

Beitrag Nr. 43, 2024

## Die Steuerung Hilfesuchender in der Notfallversorgung

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim, Integrierte Leitstelle Mannheim gGmbH)

Veröffentlichung: Bochum, den 31.05.2024

Veröffentlichung auf [www.gesundheitsrecht.blog/steuerung-hilfesuchender](http://www.gesundheitsrecht.blog/steuerung-hilfesuchender)

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-12617>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Pitz*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 43, 2024, S.

Kurzzusammenfassung: Die gezielte Steuerung von Hilfesuchenden im Bereich der Notfallversorgung wird schon seit einigen Jahren mit Blick in das Ausland auch in Deutschland diskutiert. Die rechtliche Umsetzung dieser Forderung gestaltet sich indes schwierig. In der Notfallversorgung besteht eine getrennte Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern. Dies erschwert eine Steuerung durch eine einheitliche Notfallleitstelle erheblich, da nicht nur die Notfallleitstellen als solche unterschiedlichen Gesetzgebungszuständigkeiten unterfallen, sondern auch ein Teil der zu vermittelnden Leistungen (Rettungsdienst, Sozialdienst) außerhalb der Bundeszuständigkeit organisiert sind. Um eine Steuerung verbindlich auszugestalten, hat der Gesetzgeber verschiedene Möglichkeiten, von Sanktionsmechanismen bis hin zu Anreizsystemen.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.  
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

## **A. Einleitung**

Überfüllte Notaufnahmen und unnötige Inanspruchnahmen des Rettungsdienstes sind Symptome eines weitgehend ungesteuerten Zugangs in die Notfallversorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems. Je häufiger Notärzte oder Notfallsanitäter mit Blaulicht zu Bagatellerkrankungen ausrücken oder Ärzte in Notaufnahmen mitten in der Nacht mit einem seit Wochen bestehenden Gesundheitsproblem konfrontiert werden, desto häufiger hört man den Satz: „*Der Patient muss bekommen, was er braucht und nicht das, was er will...*“. Inwieweit sich dieser Satz rechtlich in die Versorgungspraxis umsetzen lässt, soll der nachfolgende Beitrag beleuchten.

## **B. Probleme in der Notfallversorgung/Reformbedarf**

Schon im Jahr 2018 setzte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat) intensiv mit der Steuerung in der Gesundheitsversorgung auseinander. Der Sachverständigenrat konnte in seinem Gutachten zeigen, dass es im Bereich der Notfallversorgung zu vielfältigen Fehlinanspruchnahmen kommt. D.h. Patienten entscheiden sich für die falsche Versorgungsebene und greifen damit auf Ressourcen zurück, die für ihren Notfall bzw. ihr Gesundheitsproblem nicht erforderlich sind.<sup>1</sup> Der Sachverständigenrat empfahl, die Notfallversorgung in Deutschland mit dem Ziel einer besseren Steuerung der Hilfesuchenden grundlegend zu reformieren.<sup>2</sup> Als Kernproblem machte der Sachverständigenrat fehlende Steuerungsmechanismen aus<sup>3</sup>, die eine bedarfsgerechte Versorgung erschweren würden.<sup>4</sup> Ein Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit erreichte 2018 allerdings nicht einmal das parlamentarische Verfahren. Einige Ideen des Sachverständigenrats wurden später im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes – TSVG aufgegriffen und in Bezug auf den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag im SGB V implementiert. Die Schaffung der Terminservicestellen und deren Weiterentwicklung in den letzten Jahren hat es indes nicht vermocht die grundlegenden Probleme der Notfallversorgung zu lösen.

Einen neuen Impuls für eine Notfallversorgungsreform setzte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Jahr 2023. Sie widmete sich in

---

<sup>1</sup> [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 547 ff.

<sup>2</sup> [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 547 ff.

<sup>3</sup> [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 549.

