizzierten Potentiale verstärkter Steuerung in der Notfallversorgung werfen zugleich die Frage nach ihren rechtlichen und praktischen Grenzen auf. So notwendig eine sachgerechte systemische Lenkung im Notfallkontext erscheint, birgt eine zu weitgehende Steuerung die Gefahr, das Spannungsverhältnis zur Patientenautonomie zu überdehnen und in Bevormundung umzuschlagen. Dem verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrecht des Patienten, seiner freien Arztwahl und dem Verbot medizinischer Behandlung gegen den Patientenwillen sind Rechnung zu tragen. Die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gebietet, dass Steuerungsmaßnahmen wie Sanktionen, die eine medizinische Versorgung verzögern oder verhindern könnten, nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden dürfen. Auch unter dem Druck knapper Ressourcen darf das gesundheitspolitische Ziel effizienter Versorgung nicht zu einer faktischen Einschränkung grundlegender Freiheits- und Teilhaberechte führen.

Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 GG, das eine diskriminierungsfreie, bedarfsgerechte Versorgung verlangt. Vor diesem Maßstab muss jede Versorgungslenkung einen gleichen Zugang für alle Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse gewährleisten – unabhängig von Herkunft, Einkommen oder Bildungsgrad.⁸⁴ Auch ein Streben hin zu einer besseren Inklusivität⁸⁵ von verschiedenen Menschen mit unterschiedlichen individuellen Hintergründen wird hier wichtig sein. So sind nach Einschätzung der *Regierungskommission* vulnerable Gruppen besonders stark von Fehlsteuerung und Fehlversor-

13.02.2023, S. 4, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

84 Vgl. hierzu *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer*, Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV, S. 17, abrufbar unter: https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/KurzfassungPriorisierung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

85 Vgl. hierzu *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 10, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

gung betroffen.⁸⁶ Menschen mit kognitiven Einschränkungen, geringen Sprachkenntnissen, psychischen Erkrankungen oder aus marginalisierten Milieus sind besonders auf ein funktionierendes Steuerungssystem im Sinne einer unterstützten Selbstverantwortung angewiesen – Hier greifen klassische Eigenverantwortungsmodelle oft zu kurz. Steuerung muss daher inklusiv gedacht werden – als unterstützender Rahmen, der durch Barrierefreiheit, Lotsenstrukturen und adressatengerechte Kommunikation Teilhabe erst ermöglicht. Eine nicht hinreichend inklusiv gedachte Steuerung birgt die Gefahr, bestehende soziale Ungleichheiten zu verstärken.

Hinzu kommt: Steuerung im Notfall funktioniert nicht allein über Algorithmen oder Telemedizin. Die Grenzen rein technischer Systeme zeigen sich besonders deutlich bei der Ersteinschätzung medizinischer Dringlichkeit durch algorithmusbasierte Anwendungen – hier besteht das Risiko der Fehlsteuerung, dem es angemessen zu begegnen gilt. Vertrauen in die steuernden Instanzen – Leitstellen, Hotlines, triagierende Personen – ist essentiell für deren Erfolg. Wenn Hilfesuchende der Hotline, der Leitstelle oder der triagierenden Person nicht vertrauen, weichen sie aus – in Richtung Notaufnahme.

Eine gelingende Steuerung setzt weiter voraus, dass die Versorgungsstrukturen sie überhaupt aufnehmen können – hier zeigt sich das zweite Spannungsfeld: zwischen Steuerungsidee und Versorgungsrealität. So zeigen sich weiterhin erhebliche regionale Disparitäten bei der Erreichbarkeit, Ausstattung und Funktionsfähigkeit notfallmedizinischer Strukturen. Der avisierte flächendeckende Aufbau von ILS und INZ geht mit einem erheblichen Bedarf an finanziellen und personellen Ressourcen einher.⁸⁷ Die DKG weist in diesem Zusammenhang insbesondere auf das Erfordernis

86 Vgl. *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 4, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

87 Zu den divergierenden Vorstellungen in Bezug auf den Begriff „flächendeckend“ vgl. *Marburger Bund Bundesverband*, Bewertung der BMG-Eckpunkte für eine Notfallreform v. 24.04.2024, S. 2, abrufbar unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-05/MB_Bewertung_Eckpunkte_Notfallreform_24042024_final_1.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); vgl. auch *GKV-Spitzenverband*, GesR 2024, RI4.

einer sachgerechten, patientensicheren Aufbauphase hin.⁸⁸ Dabei sind regionale Besonderheiten – insbesondere im ländlichen Raum – zwingend zu berücksichtigen.⁸⁹ Ebenso müssen die Schnittstellen stimmen: So beschrieb Wenner bereits 2015 vermehrte Patientenströme in den Krankenhausbereich resultierend aus überlangen Terminwartezeiten im niedergelassenen Bereich⁹⁰ – ein Effekt, der auch bei konsequenter Umsetzung von Steuerungsmechanismen nur bedingt abgefangen werden kann. Ein zentraler Aspekt, der hierbei in den Blick zu nehmen ist, ist die Rolle der hausärztlichen Versorgung als „Filter“ im System. Die Verfügbarkeit einer funktionsfähigen und verlässlichen Primärversorgung als „erste Anlaufstelle“ – etwa durch Akuttermine, offene Sprechstunden und sektorenübergreifende Einbindung – ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen einer effektiven Patientensteuerung.

