

# Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und des Verbandes Pneumologischer Kliniken (VPK) zur Rolle der Pneumologie in der gestuften Notfallversorgung

## Statement of the German Respiratory Society (DGP) and the Association of Pneumological Clinics (VPK) on the Role of Pneumology in Tiered Emergency Care

### Autoren

W. J. Randerath<sup>1</sup>, M. Hetzel<sup>2</sup>, M. Pfeifer<sup>3</sup>, T. Voshaar<sup>4</sup>, K. Rabe<sup>5</sup>

### Institute

- 1 Krankenhaus Bethanien, Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Institut für Pneumologie an der Universität zu Köln, Solingen
- 2 Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH, Stuttgart
- 3 Klinik Donaustauf, Zentrum für Pneumologie, Donaustauf, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Universitätsklinikum Regensburg
- 4 Stiftung Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen, Moers
- 5 LungenClinic Grosshansdorf, Großhansdorf

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0775-3517> |  
Pneumologie 2018; 72: 817–819  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0934-8387

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Winfried Randerath, Krankenhaus Bethanien, Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Institut für Pneumologie an der Universität zu Köln, Aufderhöher Straße 169–175, 42699 Solingen  
[randerath@klinik-bethanien.de](mailto:randerath@klinik-bethanien.de)

Am 19.04.2018 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Regelungen zu gestuften Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Der Beschluss wurde am 18.05.2018 vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger veröffentlicht. Ziel der Regelungen ist es, gestaffelte Zu- oder Abschläge je nach Vorhaltung struktureller Voraussetzung der Notfallversorgung festzulegen. So sollen den Häusern, die besonders hohe Aufwendungen haben, bessere finanzielle Ausgleiche ermöglicht werden.

Die Prävalenz, Morbidität und Mortalität pneumologischer Krankheitsbilder wurde bei der Neuregelung ebenso unzureichend gewürdigt wie die Akuität zahlreicher bronchopulmonaler Erkrankungen und die Entwicklungen in der Notfallversorgung dieser Erkrankungen. Daher wird eine Überarbeitung der publizierten Fassung zur gestuften Notfallversorgung ange-regt.

Nach WHO-Daten gehören die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), Pneumonien, Lungenkrebs und Tuberkulose zu den 10 häufigsten Todesursachen [1–3]. Die Prävalenz von COPD und Asthma ist ansteigend [4]. Patienten mit Lungenkrebs stellen sich ebenfalls mit Dyspnoe infolge einer Tumorprogredienz, Pneumonien, akuten Exazerbationen ihrer

COPD (häufig mit Lungenkrebs assoziiert) sowie mit Lungenblutungen und pulmonalen Nebenwirkungen der Tumorthera-pie vor. Im Jahr 2015 wurden ambulant erworbene Pneumonien mit einer Inzidenz von 363/100 000 Einwohner gemeldet (IQTIG Qualitätsreport 2016 (<https://iqtig.org/qs-berichte/qualitaets-report/>)). Die Sterblichkeit der ambulant erworbenen Pneumonie ist mit 13% hoch, ebenso die Hospitalsterblichkeit der akut exazerbierten COPD mit 5% [5,6]. Mit der Neuregelung der Notfallversorgung bleibt eine Chance ungenutzt, die derzeit unbefriedigende Versorgung von Patienten mit akutem respira-torischem Versagen zu verbessern.

Die tatsächliche Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch Patienten mit akuten pneumologischen Krankheitsbil-dern wird in der Neuregelung nicht adäquat berücksichtigt. Die Zahl der Patienten mit akutem respiratorischem Versagen insbesondere infolge einer akuten Exazerbation bei COPD, Status asthmaticus, ambulant erworbener Pneumonie, Lungenem-bolie und Pneumothorax übersteigt die Zahl z. B. der gastroen-terologischen und auch der kardiologischen Patienten [7–11]. Dyspnoe ist im Bereich der Inneren Medizin einer der häufigs-ten Gründe für eine Notfallvorstellung. Ursachen für die Dyspnoe sind in der Mehrzahl der Fälle Erkrankungen des Lungen-

und Bronchialsystems [12]. Dies macht spezifische ärztliche und pflegerische Kenntnisse und Fähigkeiten auf pneumologischem Gebiet sowie apparative Ausstattungen zur Diagnostik sowie zur unmittelbaren Therapie, insbesondere des hypoxischen und hyperkapnischen Atmungsversagens, notwendig.

Für die Versorgung von Patienten mit bronchopulmonalen Erkrankungen wird die Neuregelung den realen versorgungsrelevanten Anforderungen nicht gerecht und berücksichtigt unter anderem auch die epidemiologische, an die Demografie gekoppelte Entwicklung unzureichend ([http://www.who.int/respiratory/publications/global\\_surveillance/en/](http://www.who.int/respiratory/publications/global_surveillance/en/)).