<sup>4</sup> [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 582.

ihrer vierten<sup>5</sup> und neunten<sup>6</sup> Stellungnahme der Reform der Notfall- und Akutversorgung bzw. der Reform des Rettungsdienstes. Auch das Gutachten des Sachverständigenrats vom 26.05.2024<sup>7</sup> forderte u.a. eine verbesserte Steuerung von Hilfesuchenden und ging davon aus, dass eine solche Reform das Potenzial für eine Reduktion von zwischen 12 und 32 Millionen Krankenhausbelegungstagen hat.<sup>8</sup> Die Einrichtung von Notfallleitstellen als „Steuerungszentralen“ würde hierbei ein „besonders hohes Potenzial“<sup>9</sup> aufweisen. Diese Einschätzung wird von einer aktuellen Untersuchung des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung bestätigt.<sup>10</sup> Dieses empfiehlt die Einrichtung von integrierten Leitstellen, die eine adäquate Zuordnung hilfesuchender Patienten zu Versorgungsstrukturen gewährleisten.<sup>11</sup> Nicht zuletzt geht auch die Bundesärztekammer in ihrem Konzeptpapier zur Akut- und Notfallversorgung vom 04.04.2024 davon aus, dass vernetzte Leitstellen als Ausgangspunkt für definierte Versorgungspfade in der Akut- und Notfallversorgung erforderlich sind.<sup>12</sup>

### C. Vorschläge der Regierungskommission

Die Regierungskommission empfiehlt als Steuerungseinheit eine Leitstelle, an die sich Hilfesuchende unter einer einheitlichen Telefonnummer wenden können. In der Praxis bedeutet dies allerdings nicht, dass es nur eine Telefonnummer oder nur einen Kommunikationskanal geben muss. Vielmehr geht es der Regierungskommission darum, dass egal welche Notrufnummer der Hilfesuchende wählt, er für einen für seinen Bedarf passendes Versorgungsangebot erhält. Eine solche Leitstelle wird im Folgenden als Notfallleitstelle bezeichnet. Die Notfallleitstelle fungiert insoweit als „Single Point of Contact“ beim „Zutritt“ in das Notfallversorgungssystem. Derzeit verfügt das Notfallversorgungssystem lediglich über

---

<sup>5</sup>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023.html> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>6</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-rettungsdienst-konzept-vor-pm-07-09-23.html> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>7</sup> [https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/PM\\_Fachkraeftegutachten\\_und\\_Executive\\_Summary\\_2024.pdf](https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/PM_Fachkraeftegutachten_und_Executive_Summary_2024.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>8</sup> [https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/2\\_durchgesehene\\_Auflage\\_Gutachten\\_2024\\_Gesamt\\_bf.pdf](https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 28 Ziff. 36.

<sup>9</sup> [https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/2\\_durchgesehene\\_Auflage\\_Gutachten\\_2024\\_Gesamt\\_bf.pdf](https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 28 Ziff. 37.

<sup>10</sup> <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2024.002> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>11</sup> <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2024.002> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 12.

<sup>12</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Konzeptpapier\\_Akut-\\_und\\_Notfallversorgung\\_BAEK\\_2024\\_04\\_04.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_BAEK_2024_04_04.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024), S. 3f.

zwei relevante Leitstellen bzw. Telefonnummern. Einerseits sind dies die Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V.<sup>13</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese so vorzuhalten, dass sie 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben für die Terminservicestellen die Telefonnummer 116 117 eingerichtet und betreiben – soweit ersichtlich – diese Stellen selbst oder durch Tochtergesellschaften (z.B. KV SiS BW Sicherstellungs-GmbH<sup>14</sup>). Die Terminservicestellen müssen gem. § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V u.a. die Aufgabe erfüllen, Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln.<sup>15</sup>

