

1. Dr. Schick
2. Dr. Hämmerle

Ministerbüro im BMG		
Eingang: 26. Aug. 2019 07579		
PST	ST	L-Registrierung
Verfügung Abt. 2		
Termin:		Kopie für:



DGIIN
Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Geschäftsstelle der DGIIN
Seumestr. 8 | 10245 Berlin

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Minister Jens Spahn
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

CD 26/8

221
ko 28/8

→ 223 out

Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.
Geschäftsstelle
Seumestr. 8, 10245 Berlin
Telefon: 030 2900659-4
Telefax: 030 2900659-5
E-mail: gs@dgiin.de
www.dgiin.de

Berlin, 22.08.2019

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und
intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

*Ansprechpartner im Vorstand der DGIIN:
Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Christian.Karagiannidis@uni-wh.de)*

Sehr geehrter Herr Minister,

die DGIIN begrüßt in Übereinstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) **ausdrücklich** die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Verbesserung der außerklinischen Beatmung, der Eindämmung des damit verbundenen Missbrauchspotentials und der Stärkung der Rehabilitation.

Bezüglich des vorliegenden Referentenentwurfes bietet sich die DGIIN in der Ausarbeitung weiterer Details als konstruktiver Partner an. Aus Sicht einer Fachgesellschaft, die viel mit Patienten in der außerklinischen Beatmung konfrontiert wird, darf folgendes angemerkt werden:

1. Die außerklinische Beatmung in Deutschland stellt im internationalen Vergleich eine Besonderheit dar. Die extrem steigenden Zahlen der nicht-invasiven und invasiven außerklinischen Beatmung (Karagiannidis et al., *Deutsch Med Wochenschr* 2019; 144: 58-63) sind ein Resultat des medizinischen Fortschritts, aber sicherlich auch Ausdruck einer Übertherapie, die zunehmend ökonomisch getriggert wird. Der Blick in die europäischen Nachbarländer, die über einen ähnlich hohen medizinischen Standard verfügen, aber

Dr.

Präsident:
Prof. Dr. Stefan John
Nürnberg

Generalsekretär:
Prof. Dr. Uwe Janssens
Eschweiler

Schatzmeister:
Prof. Dr. Hans-Jörg Busch,
Freiburg

Präsident elect:
Prof. Dr. Christian Karagiannidis,
Köln

Past Präsident:
Prof. Dr. Reimer Riessen,
Tübingen

Medizinischer Geschäftsführer:
Prof. Dr. Karl Werdan,
Halle (Saale)

Vereinsregister Berlin
VR Nr. 17628 B

Bankverbindung der DGIIN:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE69 3006
0601 0006 1629 75
BIC: DAAEDED3



eine außerklinische intensivmedizinische Betreuung von zum Teil beatmeten Patienten nur außerordentlich selten etablieren, wirft substantielle Fragen auf. Medizin und Gesundheitspolitik sind aufgerufen, einen kritischen Diskurs über die Limitierung nicht ausreichend validierter medizinischer Leistungen insbesondere am Lebensende zu führen. Dies insbesondere auch im Hinblick auf knapper werdende personelle Ressourcen, die demographische Entwicklung und die zunehmend formulierten ethischen Bedenken hinsichtlich einer durch Langzeitbeatmung bedingten Lebensverlängerung bei Schwerkranken ohne Berücksichtigung des Patientenwillens. Eine Moderation eines solchen Diskurses durch den G-BA wäre wünschenswert.

2. Im Zentrum jeder Evaluation der außerklinischen Beatmung muss der Patientenwille stehen. Die Evaluation kann in keinem Fall durch einen einzelnen Arzt geschehen, sondern muss das Ergebnis einer multiprofessionellen Diskussion unter Einbeziehung der Angehörigen und in besonders schwierigen Fällen auch unter Mitwirkung unabhängiger klinischer Ethik-Komitees stattfinden. Dieser standardisierte Prozess sollte präzise dokumentiert und nachvollziehbar sein und am Beginn aller weiteren Entscheidungen stehen. Die DGIIN fordert zudem eine regelmäßige Re-Evaluation aller aktuell außerklinisch intensivmedizinisch betreuten und möglicherweise beatmeten Patienten. Diese Re-Evaluierung muss zwingend durch ausgewiesene Experten in entsprechend ausgestatteten Zentren stattfinden.
3. Die DGIIN möchte aufgrund ihrer Fachkompetenz in der Ausarbeitung der Details zur Festlegung der Qualitätskriterien in der außerklinischen Beatmung eingebunden werden. Die detaillierte Ausarbeitung wird maßgeblich für den Erfolg des Gesetzes sein.
4. Eine Entscheidungsfindung ausschließlich durch Fachärzte für Pneumologie wird im Erwachsenenbereich als kritisch betrachtet. Nicht die Gebietsbezeichnung allein, sondern die Kompetenzen und Erfahrungen eines Mediziners mit der Betreuung kritisch kranker Patienten sind hier von maßgeblicher Bedeutung. Hier ist generell dem „4 Augen Prinzip“ der Vorzug zu geben. Intensivmedizinisch weitergebildete und tätige Ärzte besitzen aus Sicht der DGIIN hier besondere Kompetenz nicht nur bzgl. Beatmung, sondern auch im Hinblick auf die Gesamtsituation dieser internistisch oft schwersterkrankten Patienten.
5. Die Stärkung des Prinzips Weanings vor außerklinischer Beatmung wird ausgesprochen begrüßt. Hier bedarf es hoher



- und einheitlich zu definierender Qualitätskriterien für geeignete Weaningeinheiten.
6. Die Mindestzahl von zwei Patienten pro Wohngemeinschaft wird begrüßt. Hier sollte auch eine obere Grenze definiert, wie auch strukturelle Vorgaben eingeführt werden, wie zum Beispiel zu Brandschutz, Rettungswegen etc. Die obere Grenze sollte sich an einem x-fachen des noch zu definierenden Pflegeschlüssels orientieren. Eine Einbeziehung des Rettungsdienstes in Strukturvorgaben halten wir für essentiell.
 7. Gut funktionierende individuelle Pflege in dem häuslichen Umfeld, insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen im Kindesalter mit Transition in den Erwachsenenbereich, sollten explizit als Ausnahme einer außerklinischen 1:1 Betreuung unterstützt und erhalten werden.
 8. Dringend gilt es für die außerklinische Intensivmedizin bzw. außerklinische Beatmung neben einem ausreichenden Pflegeschlüssel auf die Ausbildung des Pflegepersonals zu achten. Hier müssen die Anforderungen zu Grunde gelegt werden, die in der S2k Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017“ festgelegt sind (W. Windisch et al. Pneumologie 2017;71:732).
 9. Die Daseinsvorsorge und das medizinisch-ethische Handeln sollten im Zentrum der inner- und außerklinischen Intensiv- und Beatmungsmedizin stehen. Eine in Teilen ökonomisch getriebene Medizin ist insbesondere in diesem Bereich der Medizin strikt abzulehnen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Christian Karagiannidis
President elect der DGIIN

Nachrichtlich an: Prof. Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss