



Bundesverband der Pneumologie,  
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

Gemeinsame Stellungnahme vom  
**Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und  
Beatmungsmedizin e.V. (BdP)**  
und der  
**Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)**

Stellungnahme

**Fachempfehlungen für die Bundesregierung 2025 –  
2029**

**1. Bedeutung der Pneumologie in der künftigen Gesundheitsversorgung**

Über 14 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Lungenerkrankungen wie Asthma, COPD oder anderen pneumologischen Krankheitsbildern. Angesichts einer Gesamtbevölkerung von etwa 84 Millionen entspricht dies etwa 16-17% der Bevölkerung. Die Umweltmedizin, neben klimatischen Herausforderungen insbesondere die Luftverschmutzung, nimmt zunehmend Raum in der pneumologischen Versorgung ein. Weitere häufige Krankheitsbilder wie Schlafstörungen und Allergien werden ebenfalls ambulant pneumologisch versorgt. Die Versorgung in der außerklinischen Intensiv- und Beatmungsmedizin bedarf einer qualifizierten fachärztlich-pneumologischen Betreuung. Diese Versorgungstiefe rechtfertigt einen zeitnahen, bedarfsgerechten Zugang zur niedergelassenen pneumologischen Praxis. Neben einer geplanten Steuerungsfunktion durch Primärärzte, kann dies auch durch geeignete digitale Verfahren unterstützt werden. Daneben ist eine ausreichend finanzierte ambulante pneumologisch-fachärztliche Versorgung, als zentrales Element eines funktionierenden Gesundheitssystems, Voraussetzung für eine zukunftsfähige Sicherung der ambulanten Versorgung.

**2. Besondere Stellung der niedergelassenen pneumologischen Versorgung im Primärarztsystem**

Besonders bei älteren Menschen nehmen pneumologische Diagnosen, insbesondere Bronchitis und COPD, seit Jahren einen bedeutenden Anteil an den sogenannten ambulantsensitiven Krankenhausfällen ein, was auf einen hohen Versorgungsbedarf und die Häufigkeit dieser Erkrankungen im ambulanten Bereich hinweist. Künftiges Ziel ist es, durch

eine flächendeckende ambulante pneumologische Versorgung die Zahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zu senken und somit vorhandene Einsparpotenziale zu nutzen. Hierzu ist künftig auf künstliche Leistungsbegrenzungen zu verzichten. Die Versorgung nach medizinischer Notwendigkeit setzt eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen voraus. Dies gilt im Besonderen für die arbeitsintensiven, aufwändig zu betreuenden, pneumologischen Krankheitsbilder wie die Cystische Fibrose, Long-COVID, Tuberkulose, pulmonal arterielle Hypertonie, Bronchiektasen sowie die zunehmend bedeutsame außerklinische Intensivmedizin.

Auch kommende Verfahren, wie das jetzt beschlossene Lungenkrebscreening, bedürfen der niedergelassenen pneumologischen Expertise, sowohl was die Beratung und Betreuung erhobener Verdachtsfälle als auch die Versorgung relevanter pneumologischer Nebenbefunde (Lungenemphysem, Bronchiektasen etc.) betrifft. Die Bereitstellung der hier erforderlichen zusätzlichen Ressourcen erfordert eine Gegenfinanzierung.

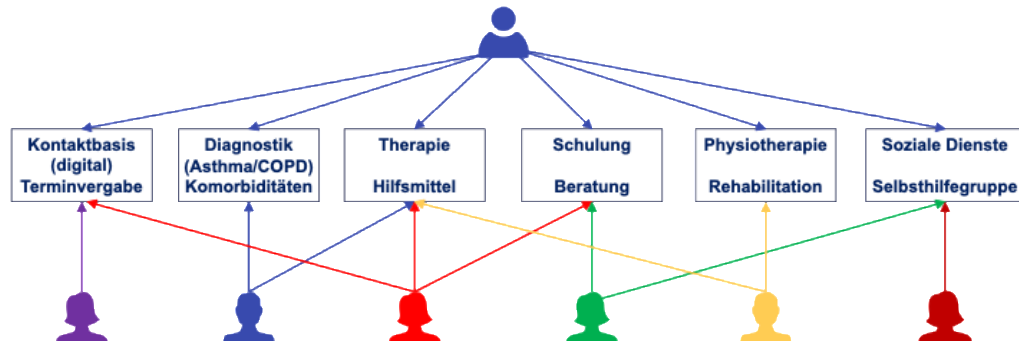
### **3. Sicherung und Stärkung der ambulanten fachärztlichen pneumologischen Versorgung**

Pneumologische Erkrankungen wie Asthma bronchiale, COPD, Lungenentzündungen und Schlafapnoe zählen zu den häufigsten Gründen für eine ärztliche Konsultation im ambulanten Bereich. Ein niedrigschwelliger, unmittelbarer und freier Zugang zur ambulanten pneumologischen Versorgung (mindestens bei den großen Volkskrankheiten Asthma und COPD) stellt eine kosteneffektive, hochqualifizierte Versorgung sicher. Daher kommt der pneumologischen Versorgung im Rahmen des von der Koalition geplanten verbindlichen Primärarztsystems eine herausragende Stellung zu.

Auch wenn wir ein Primärarztsystem im Grundsatz befürworten, kann dies nur der erste Schritt einer künftigen flächendeckenden ambulanten Versorgung sein. Neben der Implementierung alternativer, validierter Ersteinschätzungsverfahren zur bedarfsgerechten fachärztlichen Versorgung befürworten wir eine künftige versorgungszentrierte Regelung im Netzwerk.

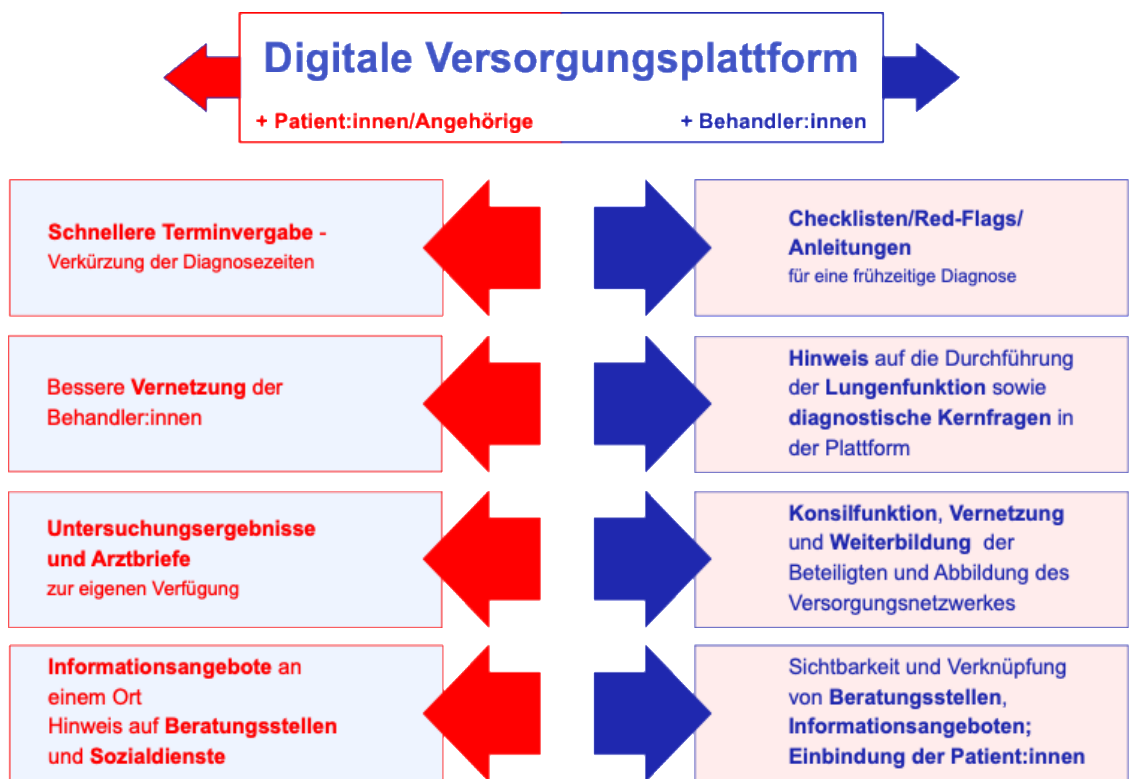
## Zukunftsorientierte ambulante (pneumologische) Versorgung

**Alt: arztzentriert** - eine Person übernimmt die komplette Versorgung



**Neu: versorgungsorientiert** - bedarfsgerechte Patientenbetreuung im Netzwerk

Bei diesem Konzept wird die Versorgung auf alle am Behandlungsprozess Beteiligte und somit auf mehrere Schultern verteilt. Die Vorteile liegen auf der Hand, es werden Ressourcen freigesetzt, dadurch mehr Termine ermöglicht und die Patientenbetreuung findet immer auf der aktuell notwendigen Versorgungsebene und am richtigen Ort statt! Für die Pneumologie lässt die regelmäßige Überprüfung chronisch lungenkranker Patienten und Patientinnen Verschlechterungen des Verlaufs schneller erkennen, sichert die intellektuell anspruchsvolle adäquate Therapieeinnahme durch regelmäßige Schulungen der verschiedenen Inhalationsgeräte und schützt somit vor schleichenden Verschlechterungen und nachfolgenden höheren Gesundheitskosten. Bezogen auf eine indikationsgerechte Therapiesteuerung sind insbesondere im Hinblick auf die Verordnung kostenintensiver Medikamente (u.a. Biologika) Einsparungen möglich. Basis der Patientenbetreuung im Netzwerk ist eine digitale Versorgungsplattform mit Vorteilen für alle Beteiligten:



