

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/15706 –**

Chancen und Voraussetzungen der Beatmungsentwöhnung

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (RE RISG) zielt u. a. darauf ab, ungenutzte Potentiale zur Entwöhnung beatmelter Personen zu erschließen. Diese Potentiale werden „nach Ansicht von Experten [...] bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft“ (ebd., S. 15). Dies verursache „sowohl hohe Kosten [...] als auch Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen“ (ebd., S. 16). Krankenhäuser sollen deshalb „vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus“ vornehmen; andernfalls „müssen (sie) künftig Abschlüsse hinnehmen“ (ebd., S. 3).

Nicht nur der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) bewertet diese Vorhaben positiv, sieht jedoch potentielle Schwierigkeiten bei der Umsetzung auf Grund unzureichender Voraussetzung bei den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten. Es herrsche „ein erheblicher Mangel an [...] Fachärzten [...], weshalb es regelhaft zu Verordnungen durch Hausärzte kommt.“ Es komme deshalb häufig zu unzureichenden ärztlichen Diagnosen und angemessener fachärztlicher Therapie. Zudem sind die bestehenden Weaningzentren (Weaning = Entwöhnung; Anmerkung der Fragesteller) nicht gleichmäßig in der Fläche verteilt, noch sei deren Anzahl ausreichend (bpa, 6. September 2019: Stellungnahme zum Referentenentwurf [...] zum [...] RISG: S. 3 f.).

Die „Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.“ (DGP) und der „Verband pneumologischer Kliniken“ (VpK) plädieren dafür, „die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt [...] derjenigen Patienten zu ermöglichen, die trotz Beatmung in der Lage sind, ein aktives Leben selbstbestimmt“ zu führen (DGP und VpK: Stellungnahme zum RISG vom 4. September 2019: S. 7). Kritisch sei zudem, dass der RE RISG die Verordnung von Beatmungspflege durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen vorsieht, jedoch „nur sehr wenige niedergelassene Beatmungsspezialisten“ (3) vorhanden sind, weshalb eine „sektorübergreifende Behandlung klarer festzulegen“ sei (4).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 19. Dezember 2019 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben. Für das Jahr 2018 verzeichnen die GKV-Statistiken ca. 19.100 Leistungsfälle in der ambulanten und ca. 3.400 Leistungsfälle in der stationären Intensivpflege und Leistungsausgaben in Höhe von rd. 1,9 Mrd. Euro.

Gleichzeitig liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e. V.) geht in einem Positionspapier zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften davon aus, dass die Verordnung einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege wegen eines Tracheostomas mit oder ohne Beatmung in vielen Fällen nicht notwendig ist, da keine Indikation für ein Tracheostoma bzw. eine invasive außerklinische Beatmung besteht (Pneumologie 2017; 71: 204-206). Nach Ansicht von Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte, innerhalb der Bundesregierung noch nicht abschließend abgestimmte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt daher besondere Anforderungen an die Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege. Ziel dieser Neuregelung ist es, die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen, eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Darüber hinaus soll gewährleistet werden, dass Potenziale der Beatmungsentwöhnung im stationären Sektor ausgeschöpft werden. Die hohe Zahl von aus dem Krankenhaus als Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten entlassenen Patientinnen und Patienten ist kritisch zu bewerten. Dafür werden insbesondere Fehlanreize und Versorgungslücken im Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung als Gründe genannt. Soweit keine qualifizierte Entwöhnung erfolgt oder diese während der ursprünglichen Indikation für stationäre Behandlung erfolglos bleibt, besteht das Risiko, dass die Patientinnen oder Patienten unnötig dauerhaft Beatmungspatientinnen bzw. Beatmungspatienten bleiben, was sowohl Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen als auch hohe Kosten für die Versichertengemeinschaft bedeutet.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung soll deshalb gestärkt werden. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausespezifischer Zusatzentgelte verbessert. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer voreiligen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege soll künftig einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bedürfen. Ihnen gleichgestellt und mit umfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre.

