

# Stellungnahme anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum IPReG

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)155(2)**

gel. ESV zur öAnh. am 17.6.2020 -  
GKV-IPReG  
4.6.2020

Das Gesetz wird dringend benötigt!

Die **Definition** der **Intensivpflege** muss klarer gefasst werden:

Es ist daher zu überlegen, ob die **Beschränkung** auf „**vitale, akut lebensbedrohliche Ereignisse unvorhersehbar zu jeder Zeit**“ nicht **in die Gesetzesformulierung vorangestellt** übernommen werden sollte.

Bisher war diese Formulierung nur in einer Richtlinie enthalten.

Angesichts der vielfältigen Bestrebungen, diese Richtlinie soweit als möglich zu dehnen, wäre die Aufnahme der Einschränkung sinnvoll.

Deshalb ist Satz 2 von (1) des §37c so zu ändern:

*..., wenn die ständige Anwesenheit einer **Intensivpflegefachkraft zur Vermeidung oder Beherrschung eines vitalen, akut lebensbedrohlichen, unvorhersehbar zu jeder Zeit eintreten könnenden Ereignisses** erforderlich ist.*

Eine **Intensivpflege** heißt nicht deshalb „Intensivpflege“, weil sehr viel und aufwändig gepflegt werden muss. Sie heißt deshalb „Intensivpflege“, weil sie von einer entsprechend **qualifizierten Intensivpflegefachkraft** erbracht werden muss. Denn auch **im Krankenhaus** wird **Intensivpflege nur auf einer Intensivstation** erbracht, nicht jedoch auf einer Station mit maximal pflegebedürftigen und -aufwändigen Patientinnen und Patienten.

Die **Ziele** des Gesetzes bzgl. der Intensivpflege müssen sein:

- I. Die **Optimierung** der **Auswahl** der Patientinnen und Patienten zur Vermeidung unnötiger dauerhafter Tracheostomaanlagen mit und ohne Beatmung
  - II. Die **Verbesserung** der **ärztlichen und pflegerischen Versorgung**
    - (1) der Patientinnen und Patienten, die auch nach der Entlassung noch eine Chance zur Entfernung der Trachealkanüle haben sowie
    - (2) der Patientinnen und Patienten, die dauerhaft ein Tracheostoma mit oder ohne Beatmung benötigen.
- Ad I. Die Regelung, dass Krankenhäuser, die nicht über die entsprechende Expertise verfügen, einen Experten mit der Begutachtung beauftragen müssen, ist sehr gut. Es muss aber auch wirklich ein **Experte** aufgrund seiner **langjährigen Erfahrung** sein; in **kurzen** Kursen **nachqualifizierte** Ärztinnen und Ärzte

ohne langjährige tägliche Erfahrung in der Behandlung dieser Menschen sollten **nicht eingesetzt** werden dürfen. Und es reicht nicht, fest zu stellen, dass noch Potential vorhanden sei. Dieses Potential muss auch gehoben werden können. Deshalb müssen diese Patientinnen und Patienten **nach der Feststellung** von noch vorhandenem **Potential sofort** nach der Begutachtung in eine **entsprechende Klinik** verlegt werden.

Hier bieten sich vor allem **zertifizierte „Weaning-units“ oder aber auch „Weaningkliniken“ ohne Zertifizierung, aber mit dem gleichen Erfahrungsstand** ausgestattet, an. Bei nicht-zertifizierten Kliniken muss ein Verfahren gefunden werden, wie die Expertise nachzuweisen ist. Diese Aufgabe könnte dem MD zufallen, der einen Katalog abprüfen könnte, der an die WeanNet-Zertifizierung angelehnt ist.

Andere Einrichtungen, z.B. Reha-Kliniken, sind aus meiner Sicht nicht genauso gut geeignet, da es sich bei diesem Patienten Klientel um Menschen mit einem großen Spektrum von zusätzlichen Begleiterkrankungen handelt, welche recht häufig im Behandlungszeitraum dann einer akuten klinischen Maßnahme bedürfen, die in einer Reha-Klinik aufgrund ihrer strukturellen Gegebenheiten nicht erbracht werden kann.