Neben den Terminservicestellen existieren die Integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz der Kommunen („Rettungsleitstellen“), die unter der Notrufnummer 112 sowohl medizinische als auch nicht-medizinische, die Feuerwehr betreffende, Hilfeersuchen entgegennehmen. Häufig übernehmen die Integrierten Leitstellen auch die Vermittlung des qualifizierten Krankentransports. Die Integrierten Leitstellen sind grundsätzlich in die öffentlich-rechtliche Behördenstruktur eingebunden und werden nicht selten den Ämtern für Feuerwehr und Katastrophenschutz zugeordnet. Es bestehen aber auch andere Organisationsformen, wie z.B. Zweckverbände<sup>16</sup>, Gesellschaften mit beschränkter Haftung<sup>17</sup> oder Anstalten des öffentlichen Rechts<sup>18</sup>. Ein Anspruch des Versicherten auf Entgegennahme eines Hilfeersuchens und Vermittlung von Leistungen der Notfallversorgung regelt das SGB V allerdings nicht.<sup>19</sup> Nichtsdestotrotz trägt die GKV in der Praxis (teilweise) die Kosten der Integrierten Leitstellen als Annex zu den Transportleistungen nach §§ 60, 133 SGB V.

Die Regierungskommission geht davon aus, dass es sich bei der Notfallleitstelle entweder um eine organisatorisch einheitliche Notfallleitstelle oder eine getrennte Terminservicestelle und eine Integrierte Leitstelle handeln kann, die durch „feste Strukturen“ zu einer Notfallleitstelle verbunden sind, sodass „ein Rückgriff auf die Strukturen und Ressourcen der anderen

---

<sup>13</sup> 12,7 Mio. Inanspruchnahmen im Jahr 2022 (BT-Drs. 20/9307, S. 4).

<sup>14</sup> [www.kvswb.de](http://www.kvswb.de) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>15</sup> Vgl. Pitz, SGB 2023, 717, 723.

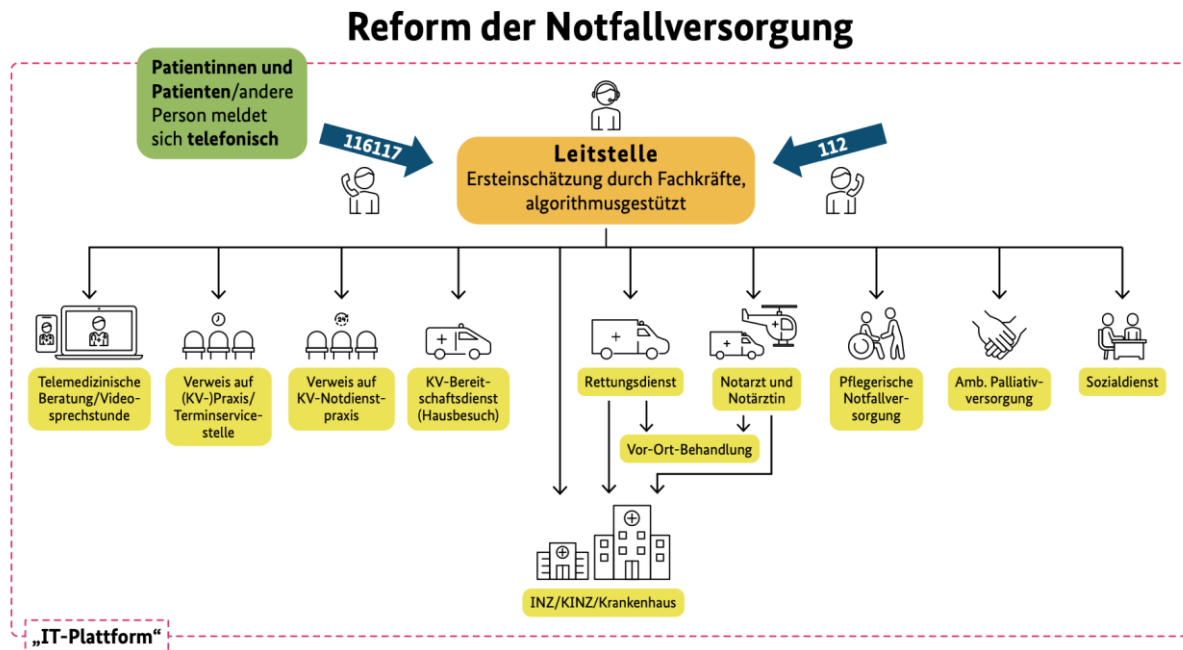
<sup>16</sup> [www.zfr-saar.de](http://www.zfr-saar.de) (zuletzt abgerufen am: 19.05.2024).

