



## Positionspapier des Landesverbandes der Pneumologen zur Betreuung von Patienten mit einer Beatmungsbehandlung

### Ausgangslage/Problemstellung

Die Anzahl von Patienten mit einer außerklinischen invasiven (IV) und auch nichtinvasiven (NIV) Beatmungsbehandlung steigt stetig. Exakte Daten liegen dazu bisher leider nicht vor, in Berlin und Brandenburg ist von einer Größenordnung von 4000 bis 6000 Patienten auszugehen.

Aufgrund der stetigen medizintechnischen Entwicklung und einer immer großzügigeren Indikationsstellung, insbesondere bei der NIV, ist mit einer weiterhin rasch ansteigenden Zahl von Patienten zu rechnen. Aus medizinischer und ethischer Sicht ist das als ein Fortschritt anzusehen, denn insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität, weniger der bloßen Lebensverlängerung, steht im Fokus dieser Behandlungsverfahren.

Grundsätzlich richtet sich die Indikationsstellung, Einleitung und Kontrolle der Beatmungsbehandlung nach der gültigen S2-Leitlinien "Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (Windisch, Brambring et al. 2010) sowie den hierzu ergänzend herausgegebenen Durchführungsempfehlungen (Randerath, Kamps et al. 2011).

Begleitend zu dieser Entwicklung erkennen wir derzeit einen **"Wildwuchs" von Betreuungsstrukturen mit rasch ansteigenden Kosten und ungenügender Transparenz bezüglich Qualität und Effektivität**, insbesondere bei

- Beatmungspflegeeinrichtungen (Wohngemeinschaften, Pflegestationen)
- Ambulanten Beatmungspflegediensten
- ärztlicher Betreuung (fehlende Qualifikation, viele Hausärzte sind zumeist überfordert)
- Allianzen zwischen Industrie und Pflegediensten/Pflegeeinrichtungen ("Vermarktung" von schwerkranken beatmeten Patienten)

Essentielle Leistungen für die Indikationsstellung, insbesondere aber die Betreuung und Qualitätssicherung einer Beatmungsbehandlung, werden nicht oder nur unvollständig im aktuell gültigen EBM abgebildet:

**Blutgasanalysen im häuslichen Bereich, Beratung und Schulung** von Patientin und deren Angehörigen bei der Anwendung von Beatmungsbehandlungen (Maskenprobleme, Geräte-bedienung, Hygienemanagement), **Koordination haus- und fachärztlicher Leistungen, der Pflegeleistungen und der Hilfsmittelverordnungen.**

## Zielstellung

Organisation einer angemessenen Betreuungsstruktur für alle außerklinisch beatmeten Patienten (IV und NIV) im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen.

Verbesserung der Struktur-, Prozess- und auch Ergebnisqualität in der Beatmungsbehandlung einschließlich eines effektiven Schnittstellenmanagements zwischen der Beatmungsstation und dem ambulanten Setting (Überleitungsmanagement). **Gewährleistung eines kompetenten Case-Managements für jeden beatmeten Patienten unter Leitung qualifizierter Ärzte.**

## Aufgaben

### 1. Erfassung der aktuellen Versorgungssituation

- Zahl der derzeit beatmeten Patienten (IV und NIV)
- Ort der Betreuung (Wohngemeinschaft, Pflegeheim, häuslicher Bereich) betreuende "Leistungserbringer" (Pflegedienste, häusliche Krankenpflege, Ärzte, Technikfirmen)
- Leistungsumfang (Einzelleistungen, zeitlicher Leistungsumfang)
- Art und Inhalte der Verordnungen (Häusliche Krankenpflege, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel)

### 2. Defizite erkennen

- Unterversorgung (Fachpflege immer angemessen qualifiziert? Kompetente ärztliche Betreuung sichergestellt? Technischer Support organisiert?)
- Überversorgung (zumeist mit Hilfsmitteln für die Sicherstellung einer Beatmungs-Behandlung wegen Verordnung durch nicht qualifizierte Vertragsärzte)
- Überleitungsmanagement (Kommunikation zwischen Beatmungsstation, ambulant betreuenden Ärzten, Pflegediensten, Technikfirmen, Angehörigen)

### 3. Lösungsvorschläge

- bereits bestehende Strukturen weiter qualifizieren, Verbesserung der Kommunikation,
- Entwicklung von internen Standards und QM-Indikatoren
- Controlling (MdK? ÄK?, KV mit entspr. Fachkommissionen?)
- Ggf . neue Versorgungsstrukturen entwickeln und implementieren (Verträge nach §§ 73c, ggf. § 140 SGB V)

Orientieren müssen sich diese verbesserten Versorgungsstrukturen an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, zusammengefasst in den jeweils gültigen Leitlinien (s. o.).

Besonders dringender Handlungsbedarf besteht aus unserer ärztlichen Sicht bei der Implementierung einer angemessenen Strukturqualität.

Analog zu anderen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung geregelten Verfahrensweisen sollten die Verordnung und Nachverordnung von Leistungen im Zusammenhang mit einer außerklinischen Beatmung nur noch von **qualifizierten Ärzten** erfolgen dürfen.