Zur Stärkung der ambulanten niedergelassenen Pneumologie trägt auch eine verbesserte Kommunikationsstruktur und lokale kollegiale Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten mittels des Telekonsils bei. Diese auch asynchron zu nutzenden interdisziplinären und künftig auch intersektoralen telemedizinischen Möglichkeiten sind auszubauen und zu vergüten. So kann künftig eine echte medizinische Versorgung statt lediglich eine Verwaltung von Krankheiten sichergestellt werden.

#### 4. Reevaluation

Die geplanten Maßnahmen durch das Primärarztsystem stellen einen erheblichen Eingriff in die bisher gewohnte freie Arztwahl dar. Die geplanten Änderungen sollen in einem geeigneten Zeitraum mit geeigneten Parametern auf Ihre Effizienz und Wirkung überprüft werden. Nur so kann die postulierte Qualitätsverbesserung wissenschaftlich überprüft werden und die Veränderungen durch ein Primärarztsystem rechtfertigen.

#### 5. Förderung der Präventivmedizin und Gesundheitskompetenz in der Pneumologie

Die Prävention gewinnt in der Pneumologie zunehmend an Bedeutung. Gesundheitliche Aufklärung sowie frühzeitige Tabakinterventionen und Vorsorgeuntersuchungen (Lungencheck ab dem 40. Lebensjahr) gewinnen angesichts der steigenden Anzahl chronischer Lungenerkrankungen, demografischer Entwicklungen und begrenzter Ressourcen an Bedeutung. Die gezielte Förderung der Gesundheitskompetenz, beginnend in der Schule, verbesserte Informationsangebote auch über Social-Media sowie die Einbindung von Pneumologinnen und Pneumologen in Präventionsprogramme ist als zukunftsorientierte Gesundheitsstrategie dringend notwendig. Zu den zentralen Säulen der

Prävention gehören auch Impfungen speziell bei zugrundeliegenden chronischen Lungenerkrankungen (Asthma, COPD). Leider sind die Impfquoten in diesen vulnerablen Gruppen im Hinblick auf die bewährten und wichtigen Standardschutzimpfungen völlig unzureichend. Wir schlagen zur Stärkung des fachärztlichen Impfens eine interdisziplinäre Allianz der beteiligten Fachverbände und des öffentlichen Gesundheitsdienstes vor. Für den wichtigen Bereich der Vorsorge und Prävention darf es künftig keine Zugangshürden geben.

## **6. Förderung ärztlicher Weiterbildung**

Die fachärztliche Weiterbildung erfolgt derzeit im Wesentlichen während der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und der Praxis. Diese Weiterbildung erfordert eine couragierte Betreuung und Begleitung durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte. Im ambulanten Bereich ist hierfür keine Vergütung vorgesehen und auch im Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) wird das Thema ärztliche Weiterbildung nicht thematisiert. Für eine nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung ist die Weiterbildung unabdingbar, gerade in der Pneumologie ist die ambulante Form der Weiterbildung dringend geboten, da insbesondere häufige Krankheitsbilder wie das Asthma bronchiale nahezu ausschließlich ambulant versorgt werden. Eine Weiterbildung darf jedoch für die Ausbildungseinrichtung nicht zum wirtschaftlichen Risiko werden. Dort, wo die Weiterbildung durchgeführt wird, erfordert sie eine adäquate Vergütung der entstehenden Kosten.

## **7. Mehr Bonus weniger Malus**

Eine in Teilen leistungsfeindliche Vergütung im EBM kann durch entsprechende Vergütungsangebote (Neupatienten, schwere Krankheitsbilder) neben einer fachärztlichen Entbudgetierung zu einer kurzfristigen Verbesserung der Versorgung führen, da umgehend personelle Ressourcen aufgestockt und notwendige Investitionen in die Infrastruktur durchgeführt werden.

Demgegenüber stehen die derzeitigen Prüfverfahren häufig aufgrund ihrer niedrigen geltend gemachten Forderungen in keinem Verhältnis zum administrativen Aufwand der beteiligten Institutionen und Betroffenen. Hier ist die zeitnahe bundesweite Einführung einer Bagatellgrenze von 300 € zur Etablierung verhältnismäßiger Verfahren notwendig. Dies dient neben dem beschlossenen Bürokratieabbau mit spürbarer Entlastung im ärztlichen Alltag auch dem Ziel, Rechtssicherheit zu schaffen und das Vertrauen in die Prüfsystematik zu stärken.