<sup>17</sup> [www.ils-mannheim.de](http://www.ils-mannheim.de) (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>18</sup> <https://grossleitstelle-oldenburger-land.de> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

<sup>19</sup> Vgl. Pitz, SGB 2023, 717, 727.

Leitstelle“ möglich ist.<sup>20</sup> Dies soll Fehlsteuerungen vermeiden und „die knappen Ressourcen des Notfallwesens“ optimal nutzen. Die Notfallleitstellen sollen ein umfassendes Angebot für die Hilfesuchenden bereithalten, wie sich aus dem Schaubild der Regierungskommission ergibt:



Quelle: Vierte Stellungnahme der Regierungskommission

Die Notfallleitstellen müssen nach Meinung der Regierungskommission so vorteilhaft und attraktiv sein, dass für die Bevölkerung ein großer Anreiz besteht, sich in einem medizinischen Notfall primär an die Notfallleitstelle zu wenden.<sup>21</sup> Implizit wird hieraus deutlich, dass die Regierungskommission keinen finanziellen Druck auf die Versicherten ausüben will (z.B. durch eine Notaufnahmegebühr<sup>22</sup>), wenn diese sich nicht zunächst an die Notfallleitstelle wenden.

## D. Herausforderungen

Wie oben dargestellt ist die Notwendigkeit der Einrichtung von Notfallleitstellen in den Fachkreisen im Grundsatz Konsens, allerdings gehen die Vorschläge der Regierungskommission mit nicht unerheblichen Herausforderungen einher.

<sup>20</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023.html> (zuletzt abgerufen am 23.05.2024), S. 12.

<sup>21</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023.html> (zuletzt abgerufen am 23.05.2024), S. 14.

<sup>22</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143111/Union-spricht-sich-fuer-Notaufnahmegebuehr-aus> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

## I. Zwei Leitstellen – Eine Aufgabe?!

Die Terminservicestellen und die Integrierten Leitstellen haben derzeit ganz unterschiedliche Aufgaben, auch wenn sich diese Aufgaben in Teilbereichen decken. Während die Terminservicestellen Bestandteil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags sind, haben die Integrierten Leitstellen neben der Lenkung der Notfallversorgung durch den Rettungsdienst auch klassische Aufgaben der Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Katastrophenschutz) zu erfüllen. Die Terminservicestellen sind innerhalb des GKV-Systems organisiert, während die Integrierten Leitstellen im Bereich der Landes- oder Kommunalverwaltung ihre Organisationsgrundlage finden. Zwischen den Terminservicestellen und den Integrierten Leitstellen bestehen derzeit wenig Verknüpfungen. § 75 Abs. 1a Satz 2 aE SGB V formuliert lediglich die Option, dass die Terminservicestellen mit den „Rettungsleitstellen der Länder“ kooperieren können. Wie weit weg der Gesetzgeber von der Praxis an dieser Stelle ist, zeigt sich daran, dass – vom Saarland und den Hansestädten abgesehen – keine „Landes-Rettungsleitstellen“ existieren, sondern dass die 232 Leitstellen in Deutschland in 13 verschiedenen Organisationsformen<sup>23</sup> betrieben werden und damit deutlich kleinteiliger organisiert sind, als sich dies der Gesetzgeber vorstellt. Umgekehrt nehmen die Rettungsdienst- bzw. Leitstellengesetze der Länder die Terminservicestellen – soweit ersichtlich – nicht in den Blick. Lediglich Baden-Württemberg hat im Entwurf seines neuen Rettungsdienstgesetzes die Formulierung aufgenommen: *„Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sollte auch mittels einer wechselseitigen digitalen Fallübergabe auf Basis eines abgestimmten Ersteinschätzungsverfahrens erfolgen.“*<sup>24</sup> Eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit enthalten indes weder das SGB V noch die Rettungsdienstgesetze bzw. Leitstellengesetze der Länder.