Als qualifizierte Ärzte werden u. E. Anästhesisten, Pneumologen mit entsprechender Aus- und Weiterbildung und/oder mit ausreichenden Erfahrungen im Bereich der Beatmungsmedizin bzw. weitere Arztgruppen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und hinreichenden Erfahrungen mit der Beatmungsbehandlung angesehen. Diese Zugangsvoraussetzungen sind durch die jeweilige KV zu prüfen daraufhin entsprechende Genehmigungen (analog für Leistungen im Bereich der Schlafmedizin, Rehabilitation etc.) zur Verordnung/Abrechnung zu erteilen.

Insbesondere für folgende Leistungen sind die genannten Eingangsvoraussetzungen von besonderer Bedeutung:

- Verordnung und Nachverordnung von Beatmungsgeräten
- Verordnung von spezifischen Überwachungsmessungen (Blutgasanalyse etc.)
- Verordnung von Beatmungspflege
- Verordnung von technischem Zubehör/Verbrauchsmaterialien für die Sicherstellung der Beatmung

## **Einbindung qualifizierter Ärzte, hier speziell der Pneumologen, in bestehende bzw. neue Versorgungsstrukturen**

Die Pneumologen in Berlin und Brandenburg sehen sich zunehmend in der Lage, mehr Verantwortung für die bereits von ihnen in den Praxen betreuten Patienten mit einer Beatmungsbehandlung zu übernehmen. Schwerpunkt sind dabei Patienten mit einer schweren COPD (Stad. IV) und nichtinvasiver Beatmungsbehandlung im häuslichen Bereich. Für diese Patienten können Pneumologen das Case-Management organisieren, eine enge Kooperation mit Beatmungsstationen in Kliniken (Überleitungsmanagement), Hausärzten und ggf. Fachpflegediensten ist dafür erforderlich.

Notwendige zusätzliche (nicht im EBM abgebildete) Leistungen sind dafür allerdings erforderlich:

- Blutgasanalysen mit mobilen Geräten am Patientenbett (im häuslicher Bereich bzw. in der betreuende Einrichtung),
- Fachärztliche Hausbesuche und Hausbesuche durch eine ausgebildete Pneumologische Assistentin (PA/PFA) und/oder Atmungstherapeuten
- Schulungen (durch Arzt und/oder Assistentin) der Patienten, der Pflegemitarbeiter und der Angehörigen für die kontinuierliche Anwendung der Beatmungsbehandlung
- Regelmäßige Teambesprechungen mit der Beatmungsstation, den Hausärzten, den Assistentinnen und Pflegemitarbeitern.

Für diese zusätzlichen Leistungen ist eine vertragliche Vereinbarung mit den zuständigen Kostenträgern (Krankenkassen) erforderlich. Diese sollte entsprechend § 73c SGB V erarbeitet und abgeschlossen werden.

Synergistisch und für die Betreuungsqualität von großem Vorteil wäre eine Koppelung an den bereits vorgeschlagenen "Vertrag zur ambulanten Versorgung von Versicherten mit ausgeprägter COPD" auf der Grundlage von § 73a SGB V, der bisher mit der AOK NO und der KVBB lediglich beraten, aber nicht abgeschlossen wurde. Kritisch kranke Patientin mit schwerer COPD und bereits therapiebedürftiger respiratorischer (Partial-) Insuffizienz und ggf. erforderlicher Sauerstofflangzeittherapie könnten somit kontinuierlich auch in der Übergangsphase zur ventilatorischen Insuffizienz mit ggf. erforderlicher Beatmungsbehandlung "aus einer Hand" mit einem vollständigen Case-Management betreut werden.

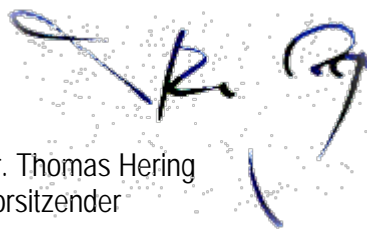
Über die Indikation COPD hinaus können ggf. Patienten mit anderen Grunderkrankungen (thorakorestriktive und neuromuskuläre Erkrankungen) und erforderlicher außerklinischer Beatmungsbehandlung von qualifizierten Pneumologen und/oder Beatmungsmedizinern medizinisch betreut werden. Eine weitergehende vertragliche Regelung wäre dann allerdings erforderlich. Problematisch ist u. E hier der Mangel an ausgebildeten Beatmungsmedizinern in Niederlassungen (Praxis, MVZ, "311er") im Land Brandenburg und auch Berlin. Eine Kooperation mit ausschließlich oder überwiegend stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen (Ermächtigungen?) ist dafür vorerst sicher erforderlich.

Bernau, d. 20.11.2014



Burkhard Timm-Labsch  
Stellvertretender Vorsitzender

Berlin 23.11.2014



Dr. Thomas Hering  
Vorsitzender

---

Randerath, W. J., N. Kamps, et al. (2011). "Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung." Pneumologie 65: 72-88.

Windisch, W., J. Brambring, et al. (2010). "S2-Leitlinie - Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz." Pneumologie 64(4): 207-240.