1. Welche Krankheiten sind nach Kenntnis der Bundesregierung als die eigene Atmungsfähigkeit zunehmend einschränkend anerkannt, und welche davon sind bislang nicht heilbar?
2. Welche Arten von Verletzungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung auf Basis des gegenwärtigen Standes der Medizin als die eigene Atmungsfähigkeit unheilbar einschränkend anerkannt, und wie viele Fälle gab es jeweils in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik Deutschland?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund Ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen (z. B. infektiöse und nicht-infektiöse Erkrankungen; pulmonale, kardiale und neurologische Erkrankungen; Tumore; Unfälle; Vergiftungen und Medikamentenüberdosierungen, z. B. durch Opiate), die zu einer akuten oder chronischen Einschränkung der Atmungsfähigkeit (akute oder chronische respiratorische Insuffizienz) führen können. Im Hinblick auf die vielfältigen Ursachen für eine respiratorische Insuffizienz wird auf die einschlägige medizinische Fachliteratur verwiesen.

Die Diagnostik und die Behandlung einer respiratorischen Insuffizienz sind von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen und gemäß dem anerkannten Stand des medizinischen Wissens durchzuführen. Ein Verfahren der „Anerkennung“ von Krankheiten oder Verletzungen, welche die Atmungsfähigkeit zunehmend oder unheilbar einschränken, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Entscheidend ist die für jeden Einzelfall individuell zu treffende ärztliche Diagnostik einer eingeschränkten Atmungsfähigkeit.

3. Wie viele Erkrankungsfälle, die die eigene Atmungsfähigkeit beeinträchtigen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Diagnosen aufschlüsseln)?

Zahlen zu Erkrankungsfällen, bei denen die eigene Atmungsfähigkeit beeinträchtigt ist, können mit den derzeit in Deutschland vorhandenen Daten nicht präzise angegeben werden.

4. Welche fünf häufigsten Beatmungsformen bzw. Beatmungstechniken kommen nach Kenntnis der Bundesregierung bei Personen mit Beatmungsbedarf zum Einsatz (bitte nach ambulanter und stationärer Versorgung unterscheiden)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

5. Wie vielen Personen wurde in den letzten zehn Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung Beatmung verordnet, und bei wie vielen davon geschah dies nach Kenntnis der Bundesregierung auf unbegrenzte Zeit?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

6. Wie vielen außerklinisch beatmeten Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung eine dauerhafte invasive Beatmung und wie vielen eine intermittierende nichtinvasive Beatmung verordnet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

7. Wie verteilen sich diese beiden Beatmungsformen nach Kenntnis der Bundesregierung auf die häufigsten Erkrankungen bei Personen mit außerklinischer Beatmung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

8. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren im Krankenhaus für die Zeit der Anschlussbehandlung außerhalb des Krankenhauses Beatmung, und wie vielen davon wurde Intensivpflege verordnet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

9. Für wie viele aller mit Beatmungsbedarf Entlassenen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Behandlungspläne zur Entwöhnung erstellt, und wie viele dieser Behandlungspläne wurden von spezialisierten Fachärztinnen oder Fachärzten und wie viele von Hausärztinnen oder Hausärzten erstellt?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

10. Wie viele Personen, die in den letzten zehn Jahren im Krankenhaus beatmet wurden, wurden nach Kenntnis der Bundesregierung anschließend in einem Weaningzentrum weiterbehandelt, und wie vielen wurde eine solche Behandlung verordnet, jedoch nicht durchgeführt, weil kein Platz verfügbar war?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren außerhalb des Krankenhauses Beatmung und wie vielen Beatmungspflege verordnet (bitte aufschlüsseln nach stationären Einrichtungen der Altenpflege, stationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung, stationären Wohnformen, ambulanter Versorgung)?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vor.

12. Wie viele dieser Verordnungen erfolgten nach Kenntnis der Bundesregierung durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte, und bei wie vielen davon wurden Maßnahmen zur Entwöhnung verordnet?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Verordnungsdaten vor.

13. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung die Behandlung in einem Weaningzentrum oder in Kooperation mit einem solchen verordnet oder empfohlen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

14. Welche Lücken in den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten für Personen mit Beatmungsbedarf einschließlich der Feststellung und Realisierung des Potentials zur Beatmungsentwöhnung sieht die Bundesregierung
 - a) generell,
 - b) speziell beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung,
 - c) im außerklinisch intensivmedizinischen Bereich?

Wie können diese Lücken bei den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten geschlossen werden?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen. Der Bundesregierung liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e. V.) geht in einem Positionspapier zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften davon aus, dass die Verordnung einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege wegen eines Tracheostomas mit oder ohne Beatmung in vielen Fällen nicht notwendig ist, da keine Indikation für ein Tracheostoma bzw. eine invasive außerklinische Beatmung besteht (Pneumologie 2017; 71: 204-206). Nach Ansicht von Expertinnen und Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung soll deshalb gestärkt werden. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte verbessert. Abschlüsse für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer voreiligen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege soll künftig einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Ärzte bedürfen. Vor jeder Verordnung ist zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht; dies sowie die hierfür erforderlichen Maßnahmen sollen künftig mit der Verordnung dokumentiert werden.

