Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Datum: 03.12.2025

I. Allgemeines

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP begrüßt die im vorliegenden Referentenentwurf eingeschlagenen Ziele zur Neuausrichtung der Notfallversorgung. Die Konsequenzen des Gesetzesentwurfs sind weitreichend und wirken sich notwendigerweise auf den ambulanten und den stationären Sektor aus. Trotz der grundsätzlichen Unterstützung des Gesetzesvorhabens sehen wir an einigen Stellen den Bedarf zur weiteren Präzisierung. Wir unterstützen ausdrücklich die Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin DIVI, auf die wir an dieser Stelle verweisen.

Unabhängig von den Anmerkungen, die Ihnen durch die DIVI bereits zugegangen sind, möchten wir auf einige insbesondere fachspezifische Aspekte der Pneumologie hinweisen, die Sie im folgenden finden.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Kommentierung.

Prof. Dr. Thomas Bahmer — **Generalsekretär der DGP**

Prof. Dr. Winfried Randerath — **Sprecher der TaskForce Qualität und Wirtschaftlichkeit**

II. Spezifische Kommentare, die konkrete Teile des Dokuments betreffen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung *„Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 des*	Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Gebiet der Pneumologie sind in akuten Notfallsituationen aufgrund der Versorgungsstruktur in der Pneumologie besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Ein relevanter Teil der stationären pneumologischen Versorgung wird durch spezialisierte Lungenfachkliniken geleistet, die zwar über Verbundstrukturen vernetzt, räumlich aber dennoch häufig isoliert gelegen sind. Gleichzeitig sind pneumologische Abteilungen an vielen maximalversorgenden Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich zu anderen internistischen Abteilungen unterdimensioniert – eine Tatsache die der historischen Entwicklung des Fachs geschuldet ist und sich bis heute in die Versorgungsrealität auswirkt. In den Lungenfachkliniken und anderen spezialisierten Lungenfachabteilungen werden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Gebiet der Pneumologie behandelt. Die Versorgung umfasst insbesondere auch chronische Erkrankungen, die besonders häufig zu akuten Verschlechterungen (sog. Exazerbationen) führen, wie z.B. COPD, Lungenfibrose oder auch Pulmonale Hypertonie. Für diese Patientengruppen ist es besonders im Zusammenhang mit einem medizinischen Notfall wichtig, eine Versorgung auf dem höchsten fachlichen Niveau zu erfahren. Zahlreiche Fachkliniken nehmen aktuell aufgrund ihrer Relevanz und Expertise auch als Spezialversorger an der Notfallversorgung teil um ihren Patientinnen und Patienten nicht nur bei geplanten stationären Aufenthalten eine fachlich fundierte Behandlung zukommen zu lassen, sondern ihnen gerade auch in dringlichen Notsituationen und bei Lebensgefahr die erforderliche, hochqualitative Versorgung zu bieten. Insbesondere in akuten Notsituationen ist es von größter Wichtigkeit, dass die Behandlung in qualifizierten Fachzentren erfolgt, in denen die Patienten häufig bereits bekannt sind und sich in regelhafter Behandlung befinden. Durch die Regelungen des vorliegenden Referentenentwurfs würde Patientinnen und Patienten mit pneumologischen Erkrankungen der Zugang

