

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)155(21)
gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -
GKV-IPReG
11.6.2020



DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

11. Juni 2020

Betreff: *Stellungnahme der DIVI*

*Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) BT-Drucksache 19/19368
Ihr Schreiben vom 28.5.2020
Geschäftszeichen: PA 14 – 5410-96*

Sehr geehrter Herr Rüddel,

Anbei übermittele ich Ihnen in meiner Funktion als Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) die Stellungnahme unserer Gesellschaft zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) begrüßt ausdrücklich den Gesetzentwurf der Bundesregierung bezüglich eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) und bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Präsident

Prof. Dr. med. U. Janssens

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Generalsekretär

Prof. Dr. med. F. Walcher

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

PD Dr. med. F. Hoffmann

Vertreterin der

außerordentlichen Mitglieder

Frau Dr. med. J. Haunschild

Vertreter der

nichtärztlichen Mitglieder

Th. van der Hooven

Beisitzer

PD Dr. med. A. Hübler

Prof. Dr. med. S. Kluge

Frau PD Dr. med. H. Niehaus

Prof. Dr. med. A. Unterberg

Kongresspräsident

2019

Prof. Dr. med. B. Böttiger

2020

Prof. Dr. med. E. Rickels

Geschäftsstelle der DIVI

Prof. Dr. med. A. Markewitz

med. Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

Geschäftsführer

Luisenstraße 45

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

www.divi.de

1. Zur Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege:

Im Gesetzentwurf findet sich unter dem Punkt „A. Problem und Ziel“ folgender Passus:

„Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngerer 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.“

Und weiter:

„Allerdings liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten sowie Patientinnen und Patienten mit Tracheostoma und die fehlende Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung sowie zur Dekanülierung.“

Wie schon in unserer Stellungnahme zum RISG möchte die DIVI an dieser Stelle darauf hinweisen, dass das Problem der zunehmenden außerklinischen Intensivpflege nicht nur Folge des medizinischen Fortschritts und eines sehr hohen Versorgungsniveaus in der Intensivmedizin ist. Vielmehr beobachten wir mit Sorge, dass das **Grundprinzip der ärztlichen Indikationsstellung und des Patientenwillens aus vielerlei Gründen bereits auf der Intensivstation bisweilen nur unzureichend Berücksichtigung findet** (1). Wir würden es sehr begrüßen, wenn diesem Aspekt schon in der Einleitung zum Gesetzentwurf mehr Gewicht verliehen werden würde. Es entsteht durch die jetzige Formulierung der Eindruck, dass das Problem der außerklinischen Intensivmedizin jenseits der Krankenhäuser liegt. In der Praxis ist es jedoch nicht selten so, dass eine korrekt gestellte ärztliche Indikation ohne angemessene Berücksichtigung eines patientenzentrierten Therapieziels zustande kommt, so dass der Weg in die außerklinische Intensivmedizin in einem nennenswerten Prozentsatz bereits innerhalb der Krankenhäuser gebahnt wird.

Die DIVI würde es sehr begrüßen; wenn folgende Formulierung im Gesetzentwurf weiter präzisiert werden würde: „Gleichzeitig sehen sich Versicherte angesichts des Mangels an Pflegefachkräften in zunehmender Häufigkeit mit Schwierigkeiten konfrontiert, einen geeigneten Pflegedienst zur Deckung ihres Versorgungsbedarfs zu finden.“ Unseres Erachtens ist es nicht nur ein Mangel an Pflegefachkräften, sondern auch die Qualität der

Pflegenden in der außerklinischen Intensivmedizin ist zum Teil nachweislich unzureichend. Unter den Spiegelstrichen finden sich dann weiter unten hierzu erfreulicherweise eine etwas klarere Zielsetzung („...eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten...“).

Die DIVI begrüßt außerordentlich, dass das Gesetz darüber hinaus auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung abzielt, um eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

2. Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 39 Krankenhausbehandlung

„§ 39 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.“

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“

An die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die den Beatmungsstatus eines Beatmungspatienten vor der Verlegung oder Entlassung sollten aus Sicht der DIVI besondere und überprüfbare Anforderungen gestellt werden. Angesichts der langfristigen Bedeutung für den Betroffenen Patienten muss definitiv sichergestellt werden, dass alle verfügbaren und realistischen Möglichkeiten zur Entwöhnung des Patienten getroffen wurden bzw. ob hier überhaupt die Indikation zur Weiterbetreuung in einem spezialisierten Weaningzentrum gestellt werden muss. Hier sollten die gleichen Anforderungen an die Qualifikation gestellt werden wie für die Verordnung von außerklinischen Intensivpflege.

