

# STELLUNGNAHME

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für internistische  
Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.

**zum Referenten Entwurf  
zur Reform der Notfallversorgung**

Wiesbaden, 26.06.2024

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) zum Referenten Entwurf zur Reform der Notfallversorgung.**

Die Fachgesellschaften begrüßen ausdrücklich die Notfallreform und damit erkennbare Umgestaltung der zunehmenden Überlastung des jetzigen Systems. Bezugnehmend auf die Stellungnahmen der Regierungskommission und die tägliche klinische Praxis, sowohl in den Notaufnahmen als auch bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bedarf es nach Ansicht der Fachgesellschaften jedoch noch einer Erweiterung des jetzigen Entwurfs. Wir möchten hierzu folgende Punkte vorschlagen:

1. Die integrierten Notfallzentren (INZ) sind zukünftig sektorenübergreifend das Herzstück der Notfallbehandlung. Die Entscheidung, wo ein integriertes Notfallzentrum entstehen soll, sollte rasch (innerhalb 90 Tagen) durch den gemeinsamen erweiterten Landesausschuss festgelegt werden, wie es der Referentenentwurf im Moment vorsieht. **Es sollte zunächst für den stationären Bereich geprüft werden, an welchen Stufe 2 und 3 Häusern ein INZ vorhanden ist oder eingerichtet werden sollte.** Damit könnten diese nach Inkrafttreten des Gesetzes unmittelbar etabliert und dies an die Bevölkerung kommuniziert werden.
2. Öffnungszeiten der KV-Praxen im INZ müssen so gewählt werden, dass in ihnen der wesentliche Teil der ambulant zu versorgenden Notfall-Patientinnen und -Patienten abgearbeitet werden kann. Die Öffnungszeiten und primären Anlaufstellen müssen der Bevölkerung wirksam kommuniziert werden. Die KVen können die Öffnungszeiten im Bedarfsfall über Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern (z.B. MVZ) abdecken. Regionale Anpassungen sind möglich, müssen aber konsentiert und allgemein kommunizierte klare Zuständigkeiten aufweisen.
3. Ein medizinisches Ersteinschätzungsverfahren der Notfälle ist ein wichtiges Instrument, sollte jedoch erst validiert und dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet werden.
4. Die Rufnummern 116117 und 112 müssen miteinander interagieren und in beiden „Richtungen“ möglich sein. Aus Aspekten der Qualitätssicherung sind standardisierte Erstabfragen in Form von Checklisten zwingend notwendig.
5. Die Vorhaltung von Notfallstrukturen und die Behandlung von Notfällen muss grundsätzlich kostendeckend möglich sein. Das gilt sowohl für den stationären als auch den ambulanten/vertragsärztlichen Bereich. Die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern über EBM ist im Moment nicht kostendeckend möglich, da die Kosten der Vorhaltung nicht abgebildet sind.

# Stellungnahme zum Referenten Entwurf zur Reform der Notfallversorgung

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.

Es bedarf deshalb einer Regelung, die bei Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten durch den Rettungsdienst für Notaufnahmen in Krankenhäusern mit integriertem Notfallzentrum eine andere, zum Beispiel eine vorstationäre Vergütung ermöglicht.

6. Ein Primärarztsystem, das, soweit ambulant möglich, die Notfallversorgung insbesondere auch der Alten- und Pflegeheime abdeckt, ist ein wesentlicher Schlüssel in der kommenden Dekade, um die immer älter werdende Bevölkerung sicher zu stellen und Überlastungssituationen in den Notaufnahmen abzuwenden.
7. Unbeantwortet bleibt bislang auch die Frage, mit welchen Mitteln – personell und finanziell – die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages auf ein 24/7-Angebot (Akutleitstelle, aufsuchender Dienst, Telemedizin) abgebildet werden soll. Eine notdienstliche Basisversorgung muss leistbar sein. Das erscheint mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen aktuell nicht möglich. Zumal die Mehrkosten laut Entwurf nur bis zu maximal 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden sollen. Durch eine 24/7 telemedizinische und aufsuchende Bereitschaft wird zu dem bestehenden Primärarztsystem eine Parallelstruktur aufgebaut und personelle Ressourcen entzogen, welche eine erhebliche Schwächung der primärärztlichen Versorgung bedeuten würden.
8. Eine Behandlung in der häuslichen Umgebung „treat@home“ ist ein weiterer Schlüssel, um dem demografischen Wandel und den damit einhergehenden steigenden Patientenzahlen adäquat zu begegnen. Daher ist es unabdingbar den Rettungsdienst im SGB-V aufgehen zu lassen, damit eine Behandlung vor Ort Fall abschließend durchgeführt und insbesondere auch vergütet wird.

Wiesbaden, 26. Juni 2024

Prof. Dr. Jan Galle  
Vorsitzender 2024/2025

Prof. Dr. Georg Ertl  
Generalsekretär DGIM

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland  
Vorsitzender DGIM-Kommission  
Struktur der Krankenversorgung

Prof. Dr. Mathias Kochanek  
Präsident DGIIN

Prof. Dr. Christian Karagiannidis  
Past Präsident DGIIN

Christine Neumann-Grutzeck  
Präsidentin BDI



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.**

Irenenstrasse 1  
65189 Wiesbaden

[www.dgim.de](http://www.dgim.de)  
[info@dgim.de](mailto:info@dgim.de)

Tel: +49 611 205 80 40 0  
Fax: +49 611 205 80 40 46