



## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabili- tation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG)**

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin begrüßt die Gesetzesinitiative zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich sehen wir in dem Gesetz das Potential einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von beatmungspflichtigen Patienten im ambulanten Bereich. Ziel des Gesetzes ist es neben der sicheren und qualifizierten Versorgung von langzeitbeatmeten Patienten, eine Regelung zu finden, um möglichst viele Patienten vor der Notwendigkeit einer Langzeitbeatmung zu bewahren, die eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität, meist einen Umzug in eine fremde Umgebung und eine dauerhafte Abhängigkeit bedeutet, abgesehen von den enormen wirtschaftlichen Belastungen für das Gesundheitssystem.

Die Regelung des Vorgehens am Ende der akut-intensivmedizinischen Behandlung von weiterhin beatmungspflichtigen ist in dem Gesetz nicht ausreichend sicher geregelt. Im Einzelnen nehmen wir Stellung zu den folgenden Punkten:

### ***1. Beurteilung des Weaningpotenzials bei Entlassung aus der akut-intensivmedizinischen Behandlung***

Zu den Änderungen im § 39 im Absatz 1 und Absatz 1a

(„Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.“ und Absatz 1a nach Satz 6: „Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“)

Die ärztliche Versorgung von Betroffenen mit außerklinischer Intensivpflege, insbesondere mit invasiver Beatmung und/oder Trachealkanüle, ist in Deutschland nur unzureichend geregelt, strukturiert und finanziert. Eine fachlich qualifizierte „Betreuung“ erfolgt, wenn

#### ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

#### GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Präsident  
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär  
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister  
Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Pastpräsident

#### VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

#### UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER

USt-IdNr.: DE190100878

überhaupt, durch die bestehenden Expertenzentren für Weaning und außerklinische Beatmung. Somit sind diese Zentren die bisher einzigen Orte, an denen die notwendige Expertise in der Beurteilung des späteren Weaningpotenzials und der Planung des außerklinischen Prozederes sowie dessen Überleitung fachlich-inhaltlich erlernt werden kann.

Seite 2 | 2

Gemessen an den meist internistischen Komorbiditäten (WeanNet Study Group 2016) ist die ideale Basisvoraussetzung bzgl. der ärztlichen Qualifikation der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie sowie für internistische Intensivmedizin. Alternativ sind der Facharzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin, für die Patienten mit neurologischen Erkrankungen der Facharzt für Neurologie sowie für die pädiatrischen Patienten der Facharzt für Pädiatrie bzw. pädiatrische Intensivmedizin zu nennen.

Wichtig ist, dass neben der o.g. Facharztqualifikation eine langjährige Tätigkeit in einem Expertenzentrum für Weaning und außerklinische Beatmung besteht. Dies ist eine Anforderung, die äquivalent für jegliche Qualifikation zum Facharzt- oder zur Zusatzweiterbildung in jedem Bereich der klinischen Medizin gefordert wird. Sie sollte insbesondere für diesen Bereich gelten.

Neben den genannten Facharztqualifikationen als Basis sollten überprüfbare Nachweise unter anderem über eine ausreichende Erfahrung mit einer mindestens sechs monatigen Tätigkeit im Bereich des prolongierten Weanings erbracht werden, um als Experte zur Beurteilung des Weaningpotenzials anerkannt zu werden, Patienten in die außerklinische Versorgung überzuleiten und außerklinisch Beatmete oder Trachealkanülen-träger zu betreuen.

Entsprechende Übergangsregelungen bzw. Sonderregelungen für Flächenländer und Regionen mit zu wenig Ärzten mit o.g. Expertise müssten eingeräumt werden (s. Punkt 3).

## ***2. Verlegung zur längerfristigen Beatmungsentwöhnung in eine hierauf spezialisierte Einrichtung.***

In dem Gesetz ist vorgesehen, dem § 6 Absatz 2a im Krankenhausentgeltgesetzes folgender Satz anzufügen: „Solange für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung noch kein Zusatzentgelt nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2021 ein gesondertes krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren; Satz 2 gilt entsprechend“.

Der Begriff der längerfristigen Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) ist auch bei den Begründungen (S. 29 u. 42) nicht konkretisiert und bedarf einer klareren Definition, da der Weaningprozess verschiedene Stufen beinhaltet und die notwendige Versorgungssituation abhängig ist von der jeweiligen Situation des Patienten.