Deshalb ist Satz 6 von (1) des §37c wie folgt zu ändern:

*...notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren **und die entsprechenden vereinbarten Maßnahmen einzuleiten.***

Und

deshalb ist Satz 6 von (1) des §37c wie folgt zu ändern:

***An der Erhebung, Dokumentation und Behandlung** sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende... berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.*

Ad II. Die **ambulante Versorgung muss im Rahmen eines Netzwerkes** gewährleistet werden. Alle notwendigen ärztliche sowie nichtärztliche Teilnehmer müssen ihre Expertise einbringen und in **regelmäßigen Besprechungen** abstimmen. Durch die zwingende Versorgung in einem Netzwerk, **zwingend unter Beteiligung** der entsprechenden **Fachkliniken, optimal unter deren Führung**, wird auch sichergestellt werden können, dass die Versorgung nicht wochenlang unterbrochen wird, nur weil die Patientinnen und Patienten verlegt werden und erst eine neue Verordnung ausgestellt und neue nichtärztliche Therapeuten gefunden werden müssen. Dies muss ohne Bruch ineinander übergehen. Dies geht nur, wenn alle Beteiligten frühzeitig schon vor der Verlegung zusammenarbeiten und die notwendigen Maßnahmen einleiten.

Die **Voraussetzungen** für die **Teilnahme** an der **ambulanten ärztlichen Versorgung** dieser Menschen sollten **analog** den **Qualitätsanforderungen** des **KBV-Mustervertrages mit dem Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e. V.**

1. gestaltet werden. Es dürfen nur Ärztinnen und Ärzte mit **Erfahrung in der Behandlung von mindestens 20 Patientinnen und Patienten pro Jahr aus diesem Klientel zugelassen** werden. **Wo dies nicht zur Sicherstellung der Versorgung ausreicht**, muss durch eine **Institutsermächtigung Kliniken mit einer entsprechenden Expertise und Fallzahl** die Teilnahme an der ambulanten Versorgung geöffnet werden.
2. Bei der pflegerischen Versorgung ist der Standard „**Intensivpflegefachkraft**“ als „**Goldstandard**“ zu erhalten.  
Alle **anderen Qualifikationsmaßnahmen** (Sitzschemine nur mit Anwesenheitspflicht ohne Wissens- und Handhabungsprüfungen) sind nur als **absolute Notfallmaßnahme** zu erlauben.  
**Ziel** muss die **Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten Versorgung** durch eine ausreichende Anzahl von Pflegefachkräften mit entsprechend qualifizierter Ausbildung sein.
3. Logopäden sowie Ergo- und Physiotherapeuten müssen entsprechend den Vorgaben ihrer Berufsorganisationen entsprechend den **besonderen Anforderungen** dieses Patientenlientels ausgebildet sein. So müssten sich z.B. Logopäden insbesondere auf dem Gebiet der Schluckstörungen weitergebildet haben.
4. Bei **Rückverlegungen** aus dem ambulanten Bereich **in ein Krankenhaus muss sichergestellt werden**, dass die Verlegung **nur in geeignete Krankenhäuser (Weaningzentren)** analog der neurologischen Versorgung (nur in „Stroke-units) erfolgt.

Argumente, dass die oben aufgeführten Forderungen zurzeit nicht flächendeckend in Deutschland erbracht werden können, sprechen nicht gegen die Aufnahme dieser Forderungen in das Gesetz.

Durch das Gesetz soll ein Mißstand behoben werden.

Dazu bedarf es erheblicher Anstrengungen, die nicht von heute auf morgen erbracht werden können. Dafür gibt es Übergangsfristen.

Aber nur wenn die neuen Anforderungen klar und unmißverständlich definiert sind, werden sich die an der Versorgung Beteiligten auch entsprechend umstellen.

Die in dieser Stellungnahme geäußerten Anmerkungen und Wünsche basieren auf der persönlichen Begutachtung und in Augenscheinnahme von ca. 2000 Patientinnen und Patienten sowie – bedingt überwiegend durch die Corona-Pandemie – 250 Aktenlagen in Nordrhein sowie dem Stand der Diskussion im Nordrheinischen Arbeitskreis für außerklinische Intensivbetreuung (NAKAIB), in dem die in Nordrhein tätigen gesetzlichen Krankenkassen, die DGP-zertifizierten Weaning-units, die nicht DGP-zertifizierten Kliniken mit Erfahrung im Weaning, die KVNo und niedergelassene Ärzte unter Moderation des MD-Nordrhein an einer Verbesserung der Versorgung in Nordrhein mit dem Ziel eines Versorgungsvertrages arbeiten.

Wesel, den 3.6.2020

Dr. W. Rehorn

