

Stellungnahme der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur Notfallreform 2026

Angesichts der aktuellen Belastungssituation in der Notfallversorgung ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen dringend erforderlich. Ziel aller Reformbemühungen muss eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte und verlässlich erreichbare Notfallversorgung sein.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Ärztekammer Westfalen-Lippe die Initiative zur Reform der Notfallversorgung und unterstützt insbesondere die Weiterentwicklung von Strukturen mit gemeinsamen Notfallanlaufstellen für Patientinnen und Patienten, die eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen.

Dabei ist sicherzustellen, dass die vorgesehenen Maßnahmen eng mit den bestehenden und bewährten Versorgungsstrukturen verzahnt werden. Der vorliegende Referentenentwurf erweckt jedoch den Eindruck, dass zusätzliche, nicht ausreichend integrierte Parallelstrukturen aufgebaut werden könnten, die mit einem erheblichen zusätzlichen Bedarf an personellen Ressourcen verbunden sind. Vor dem Hintergrund bereits bestehender Engpässe – insbesondere im vertragsärztlichen Bereich – erscheint dies nur eingeschränkt umsetzbar und birgt das Risiko einer weiteren Belastung des Versorgungssystems.

Vor diesem Hintergrund sieht die Ärztekammer Westfalen-Lippe in einzelnen Punkten weiteren Präzisierungs- und Anpassungsbedarf, der im Folgenden näher ausgeführt wird:

1. Ausgangslage und Reformbedarf

Aktuelle Fallzahlen belegen eine erhebliche Überlastung der Notaufnahmen, insbesondere deutlicher Fallsteigerungen in der Kindernotfallversorgung. Ein wesentlicher Anteil der Inanspruchnahmen erfolgt durch nicht-notfallmäßige Behandlungsanlässe, was den strukturellen Reformbedarf klar unterstreicht. Bereits eine spürbare Reduktion dieser Fehlinanspruchnahme würde zu einer deutlichen Entlastung des Gesamtsystems beitragen.

Voraussetzung hierfür sind ein einheitliches und für die Bevölkerung verständliches Zugangssystem, klare Zuständigkeiten zwischen vertragsärztlichem Notdienst und Rettungsdienst sowie verbindliche Steuerungs- und Anschlussstrukturen.

Zentral für die Akzeptanz einer reformierten Notfallversorgung ist, dass die Bevölkerung durch eine verlässlich hohe Qualität der medizinischen Versorgung überzeugt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass die Notfallstrukturen ausreichend Zeit und Ressourcen

für die Behandlung tatsächlicher Notfälle vorhalten können.

Nicht dringliche und aufschiebbare Behandlungsanlässe müssen daher konsequent in die regulären Versorgungsstrukturen gelenkt werden. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten qualitativ beeinträchtigt wird. Ziel muss es daher sein, die Versorgungsqualität insgesamt zu verbessern, sodass Patientinnen und Patienten auch Wartezeiten auf reguläre Behandlungstermine akzeptieren können.

2. Ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen und deren Kapazitäten

Die hohe Inanspruchnahme der Krankenhausnotaufnahmen erfolgt häufig zu Zeiten, in denen die vertragsärztlichen Praxen regulär geöffnet sind. Dies verdeutlicht eine ungesteuerte Inanspruchnahme der Notaufnahmen, da Patientinnen und Patienten trotz verfügbarer ambulanter Versorgungsmöglichkeiten häufig unmittelbar die Krankenhausnotaufnahmen aufsuchen. Eine Reform der Notfallversorgung kann daher nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss die Steuerungs- und Anreizstrukturen im ambulanten Bereich sowie die tatsächlichen Kapazitäten im gesamten Versorgungssystem mit in den Blick nehmen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass Überlastungen von Notaufnahmen auch durch fehlende stationäre Kapazitäten und Schwierigkeiten bei der Organisation von Anschlussversorgungen entstehen - insbesondere bei multimorbiden und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, die zwar keinen aktuellen medizinischen Notfall darstellen, bei denen jedoch vorübergehend eine Versorgung sichergestellt werden muss. Erforderlich ist daher ein Ausbau verfügbarer Versorgungs- und Unterstützungsangebote außerhalb des Krankenhauses, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen.

Eine nachhaltige Entlastung der Notfallstrukturen kann nur erreicht werden, wenn verlässliche Rahmenbedingungen sowie ausreichende ambulante und stationäre Ressourcen geschaffen werden.