15. Welche fachärztlichen Spezialisierungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung besonders geeignet für die Behandlung von Beatmungsbedarf und entsprechende Verordnungen?

Die Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin ist in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geregelt. Für deren Verbindlichkeit ist die Umsetzung durch die jeweilige Landesärztekammer erforderlich. Die ärztliche Weiterbildung hat das Ziel, festgelegte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu erwerben, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Aus Sicht der Bundesregierung sind daher solche fachärztlichen Spezialisierungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beatmungsbedarf geeignet, in deren Weiterbildung die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beatmungsbedarf erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben wurden.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung benennt insoweit beispielhaft folgende Facharzttrichtungen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

16. Wie viele Beatmungsspezialistinnen und Beatmungsspezialisten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung entsprechend der Frage 15 derzeit in Deutschland?

Wie viele davon sind Vertragsärzte bzw. Vertragsärztinnen, und wie viele sind in Kliniken angestellt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Zu den in der Antwort zu Frage 15 genannten Facharzttrichtungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für den vertragsärztlichen Bereich die in der Anlage beigefügte Übersicht zur Verfügung gestellt. Daraus ergibt sich – nach Ländern und Facharzttrichtungen aufgeschlüsselt – die Anzahl der jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte und der Ermächtigten.

Im stationären Tätigkeitsbereich waren nach Daten der Bundesärztekammer im Jahr 2018 insgesamt 575 Ärztinnen und Ärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, 176 Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung in Kinder-Pneumologie, 8.328 Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 18.801 Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Anästhesiologie sowie 5.028 Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Neurologie registriert. Eine Aufschlüsselung nach Ländern kann nachstehender Tabelle entnommen werden.

	Pneumologie	Kinder-Pneumologie	Intensivmedizin	Anästhesiologie	Neurologie
Deutschland	575	176	8328	18801	5028
Baden-Württemberg	81	34	1041	2195	610
Bayern	148	4	928	2896	788
Berlin	32	12	406	924	256
Brandenburg	28	6	196	503	173

	Pneumologie	Kinder- Pneumologie	Intensivmedizin	Anästhesiologie	Neurologie
Bremen	3	1	105	240	30
Hamburg	26	7	339	641	154
Hessen	37	17	536	1237	379
Mecklenburg- Vorpommern	19	2	125	403	97
Niedersachsen	51		185	1662	393
Nordrhein-Westfalen	47	61	2728	4371	1202
Rheinland-Pfalz	20	8	522	916	176
Saarland	2	4	134	242	107
Sachsen	33	1	419	968	238
Sachsen-Anhalt	10		207	503	112
Schleswig-Holstein	27	14	268	584	186
Thüringen	11	5	189	516	127

17. Wie viele Hausärztinnen und Hausärzte verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung über die Kompetenz, das Beatmungsentwöhnungspotential einschätzen und entsprechende Pläne erstellen zu können?

Welche Qualifizierungsstandards gelten, und welche Fortbildungsangebote für Hausärztinnen und Hausärzte zielen auf den Erwerb dieser Kompetenz?

Die KBV hat hierzu mitgeteilt, dass nach den Zahlen des Bundesarztregisters (Stand 31. Dezember 2018) 147 Hausärztinnen und Hausärzte und 52 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte (einschließlich Ermächtigter) die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin führen. Die KBV geht davon aus, dass einzelne Hausärztinnen und Hausärzte durch jahrelange Betreuung einzelner Einrichtungen entsprechende Kenntnisse erworben haben, die ein vergleichbares Qualifikationsniveau mit sich bringen wie die formalen Weiterbildungen. Darüber, wie hoch die Anzahl dieser Hausärztinnen und Hausärzte ist, und über die Fortbildungsangebote liegen keine belastbaren Erkenntnisse vor.

18. Wie viele Fortbildungsangebote gab es jeweils in den letzten zehn Jahren, und wie viele Hausärztinnen und Hausärzte haben daran jedes Jahr teilgenommen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Die Befugnis zur Regelung der Weiter- und Fortbildung obliegt nach Artikel 70 Absatz 1 GG den Ländern, die dieses Recht auf die jeweiligen Landesärztekammern übertragen haben.

