

4. September 2019

**Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) in Kooperation mit dem Verband pneumologischer Kliniken (VpK) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)**

## Kernpunkte

- Die DGP unterstützt den Gesetzentwurf im Generellen.
- Folgende Klarstellungen, Verbesserungen und Änderungen sind aus Sicht der DGP notwendig.
  - Indikationsstellung, Verordnung und Begleitung der Intensivpflege sollte nicht nur niedergelassenen Ärzten, sondern auch spezialisierten Krankenhausärzten ermöglicht werden (§116b).
  - Neben dem Facharztstatus sind spezielle Kenntnisse notwendig und nachzuweisen.
  - Auch für Pflegekräfte sind zusätzliche Qualifikationen in Beatmungspflege bei allen am Patienten arbeitenden Mitarbeitenden zu fordern.
  - Entlassungen mit dem Ziel des weiteren Weanings entsprechen nicht dem medizinischen Stand des Wissens und führen zu unnötigen Dauerbeatmungen. Dies ist auszuschließen.
  - Anstelle von Rehabilitationen kann für viele langzeitbeatmete Patienten eine maximal dreimonatige Anschlussbehandlung im Weaningzentrum, jedoch außerhalb der Intensivstation, sinnvoll sein, um so längerfristiges Weaningpotential auszuschöpfen. Dafür sollten die rechtlichen Bedingungen unabhängig von Rehabilitationskliniken oder geriatrischen Einrichtungen geschaffen werden.
  - Eine außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten sollte Patienten ermöglicht werden, die trotz Beatmung in der Lage sind, ein aktives Leben

---

#### 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

---

#### STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID

Steuernummer: 031 250 56643  
Gläubiger-ID: DE26ZZZ00000492746

# STELLUNGNAHME

selbstbestimmt (erhaltene Autonomie) zu gestalten, wie z.B. Patienten mit neuro-muskulären Erkrankungen oder beatmeten Patienten mit erhaltener Motorik.

Seite 2 | 8

Mit großem Interesse hat die DGP den Gesetzesentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung zur Kenntnis genommen. Der Gesetzesentwurf greift wesentliche Punkte der intensiven Diskussion der letzten Monate um die Versorgung intensivpflegebedürftiger langzeitbeatmeter Menschen im stationären und ambulanten Bereich auf. Hier hat es in den letzten Jahren wesentliche Fehlentwicklungen gegeben, die zu unnötigen Langzeitbeatmungen geführt, die Lebensqualität betroffener Menschen entscheidend gemindert und das Gesundheitssystem wirtschaftlich stark belastet haben. Wesentliche Punkte der Fehlentwicklung sehen wir dabei:

1. Die Entlassung beatmeter Patienten in die außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege, ohne dass zuvor das individuelle Potential zur Entwöhnung von der Langzeitbeatmung ausgeschöpft war.
2. Die fehlende Einbindung von Beatmungs- und Weaning-Spezialisten in die Verordnung und Versorgung von Intensiv- und Beatmungspflege im außerklinischen Bereich.
3. Die unzureichende Betreuung durch Beatmungsspezialisten im außerklinischen Bereich, einschließlich der regelmäßigen Überprüfung von Entwöhnungspotential. Neben den Belastungen des einzelnen Patienten durch unnötige Langzeitbeatmungen ergeben sich auch weitere gesellschaftliche Probleme. Es herrscht bundesweit ein großer Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal. Wird dieses in vermeidbaren außerklinischen Langzeitbeatmungen gebunden, fehlt es anderen Patienten, die tatsächlich auf außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege angewiesen sind, oder gar auf klinischen Intensivstationen, was dort wiederum die Versorgung der Patienten erschwert, zu Bettenschließungen führt und erneut zu unnötigen Langzeitbeatmungen beitragen kann.

# STELLUNGNAHME

Daher begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin den Gesetzesentwurf sehr und sieht zahlreiche der in den Gesprächen eingebrachten Aspekte verwirklicht.

Die DGP sieht jedoch folgende Aspekte kritisch und empfiehlt in diesen Punkten Überarbeitung:

1. Bezüglich beatmeter Patienten ist eine Präzisierung der Begriffe wünschenswert. Hier sollte von invasiv beatmeten, abhängig nicht-invasiv beatmeten und tracheotomierten, aber nicht beatmeten Patienten gesprochen werden. Alle drei Gruppen bedürfen der Intensivüberwachung und -Pflege.
2. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass ein Vertragsarzt die Verordnung zur Beatmungspflege ausstellt. Unter Vertragsärzten sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassene - also in der Regel niedergelassene - Ärzte zu verstehen. Es gibt jedoch in Deutschland nur sehr wenige niedergelassene Beatmungsspezialisten, so dass aktuell keine ausreichende, flächendeckende Versorgung gewährleistet werden kann. Die Einleitung der Beatmung findet in der Regel über die klinischen Beatmungszentren statt. Die dortigen Ärzte verfügen über die Beatmungsexpertise, so dass der Gesetzentwurf ermöglichen sollte, dass diese in die Verordnung eingebunden werden. Eine bloße Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist hier nicht zielführend.