Kassenärztlicher 24/7-Fahrdienst

Die Einführung eines flächendeckenden kassenärztlichen 24/7-Fahrdienstes wird kritisch bewertet. Insbesondere erscheint es sachlich nicht angezeigt, einen solchen Fahrdienst auch zu Zeiten vorzuhalten, in denen die Regelversorgung durch geöffnete Praxen gewährleistet ist. In diesen Zeiträumen würde ärztliches Personal aus der ambulanten Regelversorgung abgezogen, wo es dort für die Versorgung einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten benötigt wird.

Stattdessen sollte der Fokus auf der Stärkung und besseren Vernetzung bestehender Versorgungsangebote sowie auf einer wirksamen Patientensteuerung liegen.

3. Digitales Ersteinschätzungsinstrument

Die vorgesehene Patientensteuerung über ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument wirft in der praktischen Umsetzung erhebliche Fragen auf. Die Annahme, Behandlungsdringlichkeit lasse sich vollständig objektiv und einheitlich bestimmen, greift zu kurz, da ärztliche Einschätzungen notwendigerweise Ermessensspielräume enthalten und im Versorgungsalltag variieren können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass digitale Ersteinschätzungsinstrumente sowohl durch gezielte Angaben von Patientinnen und Patienten als auch durch institutionelle Kodierpraxis beeinflusst werden können. Vor diesem Hintergrund ist eine sorgfältige Ausgestaltung unter Berücksichtigung von Validität, Anwendungsgrenzen und möglicher Fehlanreize erforderlich.

Gleichzeitig sollte das Instrument nicht als bloßes Zuweisungs- und Steuerungsinstrument ausgestaltet werden, sondern als patientenorientiertes digitales Handlungsempfehlungssystem. Dieses sollte Patientinnen und Patienten befähigen, die vorgesehenen Behandlungspfade eigenständig und nachvollziehbar zu beschreiten. Neben der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit sollten verbindlich evidenzbasierte Hinweise zur Selbsthilfe sowie klare Empfehlungen enthalten sein, wann und welche Versorgungsstruktur in Anspruch zu nehmen ist.

Wesentlich ist zudem die Möglichkeit einer strukturierten digitalen Übermittlung der erhobenen Angaben an medizinisches Fachpersonal mit vorgesehener ärztlich verantworteter Rückkopplung (z. B. Rückruf oder telemedizinische Einschätzung). Dadurch können Patientensicherheit, Transparenz und Versorgungsverantwortung gleichermaßen gestärkt werden. Internationale Erfahrungen mit digitalen Ersteinschätzungssystemen zeigen, dass eine solche Kombination aus Selbststeuerung, Handlungsempfehlung und professioneller Rückkopplung die Akzeptanz erhöht und zur Entlastung von Notfallstrukturen beitragen kann.

Die Ersteinschätzung bei Kindern und Jugendlichen stellt aufgrund altersabhängiger Symptomatik, eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und erhöhter diagnostischer Unsicherheiten besondere Anforderungen. Vor diesem Hintergrund ist sicherzustellen, dass das Ersteinschätzungsinstrument spezifisch für pädiatrische Patientinnen und Patienten entwickelt und validiert wird.

Eine Übertragung von Verfahren aus dem Erwachsenenbereich ohne entsprechende wissenschaftliche Evaluation ist hierfür nicht ausreichend; sowohl Verfahren für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene bedürfen jeweils einer eigenständigen wissenschaftlichen Evaluation. Zugleich ist sicherzustellen, dass die

Patientensteuerung ausreichend flexibel ausgestaltet wird, um auf eine sich verändernde Symptomatik angemessen reagieren zu können. Eine erneute Inanspruchnahme der Ersteinschätzung muss jederzeit möglich sein; insbesondere bei Symptomverschlechterung darf der Zugang zur weiteren medizinischen Versorgung nicht durch das System eingeschränkt oder verhindert werden.

4. Verbindlichkeit der Patientensteuerung und Behandlungspfade

Der Gesetzentwurf lässt zentrale Fragen der Verbindlichkeit bislang offen. Ohne klare Vorgaben besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten auch nach erfolgter Ersteinschätzung oder Behandlung weiterhin zwischen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen wechseln und Fehlsteuerungen fortbestehen.