19. Welche Leitlinien mit welchem jeweiligen Status zum Thema Beatmung und Entwöhnung von Beatmung und welche Leitlinien oder Hinweise zu den entsprechenden Kodierungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell, und welche werden derzeit überarbeitet?

Welchen Ergänzungs- oder Änderungsbedarf zu welchen Aspekten sieht die Bundesregierung ggf.?

Zu akuter und chronischer respiratorischer Insuffizienz und invasiver und nichtinvasiver Beatmung sind folgende Leitlinien bekannt:

- S3-Leitlinie „Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-021.html,
- S3-Leitlinie „Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-004.html,
- S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-008.html.

Zur Entwöhnung sind folgende Leitlinien bekannt:

- S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-015.html,
- S2k-Leitlinie „Besonderheiten des prolongierten Weanings bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-002.html.

Üblicherweise enthalten die Leitlinien keine Hinweise auf die zugehörige Kodierung. Über einen Zeitpunkt zur Überarbeitung dieser Leitlinien liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Es liegt in der Verantwortung der jeweiligen Fachgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Aktualisierungs-, Ergänzungs- oder Änderungsbedarf festzustellen.

20. Bei wie vielen Personen mit Beatmungsbedarf wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten Jahren erfolgreich die Beatmung auf unbefristete Zeit beendet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

21. Wie viele Weaningzentren gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell (bitte nach Trägerschaft, nach Bundesländern und Anzahl der Plätze aufschlüsseln)?

Wie hat sich die Anzahl der Plätze der einzelnen Weaningzentren und wie der jeweilige Auslastungsgrad in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Nach welchen verbindlichen Regelungen werden Weaningzentren zertifiziert?

Der Begriff „Weaningzentrum“ ist in Deutschland kein organisatorisch bzw. krankenhaus(-planungs-)rechtlich definierter Begriff. So existieren Weaningzentren als eigenständige Stationen in Krankenhäusern, teilweise sind sie aber auch als Weaningeinheiten in intensivmedizinischen Stationen/Abteilungen integriert. Vor diesem Hintergrund ist der Bundesregierung eine vollständige Bestimmung der Anzahl derjenigen stationären Einheiten, die Beatmungsentwöhnung anbieten, nicht möglich. Es bestehen jedoch vonseiten der mit Intensiv-/Beatmungspflege befassten medizinischen Fachgesellschaften verschiedene Zertifizierungsverfahren für Kliniken.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e. V. hat 2009 das WeanNet, ein Netzwerk pneumologisch geführter Weaningzentren gegründet. Ziel des WeanNets ist es, für die Beatmungsmedizin einheitliche Qualitätsstandards zu etablieren und entsprechende Weaningzentren zu zertifizieren. Es gibt aktuell (Stand: Dezember 2019) insgesamt 48 durch die DGP zertifizierte Weaningzentren in Deutschland. Die Verteilung der Weaningzentren auf die einzelnen Bundesländer ergibt sich aus der folgenden Übersicht:

Bundesland	Anzahl zertifizierter Weaningzentren
Baden-Württemberg	7
Bayern	5
Berlin	3
Hamburg	1
Hessen	6
Mecklenburg-Vorpommern	1
Nordrhein-Westfalen	16
Niedersachsen	2
Rheinland-Pfalz	1
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	2
Schleswig-Holstein	1
Thüringen	1

Die 48 zertifizierten Weaningzentren befinden sich überwiegend in privater (28) sowie zu geringeren Anteilen in öffentlich-rechtlicher (elf) bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft (neun). Über die Anzahl verfügbarer Weaningplätze/-betten innerhalb der einzelnen Zentren, deren Auslastungsgrad sowie die Entwicklung der Bettenzahlen in den Weaningzentren liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Für etwaige Erhebungen sind die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit für die stationäre Versorgung zuständig.