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt.“	zur fachärztlichen pneumologischen Erstversorgung in vielen Fällen unmittelbar entzogen, da pneumologische Fachkliniken nicht die Voraussetzung zur Teilnahme an der integrierten Notfallversorgung erfüllen können. Es ist deshalb aus Perspektive der Versorgung pneumologischer Patientinnen und Patienten wichtig, dass: - bei der Standortauswahl von INZ das Kriterium „spezialisierte medizinische Eignung“ Berücksichtigung findet - bei spezifischen Notfallbildern (z.B. Exazerbation bei COPD oder Lungenfibrose, schwere respiratorische Insuffizienz) ein Recht auf Zuweisung in etablierte Behandlungszentren seitens der Patientinnen und Patienten besteht - pneumologische Fachexpertise in die algorithmusbasierte Ersteinschätzung und Definition von Risikofaktoren einbezogen wird, z.B. auch durch Kooperation mit pneumologischen (Fach-)Kliniken - die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) als Fachgesellschaft im G-BA zur Festlegung fachspezifischer Ersteinschätzungskritierien gehört wird Über die Einrichtung integrierter Notfallzentren sollen Patientenströme aktiv geregelt werden. Krankenhäuser und insbesondere auch Fachkliniken, die an dieser Notfallversorgung nicht teilnehmen können oder nicht teilnehmen dürfen haben unter Umständen einen erheblichen finanziellen Nachteil bis hin zur Existenzgefährdung. Diese existientielle Gefahr, die nicht nur die direkte Notfallversorgung betrifft, sondern sich auf das gesamte Behandlungsspektrum eines Krankenhauses auswirkt, sollte vor diesem Hintergrund insbesondere für pneumologische Fachkliniken bedacht werden.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Für die Triagierung potentiell lebenbedrohlicher Notfälle (z.B. akute Lungenarterienembolie) können sich bereits kritische Auswirkungen ergeben, wenn in bis zu 25% der Fälle eine Erreichbarkeit erst nach 3min bis 10min gegeben ist. Auch wenn eine Rufannahme innerhalb von 3min

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		„(...) muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein.“	nicht garantiert werden kann, sollte dieser Zeitrahmen als grundsätzliches Ziel klar formuliert werden.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung *Mit der vorliegenden Änderung wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass mithilfe eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsverfahrens festgestellt wurde, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist*	Insbesondere aus Sicht pneumologischer Fachkliniken und Fachabteilungen, die nicht direkt an ein INZ angebunden sind bestehen hier noch Unklarheiten. Zusätzlich zum erwarteten bürokratischen Aufwand, bestehen für Notfallambulanzen sowohl forensisch als auch finanziell große Unsicherheiten, da z.B. der Weitertransport ins Notfallzentrum und dessen Kosten nicht geregelt sind.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus *Liegt die öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis, kann die Versorgung durch den Betrieb einer zweiten Offizin dieser Apotheke mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgen, wenn die Räume der zweiten Offizin in angemessener Nähe zu dieser Apotheke liegen*	Der Betrieb eines Apothekenstandorts ist unter anderem an bauliche Voraussetzungen geknüpft. Sowohl die Frage nach den baulichen Voraussetzungen zur Inbetriebnahme als auch die Frage nach den Betriebskosten eine solchen Apothekenstandorts sind ungeklärt.
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere		Die Pflicht, als Krankenhaus **verbindlich** ein Integriertes Notfallzentrum einzurichten, wenn der Standort ausgewählt wird, ist weitreichend. Damit einher gehen:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Anmerkungen		• umfangreiche Abstimmungsprozesse mit KVen • IT-Integrationen • räumliche Umstrukturierungen • Personalplanung für zentrale Ersteinschätzung **Finanzielle Risiken** Obwohl der GKV langfristig Einsparungen von über 1 Mrd. €/Jahr prognostiziert werden, ist für Krankenhäuser nicht klar: • **Wie** die Leistungen im INZ refinanziert werden • **Ob** Mehraufwand (zusätzliche Struktur-, Personal-, IT-Kosten) gedeckt wird • **Wie** mögliche Fallzahlsenkungen (weniger Bagatellfälle) kompensiert werden Die Finanzierung von INZ-spezifischen Leistungen soll über §105 SGB V erfolgen, ist aber noch **nicht quantifiziert**. Für Kliniken bleibt das Risiko **unterfinanzierter Vorhalteleistungen**. **Strenge Vorgaben und wenig Flexibilität** Krankenhäuser müssen künftig: • bestimmte Öffnungszeiten für KV-Praxen vorhalten (z.B. 9–21 Uhr an Wochenenden) • digitale Fallübergaben nach verbindlichen Spezifikationen umsetzen • standardisierte Ersteinschätzungsverfahren integrieren Diese Vorgaben sind **stark regulierend** und schränken Flexibilität im Betriebsablauf ein. **Personalbedarf in der zentralen Ersteinschätzung** Die zentrale Ersteinschätzungsstelle liegt in der Verantwortung des Krankenhauses. Das bedeutet: • potenzieller Bedarf an Pflegefachpersonen oder ärztlichem Personal • erhöhte Dokumentations- und IT-Last In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies besonders kritisch.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Risiken durch priorisiert vermittelte Patienten Hilfesuchende, die durch die Akutleitstelle vermittelt wurden, sollen **vorrangig** behandelt werden. Das kann in Stoßzeiten zu Konflikten in der Notaufnahme führen. Hier sind **logistische und kommunikative Herausforderungen** absehbar. **Fachliche Zuständigkeit und Fachabteilungschlüssel** Für das bestmögliche therapeutische Outcome in Notsituationen ist es entscheidend, dass Fachärztinnen und Fachärzte aus den jeweiligen Fachdisziplinen die Behandlung der Patienten aus dem Notaufnahmeumfeld heraus so schnell wie möglich übernehmen. Sogenannte „Tracer-Diagnosen“ aus den Gebieten der Kardiologie, Gastroenterologie und Neurologie haben in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der zuletzt zur Kommentierung vorliegenden Änderungsfassung dazu geführt, dass diesen Disziplinen eine besondere Stellung zugesprochen wurde („Kategorie A“). Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung müssen mindestens 5 der 6 Fachdisziplinen der Kategorie A vorhalten. Unverständlicherweise ist die Pneumologie nicht Teil der Kategorie A, obwohl ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle auf das Gebiet der Pneumologie entfällt. (siehe Randerath et al. 2018 https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwtJYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK). Gerade bei der akuten respiratorischen Insuffizienz kann eine zeitgerecht begonnene, nicht-invasive Beatmungstherapie nur mit der notwendigen fachlichen Expertise so durchgeführt werden, dass eine invasive Beatmung und somit langfristige nachteilige Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten abgewendet werden können. Vor diesem Hintergrund sehen wir eine mögliche Einführung eines eigenen Fachabteilungsschlüssels für Notallmedizin für kritisch. Erstens besteht die Gefahr zusätzlicher Bürokratie und von zusätzlichem