Die Organisation einer – wie von der Regierungskommission und den Fachkreisen – gewünschten gemeinsamen Notfallleitstelle als „Single Point of Contact“ durch eine nur technische Vernetzung der Terminservicestellen und der Integrierten Leitstellen würde aufgrund der völlig unterschiedlichen Aufgaben bzw. Aufgabenverständnisses keine erfolgreiche integrierte Steuerung der Hilfesuchenden ermöglichen. Vielmehr bedarf es der Steuerung aus einer Hand, die auch organisatorisch einheitlich erfolgt. Aus rechtlicher Sicht dürfte sich bei einer nur technischen Vernetzung das Entstehen zumindest einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts bei der gemeinsamen Erfüllung der Aufgabe des Notfallmanagements

---

<sup>23</sup> Trautmann, Reuter-Oppermann, Christiansen, PSAP-G-ONE, S. 3.

<sup>24</sup> BW LT-Drs. 17/6611, S. 24.

ohnehin kaum vermeiden lassen.<sup>25</sup> Insoweit wäre eine organisatorische Trennung auch wegen der entstehenden gesellschaftsrechtlichen Struktur wenig sinnvoll. Es ist allerdings derzeit nicht erkennbar, dass ein entsprechender Wille aufseiten der Integrierten Leitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht, eine organisatorisch einheitliche Struktur zu schaffen.

## **II. Anspruch auf Notfallmanagement**

Die Leistung der Terminservicestellen ist als Annex des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags zu verstehen und dient damit primär der Steuerung des ambulanten Versorgungssektors, auch wenn als Ergebnis der Steuerung selbstverständlich eine Zuweisung in den stationären Sektor bei entsprechender Dringlichkeit der Versorgung möglich ist. Die Leistungen der Integrierten Leitstellen sind hingegen ein Annex zum Anspruch auf Krankentransportleistungen nach §§ 60, 133 SGBV, wobei die Leistungserbringung – aufgrund der landesrechtlichen Vorgaben und der kommunalen Umsetzung – derzeit ohne jegliche Einflussnahmemöglichkeit der GKV erfolgt. Zur Bildung einer „gemeinsamen Klammer“ empfiehlt es sich daher, einen eigenständigen Anspruch der Versicherten auf ein Notfallmanagement zu regeln.<sup>26</sup> Korrespondierend hierzu müssten sodann Regelungen im Leistungserbringerrecht geschaffen werden, in welcher Form dieser Anspruch zu erfüllen ist. Dies würde es ermöglichen, die Zusammenarbeit – ggf. über Regelungen der Finanzierung – einzufordern und Vorgaben zur Form der Zusammenarbeit zu machen.

## **III. Mehr Pfeile im Köcher...**

Weder die Terminservicestellen noch die Integrierten Leitstellen haben derzeit Zugriff auf Leistungen der Notfallpflege (der diesbezügliche Sicherstellungsauftrag ist nur rudimentär in § 69 SGB XI geregelt), Leistungen der Palliativversorgung (hier ist eine Rufbereitschaft gem. § 7 Abs. 3 SAPV-Rahmenvertrag zu organisieren) oder des Sozialdienstes (der kommunal organisiert ist). Wenn die Empfehlung der Regierungskommission zugrunde zu legen ist, wonach die Notfallleitstellen auch Zugriff auf diese Leistungen haben sollen, müsste entweder der Sicherstellungsauftrag des SGB XI deutlich robuster ausgestaltet werden oder in das SGB V müssten eigene Regelungen zum Anspruch auf Notfall(behandlungs)pflge (§ 37 SGB V) aufgenommen werden. Denkbar wäre auch – wie bspw. in Österreich – die Notfallleitstellen diese Leistung selbst erbringen zu lassen<sup>27</sup>, da diese im Zweifel das größte Interesse an der Verfügbarkeit und damit Sicherstellung der Ressource Notfallpflege haben. Bei den Leistungen

---

<sup>25</sup> Grundlegend BGH, Urteil vom 29.01.2001, Az. II ZR 331/00, 1056.