Die Neuregelung unterteilt die Fachabteilungen in die Kategorien A und B. Trotz der hohen Notfallrelevanz pneumologischer Erkrankungen wird jedoch die Pneumologie in die Kategorie B eingeordnet. Dies bedeutet, dass sie nicht zwingend in Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung vorgehalten werden muss. Die Einteilung erscheint willkürlich und basiert nicht auf verfügbaren Daten zur Prävalenz und tatsächlicher Inanspruchnahme von Notfalleistungen.

Pneumologische Fachkrankenhäuser sind aus historischen Gründen häufig alleinstehende Institutionen zur umfassenden und kontinuierlichen Versorgung von Patienten mit Erkrankungen von Lunge und Atmungsorganen. Sie stellen dabei nicht nur die elektive Versorgung chronisch Erkrankter, sondern auch die Akut-, Notfall- und intensivmedizinische Versorgung über 24 Stunden an jedem Tag des Jahres sicher. Dazu ist eine besondere Expertise notwendig, die auch durch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern dokumentiert wird. Die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern definiert 3 Versorgungsebenen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) und umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Bereits die Basisnotfallversorgung erfordert jedoch 2 Fachabteilungen (Innere Medizin und Chirurgie). Diese Voraussetzungen können von pneumologischen Fachkliniken häufig nicht erbracht werden, obwohl sie oft über große Intensivstationen verfügen, zertifizierte Zentren zur Entwöhnung (Weaning) von der Langzeitbeatmung sind und seit Jahren in der Notfallversorgung der jeweiligen Städte oder Landkreise eingebunden sind. Zwar sind sie weiterhin zur Versorgung von Notfallpatienten verpflichtet, sollen jedoch Abzüge vom Krankenhausbudget erhalten. Dies kann zu erheblichen Problemen in der spezifischen Versorgung führen.

Die pneumologischen Fachkliniken sind weder (wie Pädiatrie oder Psychiatrie) in der GBA-Regelung als Fachkliniken ausgewiesen, noch wird die Versorgung pneumologischer Notfälle als spezielle Notfallversorgung benannt, wie etwa Schwerverletztenversorgung, die Versorgung von Schlaganfällen (Stroke Unit) oder Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit, CPU).

Allerdings bietet §26 Absatz 2 Ziffer 3 Krankenhäusern die Möglichkeit an der Notfallversorgung teilzunehmen, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die nach Festlegung der Landeskrankenhauplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforder-

lich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen. Nach §26 Absatz 1 nehmen Krankenhäuser der Spezialversorgung an der strukturierten Notfallversorgung ohne Abschlüsse teil. Sie erwerben keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnehmer der strukturierten Notfallversorgung.

DGP und VPK halten diese Voraussetzungen bei pneumologischen Fachkliniken für gegeben. Voraussetzungen sind aus Sicht der DGP und des VPK dabei folgende Strukturmerkmale:

1. Ein pneumologischer Facharzt steht 24 Stunden täglich in Bereitschaft zur Verfügung.
2. Das Krankenhaus verfügt über eine Intensivstation, die
  - a) durch einen Facharzt für Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet wird oder beide Facharztqualifikationen/Zusatzbezeichnungen bei verschiedenen Ärzten vorhält, und
  - b) über die technischen Voraussetzungen des Monitorings und der Therapie von Patienten mit respiratorischem Versagen und Schocksyndromen verfügt. Personelle und strukturelle Voraussetzungen der Intensivstation wurden durch die DGP im Rahmen der Zertifizierung von Weaningzentren (WeanNet) publiziert. Die Beschreibung kann zur Definition der Strukturvoraussetzungen der Intensivstation herangezogen werden ([https://pneumologie.de/fileadmin/user\\_upload/Erhebungsbogen\\_zur\\_Zertifizierung\\_Weaning-Zentren\\_Version\\_06.pdf](https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Erhebungsbogen_zur_Zertifizierung_Weaning-Zentren_Version_06.pdf)).
3. Das Krankenhaus verfügt über eine räumlich definierte, zentrale Notfallaufnahme mit den ärztlichen, pflegerischen und technischen Möglichkeiten der unmittelbaren Versorgung in akuten, vitalbedrohlichen Situationen. Insbesondere müssen alle Voraussetzungen zur unmittelbaren Einleitung einer Beatmung, invasiv wie nicht invasiv vorhanden sein. Des Weiteren gehören dazu ein Ultraschallgerät für die Thoraxsonografie und die Echokardiografie sowie die Möglichkeit einer zeitnahen Bestimmung von Laborparametern, insbesondere zur Differenzialdiagnose von Dyspnoe und Thoraxschmerz.
4. Das Krankenhaus hält eine Notfallendoskopie, insbesondere zur Blutstillung und Fremdkörperentfernung, an 7 Tagen der Woche über 24 h vor.
5. Das Krankenhaus verfügt über vertraglich gesicherte Kooperationen mit anderen Häusern oder Abteilungen, die eine Weiterversorgung bei nicht pneumologischen Notfällen ermöglichen.