Diese wird im *Teil B. Besonderer Teil* geregelt wie folgt

„Für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind ins-besondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sowie Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.“

Die DIVI gibt zu bedenken, dass an dieser Stelle und auch im gesamten Ablauf überhaupt nicht drauf hingewiesen wird, dass ein Patient im prolongierten Weaning durchaus in der primär behandelnden Klinik (sodass denn die Voraussetzungen gegeben sind) weiter behandelt werden könnte. Unabhängig davon sollten auch Krankenhäuser, die die Anschlussversorgung dieser Patienten wahrnehmen, über eine entsprechende intensivmedizinische Expertise dringend, wenn nicht sogar zwingend verfügen. An dieser Stelle verweist die DIVI auf die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ (2), die diese Prozesse genau beschreibt und auch die daran gekoppelten Qualifikationen.

Die DIVI vermisst im Gesetzesentwurf eine etwas deutlichere Differenzierung der verschiedenen Möglichkeiten in der Betreuung eines Patienten, der weiter (prolongierten) beatmet werden muss. Hierzu verweisen wir auf die S2k Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (3), die ein (I) Weaningzentrum, (II) ein Zentrum für außerklinische Beatmung mit Expertise in der invasiven außerklinischen Beatmung sowie ein (III) Zentrum für außerklinische Beatmung (Schwerpunkt NIV) unterscheidet.

Der Gesetzesentwurf sollte noch deutlicher auf die besonderen Voraussetzungen im Überleitmanagement hinweisen und verpflichtend regeln. Hierzu verweisen wir auf die entsprechenden Ausführungen der S2k Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (3). Die genaue Beachtung gerade dieser Schnittstelle ist von herausragender Bedeutung für alle weiteren dann nachgeschalteten Schritte.

3. Zu B. Besonderer Teil – Zu Nummer 2 – Zu Absatz 2

„Nach Satz 4 obliegt die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung (Absatz 1) und am gewünschten Leistungsort (Absatz 2) vorliegen, der Krankenkasse. Die Krankenkasse hat dabei in jedem Fall den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung zu beauftragen (vgl. § 275 Absatz 2).“

Die DIVI hatte schon im Kommentar zum RISG zu bedenken gegeben, dass die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische und intensivmedizinische Versorgung insgesamt und am gewünschten Leistungsort vorliegt, eine besondere fachärztliche Expertise voraussetzt. Es müsste sichergestellt sein, dass diese Expertise auch im Medizinischen Dienst vorhanden ist.

Es sollten die gleichen Anforderungen gelten, die an die Qualifikation für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gestellt werden (siehe oben).

4. Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

In § 132i Absatz 1 wird Folgendes vorgetragen: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben.“

Die DIVI hat schon in ihrer Stellungnahme zum RISG betont, dass für die in § 132i Absatz 2 festgelegten Inhalte zwingend auf die Expertise der ärztlichen Leistungserbringer zurückgegriffen werden sollte. Die DIVI ist gerne bereit, sich hier aktiv in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen einzubringen.

5. Verpflichtende Kooperation mit Palliativteam vor Ort (SAPV = Spezielle ambulante Palliativversorgung)

Die DIVI fordert wie auch schon im Kommentar zum Referentenentwurf des RISG eine umfassende Integration palliativer Beratung und gegebenenfalls auch leidenslindernder sowie lebensqualitätsverbessernder Therapie in die Behandlung außerklinisch intensivmedizinisch behandelter Patienten. Die Einbeziehung einer speziellen ambulanten Palliativversorgung erlaubt eine nachweislich bessere Lebensqualität von Patienten und Angehörigen, Psyche, ein besseres Krankheitsverständnis und Vorsorgeplanung. Bei allen Patienten sollte das Konzept der Behandlung im Voraus Planen (BVP) (4) umgesetzt werden

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. med. Uwe Janssens
Präsident der DIVI

Quellen:

1. Janssens U, Burchardi N, Duttge G, et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. DIVI 2012; 3: 103-107
2. Schonhofer B, Geiseler J, Dellweg D, et al. Prolongiertes Weaning - S2k Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Pneumologie 2019; 73: 723-814
3. Windisch W, Dreher M, Geiseler J, et al. S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Revision 2017. Pneumologie 2017; 71: 722-795
4. Nauck F, Marckmann G, In der Schmitt J. Behandlung im Voraus planen - Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 62-70