Seite 3 | 3

**Entwöhnung (Weaning)** von der maschinellen Beatmung beschreibt dabei den medizinischen Prozess der Befreiung vom maschinellen Ersatz einer zeitweise ausgefallenen oder unzureichenden Atmungsfunktion. Der betroffene Patient ist zeitweise von der technischen Hilfe durch ein Beatmungsgerät abhängig, jedoch nicht im Sinne der Abhängigkeit bei Sucht, sondern um sein Überleben zu sichern.

**Prolongiertes Weaning** liegt vor, wenn die Entwöhnung auch nach sieben Tagen der Beatmung nach Beginn des Weanings oder drei Versuchen der Spontanatmung nicht erfolgreich war (Weaning-Kategorie 3 der nationalen und internationalen Leitlinien). In spezialisierten Weaningzentren nach der Definition der S2k Leitlinie „Prolongiertes Weaning (AWMF Registernummer 020 – 015) gelingt in einem hohen Anteil auch bei Patienten der Kategorie 3 noch eine Befreiung von der Beatmung unter fortgeführten **intensivmedizinischer Behandlung** und ergänzenden Maßnahmen der Physiotherapie, Logopädie und Beatmungsoptimierung in einem strukturierten Prozess.

Dabei entspricht der Prozess des prolongierten Weaning einer intensivmedizinischen Behandlung, da weiterhin die lebenswichtige Organfunktion der Atmung unzureichend ist und jederzeit weitere Komplikationen auftreten können. Unter intensivmedizinischer Behandlung ist die kontinuierliche Überwachung vitaler Funktionen und die technische und personelle Ausstattung zu verstehen, die unmittelbar die Erhaltung oder den Ersatz lebenswichtiger Funktionen ermöglichen.

Eine Trennung zwischen Intensivmedizin und Weaning entspricht damit weder der Realität in den spezialisierten Weaningzentren, noch ist sie fachlich sinnvoll. Die Behandlung im Weaningzentren ist als eine spezielle Form der Behandlung ein integrativer Bestandteil der intensivmedizinischen Behandlung.

### **3. Ambulante Versorgung (neu eingefügter § 37c im Fünften Buch Sozialgesetzbuch)**

Seite 4 | 4

Mit großer Sorge sieht die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin die medizinische Versorgungsqualität im ambulanten Bereich. Die Kapazität des MD an spezialisierten Ärzten reicht aus unserer Sicht nicht aus, bei außerklinisch invasiv beatmeten Patienten ein sich entwickelndes Weaning-Potential frühzeitig zu erkennen.

Im aktuellen Gesetzentwurf ist allgemein erwähnt, aber nicht konkretisiert, dass ermächtigte Krankenhausärztinnen und –ärzte und ermächtigte Einrichtungen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege verordnen dürfen (Art. 1 Nr. 1) genauso wie niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz Kinder- und Jugend-Pneumologie, Fachärzte für Anästhesiologie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

Aufgrund der nicht flächendeckend vorhandenen Expertise der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Weaning und unter Berücksichtigung des Ziels des IPREG, die Anzahl nicht mehr indizierter außerklinischer Beatmungen zu reduzieren, ist eine weitergehende, sektorenübergreifende Betreuung dieser Patienten nicht nur durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, sondern auch durch im stationären Weaningbereich tätige Weaning-Experten aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin absolut notwendig. Dies sollte auch ein dauerhaftes Betreuungskonzept darstellen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin sieht in dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich einen wichtigen Schritt zu einer verbesserten Versorgung von Patienten mit andauernder Abhängigkeit vom Beatmungsgerät. Allerdings sehen wir auch, dass noch viele Detailspekte in der Ausführung geregelt werden müssen, um die Fehlentwicklungen der letzten Jahre zu korrigieren.

Wir freuen uns, wenn wir uns weiter konstruktiv in diesen Prozess mit unserer Erfahrung einbringen können. Als erste Fachgesellschaft haben wir schon vor vielen Jahren Qualitätsstandards für Weaningeinheiten definiert, erfolgreich ein Zertifizierungsverfahren mit über 50 zertifizierten Weaningzentren eingeführt und federführend, in der Zusammenarbeit mit

# STELLUNGNAHME



anderen Fachgesellschaften, die Leitlinien zur Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten publiziert. Gerne stehen wir für Rückfragen zur Verfügung. Seite 5 | 5