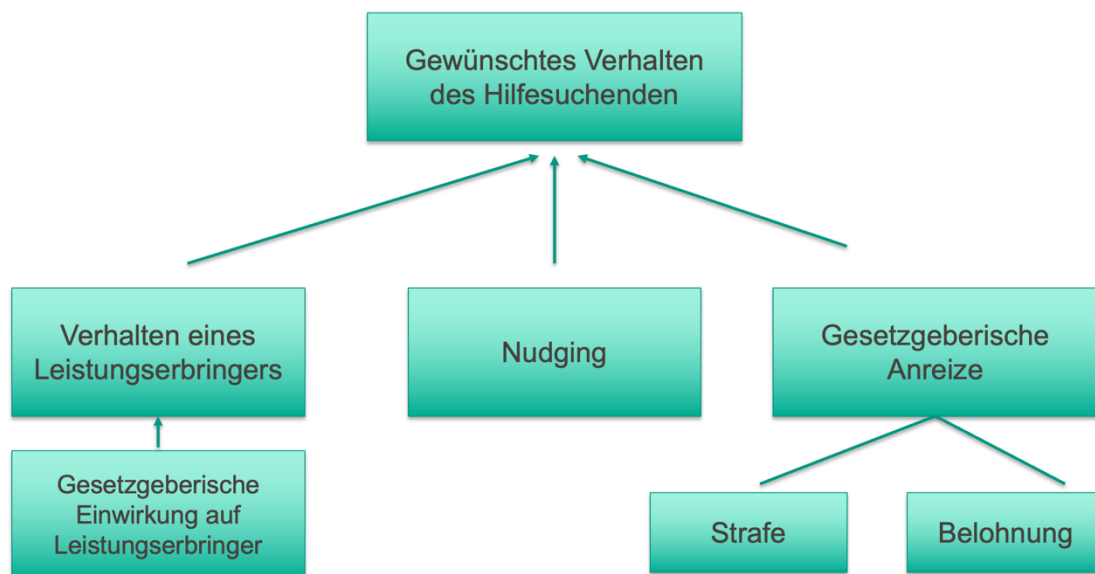
<sup>26</sup> [www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommision-stellungnahme-rettungsdienst.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommision-stellungnahme-rettungsdienst.pdf) (zuletzt abgerufen am 23.05.2024), S. 9.

<sup>27</sup> <https://notrufnoe.com/acn-info> (zuletzt abgerufen am 19.05.2024).

der Palliativversorgung dürfte es hingegen ausreichend sein, die entsprechenden Leistungserbringer zu verpflichten ihre Erreichbarkeit den Notfallleitstellen mitzuteilen. Die Leistungen eines „Notfall-Sozialdienstes“ liegen in den Händen der Kommune, ohne Anknüpfungspunkte im SGB V, was eine Sicherstellung im System der GKV unmöglich macht. Wenn hingegen die Regierungskommission unter dem Begriff „Sozialdienst“ primär Leistungen der „Notfall-Psychotherapie“ in den Blick wollte, müssten für diesen Bereich im SGB V entsprechend konkretere Sicherstellungsregelungen aufgenommen werden.