Erforderlich sind verbindliche Behandlungspfade mit eindeutig geregelten Zuständigkeiten sowie eine gesicherte Anschlussversorgung, insbesondere durch zeitnahe Termine in der haus- oder fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig bedarf es Regelungen, die ein Umgehen definierter Versorgungspfade – etwa zur schnelleren Durchführung von Untersuchungen - wirksam begrenzen. Dabei ist sicherzustellen, dass die organisatorische Autonomie der vertragsärztlichen Terminvergabe gewahrt bleibt.

5. Organisationsfragen und INZ-Struktur

Ziel einer Reform sollte es nicht allein sein, Patientinnen und Patienten innerhalb bestehender Strukturen umzulenken, sondern die nicht erforderliche Inanspruchnahme der Notfallversorgung bereits im Vorfeld wirksam zu reduzieren. Eine wirksame Steuerung muss daher frühzeitig ansetzen, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten bei subjektiv empfundenem Behandlungsbedarf unmittelbar die Krankenhausnotaufnahme aufsuchen. Hierfür bedarf es klarer Zugangsstrukturen, verständlicher Orientierung sowie eines gestärkten Primärarztsystems.

Eine pauschale Verlegung von Patientinnen und Patienten ohne akute Notfallindikation aus Krankenhäusern ohne INZ in integrierte Notfallzentren erscheint weder pragmatisch noch ressourcenschonend, da sie mit erheblichem organisatorischem Aufwand, zusätzlichen Transporten sowie sozialen und logistischen Hürden verbunden ist. Verantwortlichkeiten und Aspekte der Patientensicherheit bei Zuweisungen zwischen Versorgungsstrukturen sind eindeutig zu regeln.

Voraussetzung für eine wirksame Reform ist zudem eine leistungsfähige, sichere und zuverlässige Telematikinfrastruktur. Nur bei funktionierender digitaler Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren kann eine sektorenübergreifende Abstimmung gelingen. Derzeit ist jedoch festzustellen, dass die digitale Vernetzung im Versorgungsalltag noch deutlich hinter diesem Anspruch zurückbleibt, wie sich unter

anderem an den bestehenden Herausforderungen bei der elektronischen Patientenakte (ePA) und den Kommunikationsdiensten im Medizinwesen (KIM) zeigt. Ohne verlässliche technische Grundlagen drohen zusätzliche bürokratische Belastungen sowie eine ineffiziente Nutzung ohnehin knapper personeller und struktureller Ressourcen.

6. Kindernotfallversorgung

Die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordern eine eigenständige strukturelle und inhaltliche Berücksichtigung im Rahmen der Notfallreform. Zugleich ist sicherzustellen, dass in allen relevanten Versorgungsstrukturen ausreichend fachpädiatrisch qualifiziertes Personal vorgehalten wird. Die Qualität und Sicherheit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind in besonderem Maße von entsprechender Expertise abhängig und können nicht ohne Weiteres durch allgemeine Notfallstrukturen abgebildet werden. Die vorgeschlagene Einrichtung eines eigenen Notaufnahme-Fachabteilungsschlüssels für die Kinder- und Jugendmedizin und -chirurgie wird ausdrücklich abgelehnt. Im Gegensatz zu INZ sind pädiatrische Notaufnahmen weder inhaltlich noch organisatorisch oder abrechnungstechnisch aus den Kinderkliniken herauszulösen, sondern stellen einen integralen Bestandteil von Kinder- und Jugendkliniken dar.

Ob durch die Einrichtung von KINZ gegenüber den bestehenden Strukturen tatsächlich eine Verbesserung der Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche erreicht werden kann, erscheint zweifelhaft. Sollte es dennoch zur Einrichtung von KINZ kommen, ist eine eigenständige organisatorische sowie pädiatrisch-fachliche Leitung unabdingbar. KINZ sollten in diesem Fall strukturell und baulich von den allgemeinen integrierten Notfallzentren (INZ) getrennt sein und in ihren Abläufen konsequent auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet werden.

7. Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine nachhaltige Stabilisierung der Notfallversorgung erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, der die Einbindung der Pflege und weiterer Gesundheitsberufe systematisch berücksichtigt. Fragen der pflegerischen Versorgung – auch an Wochenenden und außerhalb regulärer Versorgungszeiten – sollten daher systematisch in die Reformüberlegungen einbezogen werden. Darüber hinaus ist die interprofessionelle Zusammenarbeit auszubauen. Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe sollten im Rahmen klar definierter Qualifikationen und ärztlich verantworteter Delegation erweiterte Aufgaben übernehmen können. Hierfür sind geeignete Weiterbildungsstrukturen sowie rechtssichere Kompetenzregelungen erforderlich.

