



# Positionspapier zur Reform der Notfall- und Akutversorgung

Für eine indikationsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden und Schritte zu einer sektorenverbindenden Akutversorgung

## Einleitung

Die Notfall- und Akutversorgung in Deutschland ist durch eine Vielzahl an Schnittstellen geprägt: Notaufnahmen, der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst mit Bereitschaftspraxen und Fahrdiensten, der Rettungsdienst inklusive Notarztversorgung, integrierte Leitstellen (112), die 116117-Vermittlungszentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Keine dieser Strukturen kann isoliert betrachtet oder unabhängig reformiert werden. Insider des Gesundheitswesens wissen: Die Vernetzung aller Akteure ist hochkomplex. Änderungen an einer Stelle wirken sich systemisch auf andere Bereiche aus. Reformen ohne Einbindung praktischer Expertise riskieren daher nicht nur das Scheitern, sondern eine potenzielle Verschlechterung der Versorgung. Alle an der Notfall- und Akutversorgung Beteiligten kämpfen mit einem gravierenden Personalmangel – bei Ärztinnen und Ärzten

ebenso wie bei Medizinischen Fachangestellten, Pflegepersonal, Notfallsanitätern und Leitstellen-Disponenten. Zudem macht sich gerade in der Notfallversorgung die fehlende Steuerung der Patienten besonders negativ bemerkbar. Dies führt dazu, dass Patienten Notaufnahmen auch dann aufsuchen, wenn ihnen in den Praxen am besten geholfen wäre. Des Weiteren hat die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung nachgelassen. Ständen in früheren Zeiten Großeltern oder andere Familienmitglieder mit Rat und Tat zur Seite, ist inzwischen das mit dem Siegel einer künstlichen Intelligenz versehene Internet ein viel gefragter, aber in vielen Fällen unzuverlässiger Ansprechpartner.

Es braucht daher effektive und niederschwellige Schnittstellen einer sektorenverbindenden Akutversorgung, um eine ressourcenschonende und indikationsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden in der Notfall- und Akutversorgung zu implementieren.

## Sachstand in Bayern

In Bayern sind aktuell mehr als 450 hausärztliche und über 130 fachärztliche Vertragsarztsitze unbesetzt – Tendenz stark steigend. Neben der seit Jahrzehnten zu geringer Zahl an Studienplätzen verändert sich auch das Berufsbild: Jüngere Medizinerinnen und Mediziner streben häufiger Teilzeit- und Angestelltenverhältnisse an.

Auch die Notaufnahmen der Kliniken sind davon betroffen. Eine Notfallreform, die eine flächendeckende 24/7-Bereitschaftspraxis vorschreibt, würde die Regelversorgung gefährden: Ärztinnen und Ärzte müssten verpflichtend Dienste übernehmen, Praxen müssten ihre Öffnungszeiten reduzieren. Patientinnen und Patienten würden vermehrt auf Notaufnahmen ausweichen – mit erheblichen Folgen für das System.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat berechnet: Die geplanten Maßnahmen könnten vor allem ältere Ärztinnen und Ärzte zum frühzeitigen Praxisrückzug bewegen – mit weiteren Engpässen als Folge. Ohne spürbare Entlastung wird auch der Nachwuchs nicht in die Niederlassung streben.

Wichtig für alle Reformbemühungen ist, zunächst das Erreichte zu evaluieren. Seit Jahren betreibt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) mit hohem Aufwand eine gut erreichbare und bedarfsgerechte 24/7-Versorgung der ambulant zu behandelnden Patientinnen und Patienten in Bayern. Dies umfasst vor allem die regulären Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und zusätzlich die sprechstundenfreien Zeiten abends und nachts, sowie an Wochenenden und Feiertagen (Ärztlicher Bereitschaftsdienst). Die Versorgung im Bereitschaftsdienst orientiert sich dabei insbesondere an der „Abwendung eines gefährlichen Verlaufs“. Das bedeutet, dass eine Erkrankung nicht unmittelbar abschließend diagnostiziert werden muss.

In diesem Sinne geht es im Bereitschaftsdienst um die den gesundheitlichen Beschwerden angemessene Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Sprechstunde der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Allerdings unterscheidet sich diese Art der Diagnostik und Behandlung oft von der in einer Notaufnahme

eines Krankenhauses. In den Kliniken wird in der Regel mit hohem zeitlichem, personellem und apparativem Aufwand sowie entsprechend hohen Kosten versucht, eine abschließende Diagnose zu stellen.