Darüber hinaus arbeiten VPK und DGP an der Etablierung von Respiratory Failure Units (RFU) in Analogie zu Stroke Units und Chest Pain Units. Erste Modellprojekte sind bereits im Aufbau. Die RFU hat zum Ziel:

1. Eine unmittelbare, umfassende und spezifische Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen pneumologischen Notsituationen, insbesondere dem hypoxischen und hyperkapnischen Atmungsversagen, sicherzustellen.
2. Die Lücke zwischen Notaufnahme und Intensivstation zu schließen. So kann einerseits die Entwicklung in den ersten Stunden der Behandlung engmaschig beobachtet und so

eine unzureichende Verbesserung mit der Notwendigkeit der Intensivierung der Therapie (Intensivstation) erfasst, andererseits bei Ansprechen auf die Therapie Intensivaufenthalte vermieden werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Verband pneumologischer Kliniken regen eine rasche Überarbeitung der publizierten Fassung zur gestuften Notfallversorgung an. Die Pneumologie sollte unter Berücksichtigung von Morbidität, Mortalität, epidemiologischer Entwicklung und insbesondere auch Akuität und etablierter Notfalltherapien neben den internistischen Fachbereichen Kardiologie und Gastroenterologie in der Kategorie A aufgeführt werden. Die Bedeutung der pneumologischen Fachkliniken im Rahmen der Neuregelung zur gestuften Notfallversorgung sollte neu definiert werden und den bereits aktuell geleisteten Beitrag in der hochspezialisierten Notfallversorgung berücksichtigen. Insbesondere sollten pneumologische Fachkliniken als Krankenhäuser der Spezialversorgung, die an der strukturierten Notfallversorgung ohne Zu- oder Abschläge teilnehmen, anerkannt werden, wenn sie die oben genannten Kriterien erfüllen. Die Sonderregelung, die sich aus dem Vorhalten einer Chest Pain Unit (CPU) ergibt, sollte auch für die Respiratory Failure Units (RFU) gelten, die gerade etabliert werden und den Bedarf einer verbesserten Notfallversorgung für die pneumologischen Krankheitsbilder deutlich machen.

#### Interessenkonflikt

Jeder Autor ist Chefarzt einer pneumologischen Klinik.

#### Literatur

- [1] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498 – 1504
- [2] Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436 – 1442
- [3] Gillissen A, Welte T. Weißbuch Lunge 2014. Die Lunge und ihre Erkrankungen: Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland. 1. Aufl. Herne: © FRISCHTEXTE Verlag; 2014. ISBN 978-3-933059-49-9
- [4] Maio S, Baldacci S, Carrozzi L et al. Respiratory symptoms/diseases prevalence is still increasing: a 25-yr population study. *Respir Med* 2016; 110: 58 – 65
- [5] Hartl S, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F et al. Risk of death and readmission of hospital-admitted COPD exacerbations: European COPD Audit. *Eur Respir J* 2016; 47: 113 – 121
- [6] Welte T. [Severe pneumonia in the intensive care unit]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016; 111: 279 – 289
- [7] Kelly AM, Holdgate A, Keijzers G et al. Epidemiology, prehospital care and outcomes of patients arriving by ambulance with dyspnoea: an observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2016; 24: 113
- [8] Esteban C, Arostegui I, Garcia-Gutierrez S et al. A decision tree to assess short-term mortality after an emergency department visit for an exacerbation of COPD: a cohort study. *Respir Res* 2015; 16: 151
- [9] Rosychuk RJ, Youngson E, Rowe BH. Presentations to Emergency Departments for COPD: A Time Series Analysis. *Can Respir J* 2016; 2016: 1382434
- [10] Benoit JL, Hicks CW, Engineer RS et al. ST2 in emergency department patients with noncardiac dyspnea. *Acad Emerg Med* 2013; 20: 1207 – 1210
- [11] Frese T, Soback C, Herrmann K et al. Dyspnea as the reason for encounter in general practice. *J Clin Med Res* 2011; 3: 239 – 246
- [12] Pratter MR, Abouzgheib W, Akers S et al. An algorithmic approach to chronic dyspnea. *Respir Med* 2011; 105: 1014 – 1021