Eine Zertifizierung als Weaningzentrum durch das WeanNet kann erfolgen, sofern das Zentrum eine Spezialisierung auf die Entwöhnung von mechanischer Beatmung vorweist. Die Zertifizierung erfolgt anhand eines strukturierten Zertifizierungsverfahrens, im Rahmen dessen verschiedene Kriterien, insbesondere die Struktur- und Prozess- sowie zu Teilen auch die Ergebnisqualität, erfasst werden. Weaningzentren müssen sich, um eine Zertifizierung zu erhalten, zudem verpflichtend in das Weaning-Register eintragen lassen und müssen eine jährliche Mindestzahl von Patientinnen und Patienten im prolongierten Weaning versorgen. Die Zertifizierung der DGP erfolgt für drei Jahre durch eine Zertifizierungskommission, bestehend aus Mitgliedern des WeanNets sowie des Vorstands der DGP.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) vergibt darüber hinaus das Zertifikat „Entwöhnung von der Beatmung“ an Fachabteilungen mit Intensivstationen unter anästhesiologischer Leitung, sofern diese bestimmte personelle sowie fachliche Voraussetzungen erfüllen. Die Möglichkeit der Re-Zertifizierung besteht ebenfalls im Turnus von drei Jahren. Über die Anzahl und Verteilung der durch die DGAI entsprechend zertifizierten Kliniken liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

22. Wie viele Personen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren in den einzelnen Weaningzentren behandelt?

Wie viele davon konnten unbefristet von der Beatmung entwöhnt werden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine statistische Daten vor.

23. Wie erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung die Erhebung des Bedarfs für außerklinische Beatmungsentwöhnung im ambulanten und wie im stationären Bereich, und welche Forschungsvorhaben hat die Bundesregierung dafür in Auftrag gegeben oder in Planung?

Die beabsichtigte Neuregelung eines § 37c SGB V im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die beatmeten oder tracheotomierten Versicherten außerklinische Intensivpflege verordnen, vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (De-kanülierung) besteht. Von dieser Regelung mitumfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 SGB V berechtigten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre. Um sicherzustellen, dass auch tatsächlich genügend Ärztinnen und Ärzte für die Erhebung des Entwöhnungspotenzials zur Verfügung stehen, sieht der Gesetzentwurf auch vor, dass dies auch durch eine bzw. einen anderen als den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin erfolgen kann, wenn dieser diesbezüglich besondere Kenntnisse hat. Damit wird auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt, das Entwöhnungspotenzial zu erheben.

Der konkrete Bedarf einer stationär behandelten Patientin bzw. eines stationär behandelten Patienten für außerklinische Beatmungsentwöhnung wird durch das behandelnde Krankenhaus festgestellt. Dieses hat darüber zu befinden, ob Entwöhnungspotenzial besteht, das in der behandelnden Klinik oder in einer für Beatmungsentwöhnung spezialisierten Weaningeinrichtung realisiert werden soll, oder ob eine Entlassung in die außerklinische Intensivpflege angezeigt ist. Die im Rahmen des o. g. Gesetzentwurfs geplante Neuregelung des § 39 SGB V sieht mit dem Ziel, bestehendes Entwöhnungspotenzial von Patientinnen und Patienten zielgenauer und schneller zu identifizieren, vor, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten durchzuführende qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus gehört. Dadurch wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. Das Krankenhaus hat den erforderlichen Sachverstand durch eigene Ärzte oder über externen ärztlichen Sachverstand sicherzustellen.

Forschungsvorhaben in Bezug auf die Erhebung des Bedarfs für außerklinische Beatmungsentwöhnung im ambulanten bzw. im stationären Bereich wurden seitens der Bundesregierung hierzu nicht in Auftrag gegeben und sind derzeit nicht in Planung.

24. Wie schätzt die Bundesregierung das Angebot bzw. die derzeitigen Versorgungskapazitäten der vorhandenen Weaningzentren im Verhältnis zum Versorgungsbedarf ein?

Es ist Aufgabe der Länder, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung dafür Sorge zu tragen, den Versorgungsbedarf an Beatmungsentwöhnung krankenhauserplanerisch zu berücksichtigen. Festzustellen

ist, dass derzeit eine hohe Zahl an Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in die außerklinische Intensivpflege entlassen wird, obwohl sie das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung aufweisen. Diese Potenziale werden derzeit noch nicht in hinreichendem Maße in den Kliniken bzw. Weaningzentren genutzt. Vor diesem Hintergrund ist ein Ziel des o. g. Gesetzentwurfs, ungenutzte Potentiale zur Entwöhnung beatmeter Personen stärker zu erschließen. Soweit sich daraus perspektivisch das Erfordernis erhöhter Versorgungskapazitäten ergibt, fällt dies in die Zuständigkeit der Länder.