## **8. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG)**

Pneumologische Kliniken sind in einem breiten Spektrum von Krankenhausformen von Maximalversorgungshäusern bis hin zu Fachkliniken vertreten und bilden somit ein umfassendes Spektrum der Versorgungslandschaft ab. Erkrankungen der Lunge und Atemwege machen einen erheblichen Teil der stationären Behandlungen, einschließlich auch der intensivmedizinischen Versorgung des Atemversagens, aus.

- Um die spezifische Expertise des Fachgebietes den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können, ist der Erhalt und die Stärkung unabhängiger pneumo-

logischer Abteilungen und Kliniken mit der Leistungsgruppe (LG) 6 „Komplexe Pneumologie“ notwendig. Das Leistungsgruppensystem des KHVVG unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Innerhalb der LG 6 ist in diesem Prozess eine Differenzierung besonders spezialisierter Kliniken, z. B. basierend auf anerkannten Zertifizierungen (Lungenkrebszentren, Weaningzentren, interventionelle Emphysemzentren) anzustreben (Krankenhausatlas).

- Auch in der Notfallversorgung haben pneumologische Krankheitsbilder eine erhebliche Relevanz sowohl in der Quantität als auch in der Bedrohlichkeit. Daher sollten pneumologische Kliniken in Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung regelhaft vorgehalten werden (Kategorie A)[1, 2].

- Unter pneumologischen Fachkliniken sind solche Krankenhäuser zu verstehen, die auf wenige, eng verwandte LGs hochspezialisiert sind. Sie bilden das Fach in seiner Breite, aber auch in hoher Frequenz ab und sind dabei auch intensiv- und notfallmedizinisch tätig. Diese Fachkliniken haben nicht zuletzt während der Pandemie dokumentiert, welche Relevanz sie für die Gesundheitsversorgung darstellen. Die feste Verankerung in den Landeskrankenhausplänen ist daher von wesentlicher Bedeutung. Ihre Teilnahme an der speziellen Notfallversorgung stellt einen notwendigen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung dar.

- Bei der Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung sind ausreichende Übergangszeiten und mögliche Unterdeckungen zu vermeiden.

## 9. Patientenbeteiligung

Eine gut funktionierende ambulante Gesundheitsversorgung setzt eine verantwortungsvolle Mitwirkung der Patientinnen und Patienten als aktiven Teil der Versorgungskette voraus. Hierzu sind die notwendigen Steuerungselemente und Verbindlichkeiten festzulegen.

## 10. Projektförderung

Wir schlagen eine gezielte Förderung interdisziplinärer und intersektoraler pneumologischer Versorgungskonzepte vor. Insbesondere die positiven Versorgungsaspekte durch Selektivverträge im Hinblick auf Mortalität und Hospitalisierungsraten wie in Baden-Württemberg müssen hier Berücksichtigung finden.

## Zusammenfassung

Angesichts eines demografischen Wandels, wachsender Versorgungsbedarfe und eines zunehmenden Fachkräftemangels ist eine substanzielle Unterstützung der niedergelassenen Pneumologinnen und Pneumologen essenziell. Mittels weniger Maßnahmen wie der Implementierung netzwerkorientierter digital unterstützter Versorgungskonzepte, einer vergleichsweise bescheidenen finanziellen Aufwendung für betreuungsintensive Fälle/Neupatienten und einer fachärztlichen Entbudgetierung bei Überweisung kann auch künftig die ambulante Versorgung und schnelle Termine in der niedergelassenen Pneumologie und anderen fachärztlichen Disziplinen sichergestellt werden.

Über die Möglichkeit unsere Konzepte im persönlichen Gespräch darzulegen, würden wir uns freuen. Für eine konstruktive Mitarbeit am **„Zukunftsprojekt ambulante**

**Gesundheitsversorgung“** stehen wir, auch mit unseren praktischen Erfahrungen, ebenfalls gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Susanna Jörger-Tuti

Vorsitzende des BdP e.V.



Prof. Dr. Christian Taube

Präsident der DGP

Korrespondenzadresse: [info@pneumologenverband.de](mailto:info@pneumologenverband.de)

#### Referenzen

- 1 Randerath W, Hetzel M, Pfeifer M, *et al.* Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und des Verbandes Pneumologischer Kliniken (VPK) zur Rolle der Pneumologie in der gestuften Notfallversorgung. *Pneumologie* 2018; 72: 817–819.
- 2 Randerath W, Günther A, Grünewaldt A, *et al.* Dyspnoe Units – Empfehlungen zu personellen, strukturellen und technischen Voraussetzungen. *Pneumologie* 2025; : a-2651-7431.