Auch in Bayern werden von den Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser und auch der Rettungsdienst zu oft in Situationen in Anspruch genommen, die einer Notfallbehandlung nicht bedürfen. Dies führt in diesen Versorgungsstrukturen zu Problemen und verursacht unnötige Kosten im Gesundheitswesen.

Gründe hierfür sind – wie bereits einleitend dargestellt – eine zunehmend schlechtere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und eine fehlende Steuerung der Patienten im Gesundheitssystem, sowohl zur normalen Sprechstundenzeit der Praxen, aber noch mehr zu Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Die bisherigen Bemühungen des Bundesgesundheitsministeriums enthalten teilweise gute Ansätze. Wir müssen allerdings darauf achten, Bedarf von Bedürfnis zu unterscheiden. Gesundheitsversorgung der Zukunft kann nicht bedeuten: jeder zu jeder Zeit, überall von jedem alles.

Die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Bayern wurde im November 2018 abgeschlossen. Damit wurde neben der regulären ambulanten ärztlichen Versorgung ein flächendeckendes Netz von 133 zentral gelegenen Bereitschaftspraxen, überwiegend an Krankenhäusern, eingerichtet. Über 99 Prozent der Bürgerinnen und Bürger im Freistaat erreichen diese innerhalb von 30 Minuten.

Darüber hinaus wurde ein separater Fahrdienst mit gleichzeitig bis zu 170 Fahrzeugen für medizinisch notwendige Hausbesuche eingerichtet. Mit dem Start des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wurden die Forderungen aus der Politik umgesetzt. Schon immer ist die 116117 in Bayern rund um die Uhr erreichbar. Dieser Qualitätsstandard für unsere Patientinnen und Patienten ist möglich, da das KV-System in ihren 116117-Vermittlungszentralen immer mehr auf den wichtigsten Faktor der Zukunft setzt: **die ressourcenoptimierte Steuerung der Patientinnen und Patienten unter höchster Beachtung der Patientensicherheit.**

Jede Region ist unterschiedlich und hat verschiedene Ansprüche und Probleme. Ländliche Regionen unterscheiden sich von den städtischen und auch auf dem Land gibt es unterschiedliche Gegebenheiten. Daher fordern wir regional angepasste Lösungen, die die Krankenhäuser und KVen vor Ort entwickeln.

## Ziele, Maßnahmen und Forderungen für eine zukunftssichere Notfall- und Akutversorgung

### in.SAN Bayern – strategische Akut- und Notfallversorgung

Die KVB hat mit dem in.SAN-Programm einen innovativen Weg eingeschlagen. In enger Kooperation mit Partnern aus allen Versorgungsbereichen werden Projekte zur optimalen Patientensteuerung und digitalen Vernetzung getestet und umgesetzt – modular, skalierbar und zukunftsfähig. Bayern positioniert sich damit als Vorreiter und Modellregion.

Im Zentrum des in.SAN-Programms stehen wegweisende Projekte zur optimalen Patientensteuerung sowie Möglichkeiten digitaler Vernetzung im Gesundheitswesen.

Diese Einzelprojekte sind wesentliche Bausteine des umfassenden und kontinuierlich weiterentwickelten Programms. Das in.SAN-Programm wird damit in den kommenden Jahren nicht nur die

Akut- und Notfallversorgung in Bayern neugestalten, sondern könnte auch als Modell für weitere Bundesländer dienen.

Die von der KVB initiierten Maßnahmen zu einer indikationsgerechten Steuerung von Hilfesuchenden (siehe Abbildung unten) werden nachstehend erläutert.