Schließlich hängt der Erfolg der avisierten Reformvorhaben maßgeblich von ihrer Akzeptanz ab. Hierbei gilt es, diverse Interessen von verschiedensten Seiten zu berücksichtigen, von den Patienten einerseits, über die Leistungserbringer im ambulanten sowie stationären Bereich bis hin zu den Kostenträgern und den Gremien der Selbstverwaltung andererseits. Nach den Einschätzungen der *Regierungskommission* muss „[e]ine sinnvolle Reform der Notfall- und Akutversorgung [...] das Gesamtsystem in den Blick nehmen und unter Berücksichtigung künftiger Entwicklungen neu denken.“⁹¹ Ziel ist ein gut abgestimmtes System, das die Situation in den

88 DKG, Stellungnahme zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 11.01.2024, S. 4, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986000/3ed12a945a253e4c1cdd5dae9d9a885d/20_14_0172-1-_Deutsche-Krankenh ausgesellschaft-DKG-_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2024).

89 Vgl. hierzu auch BÄK, Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive, Konzeptpapier, Stand April 2024, S. 14, abrufbar unter: https://www.b undesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Po sitionen/Baek_Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_April_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025); *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Stellungnahme zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 11.01.2024, S. 4, abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/986000/3ed12a945a25 3e4c1cdd5dae9d9a885d/20_14_0172-1-_Deutsche-Krankenhausgesellschaft-DKG-_N otfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2024).

90 Wenner, MedR 2015, 175, 179.

91 *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*, Vierte Stellungnahme und Empfehlung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen v. 13.02.2023, S. 3, abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-st ellungnahme-notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 22.04.2025).

Notfallaufnahmen entlastet und Drehtüreffekten sowie Fehlversorgung vorbeugt.

V. Fazit

Die Analyse der gegenwärtigen Notfallversorgung zeigt ein grundlegendes Spannungsverhältnis zwischen individueller Patientenautonomie und notwendiger systemischer Steuerung. Für eine zukunftsfähige Notfallversorgung wird vermehrt ein Paradigmenwechsel gefordert, der dieses Verhältnis neu austariert.

Die gegenwärtigen Überlastungsphänomene in der Notfallversorgung machen deutlich, dass eine gezielte Steuerung von Patientenströmen nicht nur möglich, sondern im Sinne einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung notwendig ist. Voraussetzung hierfür ist ein Rahmen, der sowohl patientenzentriert als auch ressourceneffizient ausgestaltet ist.

Die alleinige Ausrichtung auf Eigenverantwortung des Einzelnen erfährt ihre Grenze im Notfallszenario, welches im solidarischen Gesundheitssystem eine steuernde Intervention erfordert. Patientensteuerung erfüllt in dem Zusammenhang eine doppelte Funktion: Sie dient einerseits der Systempflege und konkretisiert zugleich das Solidarprinzip innerhalb eines begrenzten und hochbeanspruchten Versorgungsrahmens. Sie ist so auszugestalten, dass sie das Vertrauen stärkt, die Orientierung erleichtert und Verantwortung ermöglicht – statt sie zu überfordern. Ihre Wirksamkeit hängt entscheidend davon ab, dass sie nicht als autoritatives Lenkungsinstrument wahrgenommen wird, sondern als unterstützender Rahmen, der selbstbestimmtes Handeln nicht untergräbt, sondern Eigenverantwortung auf einer informierten Grundlage ermöglicht. Das Ziel muss daher eine unterstützte Selbstverantwortung sein, die sowohl den Patienten als Individuum, als auch das Gesamtsystem in den Blick nimmt.

Effektive Steuerung kann nur gelingen, wenn und soweit sie auf Akzeptanz stößt. Sie muss transparent, nachvollziehbar und niederschwellig ausgestaltet sein. Dies ermöglicht den Patienten, Vertrauen in das System zu entwickeln und die Steuerungsentscheidungen als hilfreich statt als bevormundend wahrzunehmen.

Eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung ist zudem die systematische Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Durch gezielte Aufklärung und verbesserte Information über die Strukturen des Gesundheitssystems können Patienten befähigt werden,

eigenverantwortliche Entscheidungen auf informierter Grundlage zu treffen. Diese gestärkte Gesundheitskompetenz bildet das Fundament für ein ausgewogenes Zusammenspiel zwischen individueller Patientenautonomie und systemischer Lenkung. Sie ermöglicht eine Form der unterstützten Selbstverantwortung, die sowohl dem Patienten als auch dem solidarischen Versorgungssystem gerecht wird und damit einen entscheidenden Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Notfallversorgung leisten kann.

Für zukünftige Reformen bleibt die zentrale Frage zu klären, wie eine patientengerechte Steuerung unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen, des Fachkräftemangels und regionaler Versorgungsunterschiede praktisch umgesetzt werden kann. Patientensteuerung darf nicht isoliert als organisatorisches Prinzip verstanden werden, sondern muss Teil einer ganzheitlich gedachten Notfallversorgung sein, die auf abgestimmte Prozesse und sektorübergreifende Zusammenarbeit setzt. Die Herausforderung besteht darin, ein System zu schaffen, das sowohl bedarfsgerecht als auch akzeptanzfähig ist – für Patienten, Leistungserbringende und Kostenträger gleichermaßen.