25. Welchen Bedarf sieht die Bundesregierung, um bei der Behandlung von beatmungsbedürftigen Personen Standards für die fachwissenschaftliche Ausbildung sowie für eine sektorengrenzenauflösende Versorgung klarer festzulegen angesichts der Einschätzung, es gäbe „nur sehr wenige niedergelassene Beatmungsspezialisten“ (s. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung sollen grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt werden, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind (vgl. § 1 Absatz 1 Satz 2 der Approbationsordnung für Ärzte). Dies umfasst auch die grundlegenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich der Beatmung des Patienten oder der Patientin als Bestandteil der zu lehrenden Fächer. Dementsprechend ist im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der ein Kerncurriculum enthält, an dem sich die Hochschulen bei der Ausgestaltung des Medizinstudiums orientieren können, das Thema „Beatmung“ an verschiedenen Stellen verankert. Der NKLM sieht z. B. vor, dass die studierenden Personen während des Studiums neben Kompetenzen hinsichtlich der Prinzipien der Atemtechnik (Ziffer 12.14.2.5 des NKLM) auch in Bezug auf die postoperative Nachbeatmung (Ziffer 16.3.1.2 des NKLM) erwerben. Die weitergehende vertiefte Vermittlung entsprechender Kenntnisse, Kompetenzen und Fähigkeiten kann dabei nur Gegenstand einer sich anschließenden Weiterbildung sein, für deren Ausgestaltung die Länder zuständig sind.

Über die im o. g. Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung des zur Erhebung und Feststellung des Entwöhnungspotenzials berechtigten Personenkreises (s. Antwort zu Frage 23) hinaus sieht die Bundesregierung derzeit keinen Handlungsbedarf.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ausgewählter Fachrichtungen und Zusatzbezeichnungen; Zählung nach Personen

Bundesland	Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie*		Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie**		Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie		Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie		Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin		Alle Facharztgruppen/ Zusatzbezeichnungen***							
	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Ermächtigte	Gesamt			
Schleswig-Holstein	45	5	50	22	5	27	129	16	145	100	12	112	35	10	45	321	41	362
Hamburg	42	3	45	15	4	19	112	5	117	100	0	100	18	0	18	273	12	285
Niedersachsen	107	32	139	35	15	50	280	69	349	259	48	307	59	17	76	719	173	892
Bremen	15	2	17	3	1	4	44	6	50	29	4	33	5	1	6	96	14	110
Nordrhein-Westfalen	255	54	309	76	30	106	715	139	854	606	95	701	159	107	266	1.746	366	2.112
Hessen	85	16	101	14	8	22	292	22	314	212	23	235	43	9	52	621	74	695
Rheinland-Pfalz	42	14	56	13	6	19	156	13	169	125	19	144	27	11	38	351	59	410
Baden-Württemberg	138	38	176	69	18	87	414	130	544	339	58	397	72	45	117	1.000	263	1.263
Bayern	199	24	223	41	13	54	702	67	769	432	49	481	61	17	78	1.404	158	1.562
Saarland	14	4	18	2	3	5	45	3	48	54	2	56	6	3	9	118	14	132
Berlin	83	3	86	29	0	29	167	0	167	158	4	162	21	1	22	450	7	457
Brandenburg	54	7	61	16	4	20	57	8	65	50	15	65	13	2	15	185	34	219
Mecklenburg-Vorpommern	23	5	28	1	4	5	49	8	57	33	12	45	8	3	11	110	30	140
Sachsen	62	13	75	12	6	18	147	18	165	125	20	145	20	8	28	362	60	422
Sachsen-Anhalt	34	10	44	7	0	7	77	7	84	54	10	64	17	4	21	181	30	211
Thüringen	30	6	36	6	1	7	73	17	90	50	12	62	9	3	12	163	37	200
Gesamt	1.228	236	1.464	361	118	479	3.459	528	3.987	2.726	383	3.109	573	241	814	8.100	1.372	9.472

Hinweise:

*Ohne hausärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte

**Die fachlichen Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendpneumologie werden weiterbildungsrechtlich sowohl über Zusatzbezeichnungen als auch über Schwerpunkte abgebildet. Dargestellt sind alle Ärzte, die mindestens eine der beiden Qualifikationsarten besitzen. Einschließlich Schwerpunkt Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde.

***Ärzte können mehr als einer der einzelnen dargestellten Gruppen von Fachärztinnen/Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung angehören.

Die Gesamtkategorie "Alle Facharztgruppen/Zusatzbezeichnung" umfasst alle Ärzte mit mindestens einer der ausgewählten Facharztbezeichnungen/Zusatzbezeichnungen.

Quelle: KBV, Daten des Bundesarztsregisters (Stand: 31.12.2018)