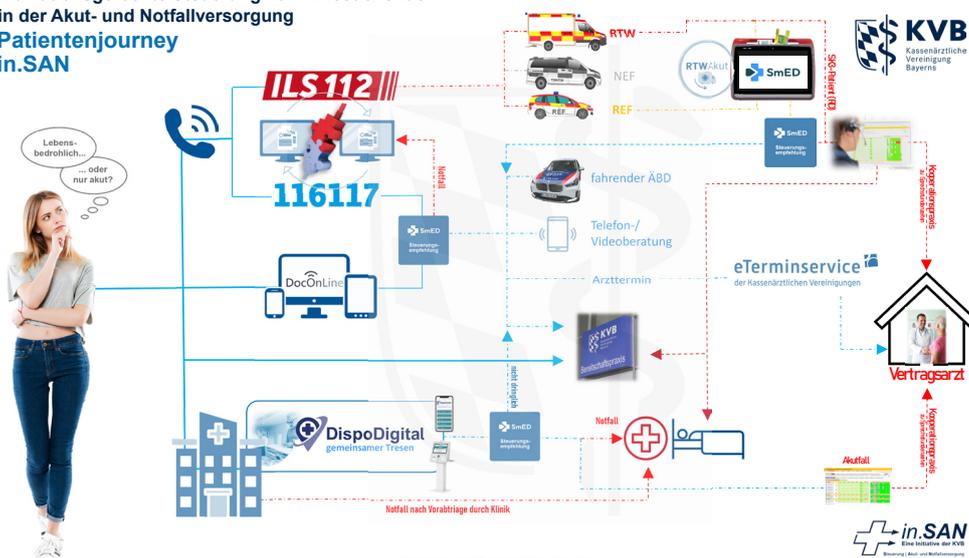
### Zusammenarbeit und technische Vernetzung der 112 und 116117 in Bayern

Im Gesetzesentwurf zur Notfallreform wurde eine enge Zusammenarbeit der für die 112 zuständigen integrierten Leitstellen mit den für die 116117 etablierten Vermittlungszentralen festgeschrieben. In Bayern ist diese Vernetzung bereits seit Herbst 2023 flächendeckend Realität.

Damit wurden beide Systeme digital miteinander verbunden und die Vorteile vor allem für die Patientinnen und Patienten deutlich sichtbar: Doppelanrufe und Pingpong-Effekte werden vermieden und Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt. Gleichzeitig bleiben die Kompetenzen auf beiden Seiten erhalten.

Ein besonderer Vorteil wird im direkten Austausch von Patientendaten und dem Ergebnis der strukturierten Erstanamnese erzielt. Dieser hocheffektive und schnelle Datenaustausch ohne redundan-

#### Indikationsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden in der Akut- und Notfallversorgung Patientenjourney in.SAN



te Erfassung in hochkritischen Bereichen führt zu einer besseren Patientensicherheit und schnelleren Versorgung, vor allem in lebensbedrohlichen Situationen. Zudem kann dadurch auch der Rettungsdienst teilweise entlastet werden.

Im Jahr 2024 wurden bayernweit 58.244 Einsätze von der KVB an die Integrierten Leitstellen übermittelt und 17.321 Einsätze von den Leitstellen an die KVB weitergegeben. Von den durch die KVB übermittelten Einsätzen wurden rund 72 Prozent durch den Rettungsdienst transportiert – dies entspricht auch der durchschnittlichen Transportquote einer Integrierten Leitstelle in Bayern.

Voraussetzung für eine optimierte Zusammenarbeit und die gegenseitige Übergabe von Hilfeersuchen an die jeweils adäquate Stelle ist, dass auch die Leitstellen des Rettungsdienstes ein strukturiertes Abfragesystem nutzen. Dies erlaubt eine präzise Definition der Fallkonstellationen für eine gegenseitige Übergabe und ein Qualitätsmanagement dieser Prozesse und erhöht somit insgesamt Effizienz und Patientensicherheit.

### **„Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland“ (SmED) – Bessere Patientensteuerung zur Vermeidung von Fehlllokationen**

Patientinnen und Patienten müssen dort behandelt werden, wo ihre Versorgung am effizientesten geleistet werden kann. Dies erfordert zunächst, dass alle Eingangskanäle in die Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt werden. Dadurch wird die Patientensicherheit erhöht und der Einsatz von Fachpersonal an diesen Schnittstellen minimiert. Gleichzeitig werden bereits hier Doppelstrukturen vermieden.

Um dies zu erreichen, erfordert jede Inanspruchnahme des Systems auf jeder Ebene eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung. Dies gilt für die telefonische Inanspruchnahme über die 116117 und die 112 ebenso wie für die Bereitschaftspraxen, Notaufnahmen und den Rettungsdienst. Nur so kann Vertrauen in die verschiedenen Zweige des Gesundheitssystems aufgebaut und können Vorbehalte gegen eine vermeintlich schlechtere Versorgung in dem einen oder anderen Zweig abgebaut werden.

Es liegen bereits gut evaluierte Ersteinschätzungsverfahren vor. Ein Beispiel hierfür ist die in Bayern genutzte „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland“ (SmED), die auch als Medizinprodukt zugelassen ist. Diese wird allein in den bayerischen Vermittlungszentralen der KVB jährlich rund 750.000 mal bei Patientenkontakten eingesetzt. Egal, welches System hier im jeweiligen Versorgungsbereich tatsächlich zum Einsatz kommt – die Systeme müssen aufeinander abgestimmt sein und jeweils kompatible Ergebnisse liefern

### **DocOnLine: das Onlineportal der KVB – Modellprojekt in Pflegeeinrichtungen**

Am 12. Juni 2024 startete mit DocOnLine das Onlineportal der KVB. Es ermöglicht Patienten in Bayern einen digitalen niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung und unterstützt die KVB-Mitglieder bei der Erbringung ihrer Dienste. DocOnLine funktioniert wie ein „bayerisches Patientenportal“ und unterbreitet Patienten die passenden Versorgungsangebote in Abhängigkeit des Beschwerdebildes, der Dringlichkeit und der vorhandenen Ressourcen. Und das, noch bevor die Versicherten überhaupt in die Praxis oder Notaufnahme gehen oder die 116117 kontaktieren.

Dabei wird DocOnLine in verschiedensten Anwendungsgebieten eingesetzt: DocOnLine steht zu Praxisöffnungszeiten und zu Zeiten, in denen die Praxen geschlossen sind, zur Verfügung. Aktueller Einsatzschwerpunkt ist die digitale Unterstützung der Akut- und Notfallversorgung zu Zeiten des Bereitschaftsdienstes. Nach einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung via Web haben die Patienten in Bayern die Möglichkeit, eine ärztliche Video-Beratung ergänzend zu den Angeboten der Servicestelle 116117 beziehungsweise des Bereitschaftsdienstes zu nutzen. Lange Wege in die Bereitschaftsdienstpraxis am Wochenende oder in den Abendstunden durch die Versicherten, wenn das Kind oder der Erwachsene akut erkrankt sind, können vermieden werden. Dadurch findet auch eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser statt. DocOnLine greift bayernweit auf einen Pool der jeweils aktiven Mitglieder der KVB ad hoc zu. Patienten wird so zeitnah ein Angebot unterbreitet. Dabei kann auch berücksichtigt werden, welche Fachgruppen oder

diagnostischen Instrumente jeweils zur Verfügung stehen. Die teilnehmenden Ärzte vermeiden durch die Videosprechstunde unnötige lange Anfahrtswege und können so optimal ihre knappe Ressource Zeit für die Patienten einsetzen.

Falls die digitale Versorgung des Patienten nicht induziert oder ausreichend ist, kann die KVB auf die etablierten analogen Versorgungsstrukturen zurückgreifen. Im Sinne einer hybriden Versorgung kann dem Patienten dann beispielsweise der Besuch der Haus- oder Facharztpraxis, einer Bereitschaftsdienstpraxis oder ein Fahrdienst angeboten werden.

Die Services werden auch für besondere Patientengruppen gezielt eingesetzt. Seit 1. März läuft das vom Freistaat geförderte Modellprojekt von DocOnLine in Pflegeeinrichtungen. Bewohner dieser Einrichtungen können, sofern medizinisch induziert, per Video ergänzend versorgt werden. Aber es liegen auch bereits jetzt umfangreiche Erfahrungen in der telemedizinischen Versorgung speziell von Kindern und Jugendlichen in Bayern vor. Die reguläre ambulante Versorgung beispielsweise von Atemwegserkrankungen zu Stoßzeiten wie zu Weihnachten und zum Jahreswechsel kann durch die digitale Plattform unterstützt werden. Weitere Einsätze wie die Nutzung in unterversorgten Regionen als Überbrückung sind denkbar.

Seit Beginn ermöglicht DocOnLine wie dargestellt Patienten bayernweit einen digitalen Zugang zur Akut- und Notfallversorgung. Bereits über 2.800 Patientenkontakte wurden im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt. Davon waren rund 74 Prozent der Videosprechstunden fallabschließend und erforderten keine Weiterbehandlung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst am gleichen Tag. Mit ungefähr 60 Prozent waren die Mehrheit der Nutzer Frauen, zirka 40 Prozent waren Männer. Das Onlineangebot „DocOnLine“ nahmen überwiegend Personen, die in ländlichen Regionen leben in Anspruch (zirka 45 Prozent) sowie zu fast gleichen Teilen Personen aus Großstädten mit über 100.000 Einwohnern (zirka 27 Prozent) und kleineren Städten (zirka 26 Prozent). DocOnLine wird nach erfolgter Videosprechstunde mit einem exzellenten Net Promoter Score von 75 (Skala -100 bis +100) der Nutzerinnen und Nutzer bewertet.

### Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns

An den 133 Bereitschaftsdienstpraxen, die überwiegend an Kliniken angesiedelt sind, werden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in der Regel bis 21 Uhr Patientinnen und Patienten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder deren Vertretern (Poolärztinnen und -ärzten) behandelt. Im Anschluss daran, also zu Zeiten, in denen die Inanspruchnahme stark absinkt, werden die Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ambulant versorgt – einvernehmlich durch Kooperationsverträge mit den Kliniken geregelt. Wie im Bereitschaftsdienst üblich, ist die Versorgung auch in den Kooperationszeiten auf die Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Sprechstunde der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet.

Um das etablierte System weiterhin zu stärken und zu entwickeln, ist die Einführung eines „digitalen Fallaustauschs“ über die Sektoren hinweg dringend notwendig. Die bestehenden Medienbrüche müssen abgebaut und die digitale Verzahnung zwischen der ambulanten Versorgung und den stationären Versorgungsangeboten forciert werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für diesen Datenaustausch müssen dringend durch den Bundesgesetzgeber geschaffen werden.

### Machbarkeitsstudie Dispo-Akut und DispoDigital als digitaler Lösungsansatz – digitale Steuerung in Echtzeit

Die Schaffung von regionalen Lösungen in der Zusammenarbeit am gemeinsamen Tresen wurde in Bayern bereits mehrfach erprobt. Patientinnen und Patienten, die sich tagsüber mit ambulant zu versorgenden Beschwerden in Notaufnahmen vorstellen, können bereits heute in bayerischen Pilotregionen nach einer initialen klinischen Sichtung durch einen gemeinsamen oder digitalen Tresen in die ambulante Versorgung gelenkt werden. Die Versorgung findet somit nicht mehr in den Notaufnahmen statt, sondern lediglich die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit.

### **Die Machbarkeitsstudie Dispo-Akut**

Die KVB und das RoMed-Klinikum in Rosenheim haben seit dem Jahr 2021 diverse Machbarkeitsstudien zur Steuerung von Patientinnen und Patienten durchgeführt. Hierbei wurde die stufenweise Versorgung nach einer individuellen Ersteinschätzung mittels des Manchester-Triage-System (MTS) und der Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung für Deutschland (SmED) erfolgreich getestet.

Damit wurde für Patientinnen und Patienten, bei denen aus medizinischen Gründen keine Notwendigkeit einer Behandlung in der Notaufnahme bestand, eine zeitnahe ambulante Versorgung in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte organisiert. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass eine sichere Lenkung der Patienten außerhalb der Öffnungszeiten der kassenärztlichen Bereitschaftspraxen zu Kooperationspraxen im vertragsärztlichen Bereich patientensicher möglich ist. Diese erfolgte mit einem elektronischen Ticket über die Terminservicestelle.

Bei diesen Machbarkeitsstudien wurde ebenfalls eine abschließende Behandlung mittels telemedizinischer Angebote erfolgreich getestet.

Aus diesen Erfahrungen entstand das heute bereits realisierte DispoDigital-Projekt (siehe nachfolgend), das hinsichtlich regional angepasster Lösungen einen realistischen Ausblick darauf gibt, wie eine gute und indikationsgerechte medizinische Versorgung und Patientensteuerung aussehen kann. Niederschwellig, digital und ressourcenschonend. Und dies auf jeden regionalen Bedarf skalierbar.

### **DispoDigital-Projekt – „24/7“:**

#### **Präklinische Patientensteuerung und ein digitaler Tresen statt teurer Doppelstrukturen in einem INZ**

Patienten, die sich mit gesundheitlichen Beschwerden in der Notaufnahme selbst vorstellen und keine sofortige Behandlung durch die Notaufnahme benötigen, werden in Abhängigkeit von der Uhrzeit und der Art ihrer Beschwerden in eine geeignete Einrichtung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung ver-

mittelt. Zu den regulären Sprechzeiten sind dies geeignete Kooperationspraxen, die kurzfristig Patienten aufnehmen. Zu Bereitschaftszeiten sind es die Bereitschaftspraxen oder telemedizinische Angebote.