8. Erwartungsmanagement und politische Verantwortung

Ein wesentlicher Aspekt, der bei der Notfallreform bislang nicht ausreichend berücksichtigt wird, ist eine ehrliche Kommunikation gegenüber der Bevölkerung. Die Politik darf keine Erwartungen wecken, die im Versorgungsalltag nicht eingelöst werden können. Eine Reform der Notfallversorgung kann nur dann Akzeptanz finden, wenn transparent vermittelt wird, welche Leistungen in welchen Situationen tatsächlich zur Verfügung stehen und wo Grenzen bestehen.

Ohne eine solche Klarheit bleibt der Eindruck bestehen, sämtliche Versorgungsebenen könnten jederzeit uneingeschränkt und ohne Steuerung in Anspruch genommen werden. Dies begünstigt Fehlsteuerungen, unnötige Mehrfachinanspruchnahmen und letztlich Frustration bei Patientinnen und Patienten wie auch bei den Leistungserbringenden.

9. Rettungsdienst als Teil der Daseinsvorsorge und kritischen Infrastruktur

Der Rettungsdienst ist ein zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge und Teil der kritischen Infrastruktur. Seine Aufgaben liegen in der Versorgung akuter, potenziell lebensbedrohlicher Notfälle sowie in der Sicherstellung einer schnellen notfallmedizinischen Erstversorgung und – sofern erforderlich – eines zeitkritischen Transports in geeignete Behandlungseinrichtungen.

Eine Reform der Notfallversorgung muss daher die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes als unverzichtbare Ressource schützen. Eine zunehmende Inanspruchnahme für nicht dringliche Behandlungsanlässe führt zu einer Fehlbindung knapper Kapazitäten und kann die Einsatzfähigkeit für echte Notfälle beeinträchtigen.

Erforderlich sind daher eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten, ein wirksames Erwartungsmanagement gegenüber der Bevölkerung sowie eine nachvollziehbare Steuerung zwischen Rettungsdienst (112), Bereitschaftsdienst (116117) und den weiteren Versorgungsangeboten.

10. Gesundheitskompetenz und verständliche Kommunikation

Zugleich besteht die Gefahr, dass zusätzliche neue Begrifflichkeiten und komplexe Strukturvorgaben die Orientierung für Patientinnen und Patienten weiter erschweren. Neue Regelungen müssen daher nachvollziehbar und praktikabel ausgestaltet sein.

Neben strukturellen Steuerungsinstrumenten bedarf es gezielter Initiativen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Dazu gehört eine verständliche und kontinuierliche Aufklärung darüber, was einen medizinischen Notfall ausmacht und welche

Versorgungsangebote in welchen Situationen zuständig sind. Dies kann durch Informationskampagnen, die Vermittlung der Funktion vernetzter Leitstellen sowie präventive Bildungsangebote – insbesondere auch im schulischen Kontext – unterstützt werden.

11. Evaluation aus Patientensicht und Sicherung der Versorgungsqualität

Die im Referentenentwurf vorgesehene Evaluation der Notfallreform ist ausdrücklich zu begrüßen. Aus Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist sicherzustellen, dass die Auswirkungen der Reform insbesondere im Hinblick auf Verständlichkeit, Praktikabilität und Qualität der medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten bewertet werden.

Eine konsequent patientenzentrierte Evaluation ist Voraussetzung für die Akzeptanz und den nachhaltigen Erfolg der Reform.

12. Beteiligung der Ärzteschaft

Für eine praxistaugliche und sachgerechte Umsetzung der Reform sollte die fachliche Expertise der in den Versorgungsstrukturen tätigen Ärztinnen und Ärzte systematisch einbezogen werden. Dies setzt eine verbindliche Beteiligung der Ärzteschaft auf Landes- und Bundesebene voraus.

Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten und stationären Bereich sollten daher bundesweit in die zuständigen Gremien einbezogen werden. Dies umfasst insbesondere eine verpflichtende und stimmberechtigte Beteiligung an den erweiterten Landesausschüssen sowie den Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V.

Eine frühzeitige und verbindliche Einbeziehung der organisierten Ärzteschaft, insbesondere der Bundesärztekammer, ist auch bei der Entwicklung eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments erforderlich.

Münster, den 05.05.2026

Ärztekammer Westfalen-Lippe