Die Verordnung der außerklinischen Beatmungspflege sollte daher nicht nur Vertragsärzten, sondern auch klinisch tätigen Beatmungsspezialisten ermöglicht werden, auch über die ersten sieben Tage nach Krankenhausentlassung hinaus. In die Indikationsstellung und Verordnung der außerklinischen Beatmung, aber auch in ihre ambulante Begleitung sollen entsprechend qualifizierte klinische Ärzte eingebunden werden. Dazu sollten Möglichkeiten der sektorverbindenden Versorgung geschaffen werden.

Um die Möglichkeit zu schaffen, qualifizierte Krankenhausärzte (Beatmungs- und Weaningspezialisten) in die Versorgung außerklinisch beatmeter Patienten einzubinden,

# STELLUNGNAHME

sollte der §37c entsprechend angepasst werden. Der Begriff „Vertragsarzt“ sollte durch „in der Beatmungsmedizin besonders qualifizierten Facharzt“ ersetzt werden. Seite 4 | 8

Für Ärzte, die Patienten in die außerklinische Beatmungspflege verlegen oder sie dort betreuen, sind dabei über die pneumologische Facharztausbildung hinaus besondere Qualifikationen und Expertise in der Beatmungsmedizin und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten notwendig (siehe dazu Anlage 1).

Die DGP erkennt dabei an, dass auch Fachärzte anderer Disziplinen (z.B. Neurologie, Pädiatrie, Anästhesie) für diese Aufgaben in Frage kommen, wenn sie neben der besonderen Qualifikation und Expertise in der Beatmungsmedizin und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten auch über hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung der meist komplexen Begleiterkrankungen verfügen.

3. Ein möglicher Lösungsvorschlag wird in §132 i(2)2. angedeutet. Hier wird die Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus sowie mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern erwähnt. Wir schlagen vor, die Notwendigkeit der sektorübergreifenden Behandlung klarer festzulegen.

4. Die Betreuung beatmeter Patienten erfordert eine besondere Expertise, die über den Status einer Facharztweiterbildung hinausgeht. Hierzu sind Kriterien festzulegen, wie sie in einem Vorschlag in der *Anlage 1* beigefügt sind. Die DGP sieht die besten Voraussetzungen für die Betreuung bei Fachärzten für Pneumologie mit entsprechender Zusatzexpertise in Intensiv- und Beatmungsmedizin und Erfahrung im Weaning von der Langzeitbeatmung.

5. Auch für die Pflegedienste, ihre Leitungen und die am Patienten tätigen Pflegekräfte sind Mindestqualifikationen zu fordern. Neben der Grundqualifikation in Kranken- oder Kinderkrankenpflege sind zusätzliche Weiterbildungen in Beatmungspflege bei allen am Patienten arbeitenden Mitarbeitenden zu fordern. Eine genaue Spezifikation der Qualitäts-

# STELLUNGNAHME

anforderungen für die außerklinischen Beatmungspflegedienste und ihr Personal ist notwendig. Hier sind Forderungen an Ausbildung, Erfahrung und Zusatzweiterbildung notwendig. Dazu haben die DGP, die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB), der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und der AOK-Bundesverband (AOK-BV) im Jahre 2011 Durchführungsempfehlungen erstellt, die in der *Anlage 2* beigefügt sind.

Seite 5 | 8

6. Es müssen Klarstellungen zur Beatmungs- und Weaningsituation getroffen werden:

a. Patienten, die mit dem Ziel der Beendigung der Langzeitbeatmung in eine spezialisierte Klinik aufgenommen werden, bedürfen weiter der akuten intensivmedizinischen Therapie. Unter Überwachung werden die Patienten (invasiv oder nicht-invasiv) beatmet, Weaninghindernisse werden beseitigt, Spontanattempts durchgeführt und ausgeweitet, begleitende Maßnahmen (Physiotherapie, Logopädie u.a.) durchgeführt. Hier muss die Kodierung und Abrechnung im Rahmen der DKR 1001 (ggfls. ergänzt durch die bestehende OPS) erfolgen.

b. Patienten, bei denen nach Einschätzung des Spezialisten in den nächsten Wochen keine Beendigung der Beatmung möglich ist, weil ihr Ernährungsstatus, ihre neuromuskuläre oder psychische Situation der längerfristigen Verbesserung bedürfen: Für diese Patienten sollte über das im Entwurf vorgesehene KH-spezifische Zusatzentgelt (im Anschluss an den Akut-Beatmungs- und Weaningprozess nach DKR 1001) eine weitere Behandlung im Weaningzentrum zum Erreichen dieser Ziele ermöglicht werden (bis zu drei Monaten). So kann eine vorschnelle und dann oft dauerhafte außerklinische Beatmung einschließlich der Entlassung mit einem dauerhaften Tracheostoma vermieden werden. Alternative spezielle Rehabilitationseinrichtungen fehlen derzeit in ausreichendem Masse. Auch soll eine befristete (z.B. drei Monate) Fortsetzung der Behandlung beatmeter Patienten in den Weaningzentren (außerhalb der Intensivstation) ermöglicht werden, wie oben beschrieben. Diese Anschlussbehandlung sollte in spezialisierten und zertifizierten Kliniken erfolgen. Die DGP