Ob Patienten für eine Weiterleitung infrage kommen, kann bei DispoDigital mittels SmED durch den Patienten selbst an einem digitalen Tresen oder einfach auf einem mitgebrachten Smartphone geprüft werden. Ohne Medienbruch erfolgt dann indikationsgerecht ein direkter Zugang zum elektronischen Buchungssystem für Akuttermine mit Unterbreitung eines verbindlichen konkreten Terminangebots. Wenn es die Beschwerden des Patienten zulassen, werden alternativ auch telemedizinische Behandlungsangebote unterbreitet. Dieser Prozess kann einer klinischen Erstsichtung nachgelagert oder auch vor klinischem Erstkontakt abgebildet werden – ganz nach regionalen Bedürfnissen.

Seit Beginn der Studie am 19. Mai 2025 konnten bereits im ersten Monat erfolgreich 79 Patientinnen und Patienten (Stand 19. Juni 2025) aus der Notaufnahme in die ambulante, niedergelassene Versorgung übergeleitet werden.

#### **Präklinische Patientensteuerung zwischen Rettungsdienst und ambulantem Versorgungsbereich und das RTWakut-Projekt**

Seit April 2023 werden im Rahmen eines Pilotprojekts des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren in Zusammenarbeit mit der KVB, den Zweckverbänden für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, dem Bayerischen Roten Kreuz und dem Malteser Hilfsdienst bei niederschweligen Notrufen Rettungseinsatzfahrzeuge (REF) eingesetzt.

Die mit einem Notfallsanitäter besetzten REF werden von der Integrierten Leitstelle bei Einsatzmeldebildern ohne eindeutigen Notfall alarmiert. Vor Ort bewertet der Notfallsanitäter mithilfe von SmED den Gesundheitszustand des Patienten und leitet diesen anschließend an den geeigneten Versorgungsweg weiter, sei es ein Rettungswagen, ein Krankentransport, die Arztpraxis oder auch der Ärztliche Bereitschaftsdienst. SmED unterstützt somit den eigenverantwortlichen Einsatz der Rettungskraft und

gewährleistet gleichzeitig die Absicherung der getroffenen Entscheidungen. Die REF sind mit nur einer Einsatzkraft besetzt und können keine Patienten transportieren.

Ergänzend wird seit April 2025 SmED auch auf ausgewählten bayerischen Rettungswagen im Rahmen des RTWakut-Projekts eingesetzt. Bei am Einsatzort festgestellter fehlender rettungsdienstlicher Indikation führt der Notfallsanitäter SmED durch, und leitet mit dem Ergebnis den Patienten indikationsgerecht in den angezeigten Versorgungsweg. Auch hier unterstützt SmED somit den eigenverantwortlichen Einsatz der Rettungskraft und gewährleistet gleichzeitig die Absicherung der getroffenen Entscheidungen – bis hin zum Verbleib des Patienten am Einsatzort.

Zusätzlich stehen Kooperationspraxen als geeignete Einrichtungen und Transportziele des Rettungsdienstes zur Verfügung und sind in den Steuerungsinstrumenten des Rettungsdienstes hinterlegt. Damit können Patienten mit ambulanter Prognose direkt in Vertragsarztpraxen verbracht werden und belegen keine Kapazitäten in den Notaufnahmen.

## Digitale Medizin

Gesundheitsinformationen und digitale Ersteinschätzungen müssen niederschwellig, kostenlos und vertrauenswürdig für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich sein. Mit dem Patientennavigator bietet das KV-System hierfür eine geeignete Plattform.

## Fazit

Die bestehenden Strukturen bieten bereits jetzt vielfältige Möglichkeiten zur Notfall- und Akutversorgung. Neue Strukturen sollten daher auf dem Bestehenden aufbauen und stets das drängendste Problem in den Mittelpunkt stellen: Eine qualitativ hochwertige, aber den Grundsätzen des SGB V entsprechende Patientenversorgung (wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend) unter dem Gesichtspunkt des zunehmenden Fachkräftemangels in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Um dies zu erreichen, sind regionale Lösungen, insbesondere zur Patientensteuerung, ge-

fragt, die den Aufbau von Doppelstrukturen in der Akut- und Notfallversorgung vermeiden. Diese müssen dem Grundsatz folgen, dass die Akut- und Notfallversorgung etwas Besonderes bleiben muss. Wo immer möglich, muss daher die Steuerung in die Regelversorgung Vorrang vor einem Ausbau der Notfallversorgung haben.

## Impressum

**Herausgeber:**

Vorstand der Kassenärztlichen  
Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München  
[www.kvb.de](http://www.kvb.de)

**Gestaltung:**

KVB Kommunikation

**Bildnachweis:**

[stock.adobe.com/vegefox.com](https://stock.adobe.com/vegefox.com)  
(Titelseite)

**Stand:**

Juli 2025