## E. Patientensteuerung

Regelungen zur Patientensteuerung enthält das SGB V ebenso wenig wie das SGB XI. Die Forderung einer *verbindlichen Steuerung* von Hilfesuchenden in den richtigen Versorgungssektor durch die Notfallleitstellen, wie in anderen europäischen Ländern, ist aus gesundheitsökonomischer Sicht nachvollziehbar. Aus dem Schaubild ergeben sich mehrere Möglichkeiten der Steuerung von Hilfesuchenden, die rechtlich unterschiedlich zu würdigen sind:



Quelle: eigene Darstellung

Betrachtet man zunächst die direkten gesetzgeberischen Anreize auf den Hilfesuchenden bezogen, sind rechtlich unproblematisch Belohnungsanreize für den Fall, dass der Hilfesuchende der Empfehlung der Notfallleitstelle folgt. Denkbar wären Beitragsrabatte, Freistellung von Zuzahlungen oder ein Geldbonus, wenn zunächst die Notfallleitstelle kontaktiert wird und deren Empfehlung gefolgt wird.

Wenn Strafanreize gesetzt werden, wie z.B. eine Notaufnahmegebühr, wären die Patienten in ihren Grundrechten aus Art. 2 Abs. 2 GG und ggf. Art. 3 Abs. 1 GG (Ungleichbehandlung

aufgrund unterschiedlicher Verteilung von Beitragslasten) betroffen. Indes hat die Rechtsprechung die Zulässigkeit von Steuerungsmaßnahmen durch Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen als verfassungsgemäß angesehen, da dem Gesetzgeber ein weiterer Gestaltungsspielraum zukomme.<sup>28</sup> Ein ebenso denkbares mit Sanktionen verknüpftes Modell wäre eine Form der Heilverfahrenssteuerung, wie sie § 28 Abs. 4 SGB VII vorsieht. Gegenüber dem Versicherten wird in diesem Fall der Grundsatz der freien Arztwahl mit der Folge eingeschränkt, dass er den Versorgungssektor nicht mehr frei wählen könnte, also letztlich der Leistungsanspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung beschränkt wird.<sup>29</sup> Die Heilverfahrenssteuerung mit den Instrumenten der Mitwirkungspflicht gem. § 63 SGB I i.V.m. § 66 Abs. 2 SGB I durchzusetzen ist allerdings weder rechtlich noch praktisch eine Option. Denn die fehlende Mitwirkung bei einer Heilbehandlungsmaßnahme stellt lediglich eine Obliegenheit dar<sup>30</sup>, die mangels Vorliegens der Voraussetzungen des § 66 Abs. 2 SGB I im Rahmen der Notfallversorgung ohne Sanktion bliebe. Zudem würde der zuständige Sozialleistungsträger, also die Krankenversicherung, viel zu spät vom Sachverhalt Kenntnis erlangen, um sozialverwaltungsrechtlich überhaupt reagieren zu können. Als Sanktion könnte hingegen in Anlehnung an die Regelung des § 52 SGB V eine Kostenbeteiligung für den Fall in Betracht gezogen werden, dass ein Versicherter nicht der Empfehlung der Notfallleitstelle folgt. Eine solche, derzeit nicht bestehende, Regelung wäre im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit deutlich höheren Voraussetzungen unterworfen als bspw. eine (geringe) Zuzahlung, um den Eingriff in Art. 2 Abs. 2 GG zu rechtfertigen.

Soweit der Gesetzgeber unmittelbar auf Leistungserbringer einwirkt, z.B. durch die Verpflichtung einer Notaufnahme einen Hilfesuchenden abzuweisen, wenn dieser nicht zuvor die Notfallleitstelle kontaktiert hat, müssten diese Regelungen sehr differenziert ausgestaltet sein, um den Verpflichtungen der Krankenhäuser aus den Landeskrankenhausgesetzen zur Aufnahmepflicht (z.B. § 28 LKHG Baden-Württemberg) und der Strafbarkeit der unterlassenen Hilfeleistung gem. § 323c StGB Rechnung zu tragen. Inwieweit eine Regelung, die eine Vielzahl von Ausnahmen vorsehen müsste, noch effektiv ist, erscheint allerdings fraglich.

Die Notfallleitstellen müssen nach Meinung der Regierungskommission so vorteilhaft und attraktiv sein, dass für die Bevölkerung ein großer Anreiz besteht, sich in einem medizinischen

---

<sup>28</sup> BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 27.09.2011, Az. 2 BvR 86/11; BSG, Urteil vom 25.06.2009, Az. B 3 KR 3/08 R.

<sup>29</sup> Stähler, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., § 28 SGB VII (Stand: 12.03.2024), Rn. 13.

<sup>30</sup> Voelzke, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., § 63 SGB I (Stand: 02.12.2022), Rn. 14.

Notfall primär an die Notfallleitstelle zu wenden.<sup>31</sup> Die Regierungskommission meint damit offenbar eine Methode, die als Nudging bezeichnet wird. Beim Nudging (engl. "nudging" für "Anstoßen", "Schubsen" oder "Stupsen") bewegt man jemanden auf mehr oder weniger subtile Weise dazu, etwas Bestimmtes einmalig oder dauerhaft zu tun oder zu lassen. Angestrebt werden die Verhaltensänderungen von Personen in Richtung eines gewünschten Verhaltens.<sup>32</sup> So kann bspw. durch die Anzeige von Wartezeiten im Internet ein Patient in eine bestimmte Arztpraxis „gelenkt“ werden, da er sich aus eigenem Antrieb dafür entscheiden wird dorthin zu gehen, wo er die kürzeste Wartezeit hat. Im Falle der Notfallleitstelle könnte dies bspw. ebenfalls eine verkürzte Wartezeit in der Notaufnahme bei vorheriger Vermittlung durch die Notfallleitstelle und gleicher Dringlichkeit sein. Ebenso denkbar wären kostenlose Taxitransporte zur Notdienstpraxis, wenn der Besuch durch die Notfallleitstelle empfohlen wird und keine anderweitige Transportmöglichkeit besteht.

Beim Nudging stellt sich die Frage, ob in das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten aus Art. 2 Abs. 1, 2 GG eingegriffen wird. Das Selbstbestimmungsrecht schützt nämlich nicht nur vor gezielten staatlichen Eingriffen, sondern auch vor lediglich mittelbaren oder faktischen Eingriffen von besonderer Intensität.<sup>33</sup> Bei Nudging liegt allerdings kein (faktischer) Eingriff vor, da dem Hilfesuchenden keine Entscheidungsoption genommen wird, sondern ihm nur eine besonders „vorteilhafte“ Option angeboten wird. An die Empfehlung der Notfallleitstelle „weiche“ Anreize im Sinne eines *nudge* zu knüpfen, stößt daher nicht auf verfassungsrechtliche Bedenken.

## **F. Ergebnis**

Die Notwendigkeit der Steuerung von Hilfesuchenden in der Notfallversorgung ist in den Fachkreisen dem Grunde nach Konsens. Problematisch wird es allerdings, wenn man diesen theoretischen Ansatz in die Versorgungspraxis übertragen will. Die beiden Leitstellen, die diesen Auftrag übernehmen müssten, die Terminservicestellen einerseits und die Integrierten Leitstellen andererseits, sind sehr unterschiedlich organisiert. Ihr einziger gemeinsamer Nenner ist die Tatsache, dass beide „irgendwie“ aus dem System der GKV finanziert werden, sodass sich hier ein gesetzgeberischer Ansatzpunkt bietet beide Leitstellen von einer Zusammenarbeit zu überzeugen. Daneben bedarf es auch noch regulatorischer Maßnahmen, um den integrierten Notfallleitstellen die erforderlichen Versorgungsoptionen, wie z.B. Notfallpflege etc., an die

---

<sup>31</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-rettungsdienst-konzept-vor-pm-07-09-23.html> (zuletzt abgerufen am 23.05.2024), S. 14.

<sup>32</sup> Gabler, Wirtschaftslexikon, 2019.

<sup>33</sup> BVerwG, Urteil vom 25.10.2017, Az. 6 C 46/16, juris („Tornado-Tiefflug“).

Hand zu geben. Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber die Kraft für diese allseits als notwendig anerkannte Reform aufzubringen vermag.