# STELLUNGNAHME

hat klare Strukturvorgaben für Weaningzentren erarbeitet. Diese sind seit Jahren etabliert und wissenschaftlich evaluiert (siehe *Anlagen 3a* und *3b* und Kapitel 6 in *Anlage 4*). Seite 6 | 8

c. Patienten, bei denen nach Ermessen des Beatmungs- und Weaningspezialisten kein Potential zum Weaning der Langzeitbeatmung mehr gegeben ist, sollten in die außerklinische Beatmung entlassen werden. Eine Entlassung vor Erreichen dieses Zustandes mit dem Ziel des außerklinischen Weanings entspricht nicht den Regeln der Beatmungs- und Weaningmedizin (siehe Leitlinie Prolongiertes Weaning *Anlage 4*).

Die Formulierung §132 i(6)1. ist missverständlich. Hier wird festgelegt, dass die spezialisierten Fachärzte die „ärztliche Überwachung der Umsetzung der ... notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen“. Darunter könnte auch verstanden werden, dass die Entwöhnung von der Langzeitbeatmung ganz in den außerklinischen Bereich verlagert werden kann. Patienten sollten erst in den außerklinischen Bereich entlassen werden, wenn nach Einschätzung des spezialisierten Weaningzentrums auf absehbare Zeit kein weiteres Weaningpotential mehr besteht. Entlassungen mit dem Ziel des weiteren Weanings führen wieder zu einer verfrühten Entlassung ohne Ausschöpfung des Weaning-Potentials und widersprechen dem Ziel des Gesetzes. Dennoch gibt es einen Teil von Patienten, die sich nach längerer Zeit im außerklinischen Bereich stabilisieren (verbesserte Ernährung, verbessertes soziales Umfeld), so dass sich eine erneute Chance zur Entwöhnung auftut. Im außerklinischen Bereich gehört es zu den Aufgaben des spezialisierten Facharztes, dieses Potential zu erkennen und einen erneuten Entwöhnungsversuch im Weaningzentrum in die Wege zu leiten.

7. Auch für beatmete Patienten kann eine Rehabilitation sinnvoll sein. Derzeit können die Patienten jedoch nur selten in eine rehabilitative oder geriatrische Einrichtung verlegt werden, da dort Beatmungsexpertise, personelle und technische Möglichkeiten häufig nicht gegeben ist und deswegen die Patienten nicht akzeptiert werden. Aufgrund von Maßnah-

# STELLUNGNAHME

men zur Absonderung sind Rehabilitationen bei Patienten, die mit multiresistenten Keimen besiedelt sind, in der Regel nicht möglich. Auch sind nicht alle Patienten in einem Alter, bei dem eine geriatrische Betreuung sinnvoll ist.

Wie oben beschrieben (6.b.) kann anstelle von Rehabilitationen für viele langzeitbeatmete Patienten eine maximal dreimonatige Anschlussbehandlung im Weaningzentrum, jedoch außerhalb der Intensivstation, sinnvoll sein, um weitere Maßnahmen der Logopädie, Physiotherapie und, Atmungstherapie durchzuführen und so das längerfristige Weaningpotential auszuschöpfen. Dafür sollten die rechtlichen Bedingungen unabhängig von Rehabilitationskliniken oder geriatrischen Einrichtungen geschaffen werden.

Eine Stärkung der geriatrischen Rehabilitation per se ist nicht zielführend. Es muss um eine Stärkung der spezifischen Rehabilitationsmöglichkeiten beatmeter Patienten gehen. Diese kann in der Geriatrie stattfinden, wenn dort die fachlichen, technischen und räumlichen Möglichkeiten zur Betreuung beatmeter und/ oder tracheotomierter Personen gegeben sind. Daneben sind jedoch auch pneumologische Rehabilitationseinrichtungen (unter den gleichen Voraussetzungen) zu fördern. Neben geriatrischen Institutionen sollen daher auch spezielle Einrichtungen zur Rehabilitation beatmeter Patienten unter Leitung von Beatmungsspezialisten gefördert werden.

8. Der Gesetzentwurf führt zum faktischen Wegfall der außerklinischen 1:1-Versorgung für neu auf invasive Beatmung eingestellte erwachsene Patienten. Dies wird von Seiten der DGP sehr kritisch gesehen: denn bei zum Beispiel jüngeren, bisher in der Familie lebenden Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, wird diese Regelung der Situation nicht gerecht. Wir schlagen daher zur Präzisierung der Ausnahmefälle vor, die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten derjenigen Patienten zu ermöglichen, die trotz Beatmung in der Lage sind, ein aktives Leben selbstbestimmt (erhaltene Autonomie) zu gestalten, wie z.B. Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen oder beatmeten Patienten mit erhaltener Motorik.

# STELLUNGNAHME

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Seite 8 | 8

Prof. Dr. med. Michael Pfeifer  
Präsident der DGP  
info@pneumologie.de

Vom Vorstand der DGP genehmigt am: 3. September 2019