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Dokumentationsaufwand. Zweitens besteht für die Patientinnen und Patienten die Gefahr, dass eine Verlegung in die fachlich zuständige Abteilung verzögert erfolgt, wenn durch einen eigenen notfallmedizinischen Fachabteilungsschlüssel gegenläufige Anreize geschaffen werden. Mögliche Auswirkungen erlösrelevanter Steuerungsinstrumente auf die Versorgung und die Patientenströme innerhalb eines Krankenhauses sollten im Gesetzgebungsverfahren frühzeitig berücksichtigt und Fehlanreize vermieden werden. Am System der existierenden Fachabteilungsschlüssel besteht aus Sicht der Inneren Medizin und Pneumologie kein Handlungsbedarf. Insgesamt ist die Reform aus Sicht der Pneumologie und Beatmungsmedizin als sehr sinnvoll und zukunftsweisend anzusehen. Die praktische Umsetzung wird eine anspruchsvolle Herausforderung für alle Beteiligten und sollte durch klarere Finanzierungsvorgaben und flexible Übergangsregelungen unterstützt werden. Zusammenfassend erscheinen deshalb folgende Punkte noch unzureichend definiert: 1. **Finanzielle Kompensation** für Kliniken, die durch Umleitungen relevante Fallzahlen verlieren. 2. **Refinanzierung von IT, Personal, Telemedizin und Fortbildungen**, die für die Etablierung und Aufrechterhaltung der INZ notwendig sind 3. **Änderung der Patientenströme innerhalb der Klinik** durch die verschiedenen, tw. erlösrelevanten Steuerungsmechanismen und neuen Strukturen