

## **Positionspapier der ArGe „Fachgesellschaften und Verbände der außerklinischen Intensivpflege“ zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**

### 1. Probleme und Ziele

Die außerklinische Intensivpflege ist ein Tätigkeitsfeld, welches den Pflegekräften, Kostenträgern und alle an der Versorgung der Patienten beteiligten Unternehmen ein Höchstmaß an Professionalität, Fachexpertise, sowie eine größtmögliche Sensibilität abverlangt.

Die Problemfelder in der Versorgung dieser Patienten sind mannigfaltig, eine gut durchdachte Gesamtstrategie in der Versorgung dieser Patientengruppe ist aufgrund unterschiedlicher Interessen trotz steigender Fallzahlen bisher nicht erfolgt.

Wir begrüßen ausdrücklich den Vorstoß der aktuellen Bundesregierung, Klarheit und Transparenz im Sinne einer Stärkung der Interessen der Betroffenen voran zu treiben. Dieser Schritt ist unserer Meinung nach längst überfällig.

Jedoch müssen wir feststellen, dass dieses Gesetz, sollte es so auch nur ansatzweise beschlossen werden, die Patientensituation dramatisch verschlechtert, ausschließlich einer vermeintlichen Kostenreduktion im Gesundheitswesen dient und von den eigentlichen Problemen in diesem Bereich der Pflege ablenkt. Unsere Kritik an dem Referentenentwurf richtet sich an folgende Fehlinterpretationen:

### 2. Konkrete Fehlinterpretationen, Richtigstellungen und Lösungsvorschläge

Die hohe Anzahl der aus den Akutkliniken entlassenen Patienten, welche aus Sicht des Positionspapiers der DIGAB ggf. ein Weaning-Potential hätten, werden auf Grund hoher Entlassungsdrücke und mangelnder Kapazitäten in die außerklinische Intensivpflege übergeleitet.

Diese Annahme ist falsch, da die wenigsten Pflegedienste Patienten aus Akutkliniken übernehmen. Korrekterweise kommen die Patienten aus völlig überforderten Rehabilitationseinrichtungen, sowie aus so genannten Beatmungszentren, welche bereits heute nicht in der Lage sind aufgrund von Personalmangel intensivpflichtige Patienten adäquat zu versorgen, geschweige denn poststationär zu versorgen.

Wir empfehlen der Bundesregierung, sich der Problemfelder der Kliniken anzunehmen. Das Überleitmanagement von Akutkliniken in Beatmungs- und Rehabilitationskliniken sollte verbessert werden, die Beatmungszentren sollten unserer Meinung nach mehr fachpflegerisches Personal beschäftigen, welches den ärztlichen Dienst im Prozess des prolongierten Weaning unterstützt. Wir empfehlen die Delegation des Weaning auf besonders gut qualifiziertes Pflegepersonal, Atmungstherapeuten oder „Advanced Nursing Practitioners“, welche im englischsprachigen Raum bereits erfolgreich und als solche kostengünstiger agieren als Mediziner.

Abgesehen davon ist der Kreis der betroffenen Patienten, welcher überhaupt zu entwöhnen wäre begrenzt, da auf Grund von unterschiedlichen Grunderkrankungen, wie z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen oder hohen Querschnitten eine Entwöhnung nicht möglich ist. Bei Wachkomapatienten ist eine Dekanülierung in den meisten Fällen auf Grund von Dysphagie nicht möglich und nicht wegen respiratorischer Probleme.

Die Zahlen die im Referentenentwurf vorgelegt wurden sind nicht valide, sondern nur aufgrund von „Einschätzung einer großen Krankenkasse“. Hier fehlen die relevanten validen wissenschaftlichen Daten. Außerdem ist die Zahl der Patienten, die in Weaning-Zentren entwöhnt werden, nicht mit der Zahl entwöhnbarer Patienten in Beatmungs-WGs gleichzusetzen.

Wir kritisieren die einseitige Streichung eines bisher für jeden Versicherten geltenden Rechtsanspruchs auf die Versorgung in der Häuslichkeit. Dies ist ein Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte und weitere Grundrechte, wie dem Gleichbehandlungsprinzip. 3

Wenn nunmehr durch den Gesetzesentwurf beabsichtigt ist, Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege (Intensivpatienten) aus dem umfassenden Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V durch Einfügung eines dortigen Satz 3 herauszunehmen und für diese in § 37 c SGB V gesonderte Regelungen zu schaffen, so ist hiermit nicht eine Verbesserung der jetzigen Rechtssituation, sondern eine massive Einschränkung der Rechtsstellung verbunden. Aus unserer Sicht wird darüber hinaus versucht, durch den §37 C eine Trennung zwischen der Teilhabe betroffener Menschen und der individuellen Krankenbeobachtung mit der notwendigen Interventionsbereitschaft herbeizuführen.

Wir fordern daher eher eine Stärkung des Rechtsanspruches, mindestens aber den Erhalt des Anspruches auf die häusliche Krankenpflege gemäß §37 für alle Betroffenen.

Der § 37 c ist in vollem Umfang abzulehnen. Unklar ist uns zunächst, welcher Kreis der Mediziner hier als besonders qualifizierter Vertragsarzt gemeint ist. Schon jetzt ist flächendeckend, weder eine fach- noch hausärztliche ambulante Versorgung gewährleistet. Eine nun geplante Beschränkung des Rechtes auf Verordnung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ohne Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen halten wir für fahrlässig in Bezug auf die Versorgungssicherheit der schon heute Betroffenen.

Nur durch eine exorbitante Umverteilung von Beitragsgeldern könnten diese Maßnahmen umgesetzt werden, ob dies im Interesse der Allgemeinheit ist, darf stark bezweifelt werden. Dem Vorschlag einer ärztlichen Versorgungsstruktur angelehnt an die SAPV, schließen wir uns an. Bis zur Entwicklung eben dieser fordern wir eine flächendeckende Verordnungssicherheit für die Betroffenen.

Für uns ist unverständlich, dass der GBA neue tiefgreifende Richtlinien nach §92 g bestimmen soll, die dann Grundlage von weiteren auf Vereinbarungen des Spitzenverband der KK und den unterschiedlichen Leistungserbringervertretern festgelegten Rahmenempfehlungen sein sollen. Die Rahmenempfehlungen stellen für uns eine ausreichende Regelung dar. Der dazu in der Formulierung zu findende Hinweis auf die Festlegung von Entwöhnungsfähigkeitskriterien führt zu einer mangelnden Einzelfallbetrachtung – insbesondere in Bezug auf Betroffene ohne Beatmung.

Wir halten die Bestimmung von differenzierten Richtlinien durch den GBA für falsch und sehen hier den Weg der geeinten Rahmenempfehlung – entwickelt durch eine Beteiligung der Vertreter von stationären wie ambulanten Leistungserbringern.

Wir finden darüber hinaus die konkrete Nennung eines Datums zum jetzigen Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens verfrüht. „Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflege-einrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1.“ 4

Wir fordern den Erhalt der freien Wählbarkeit der Versorgungsform für alle Betroffenen. Eine wie auch immer geartete Zumutbarkeitsprüfung lehnen wir aus ethischen Gründen und aus Sorge vor Willkür und falschen Motiven der Kostenträger ab.

Das Selbstbestimmungsrecht über den Aufenthaltsort und die damit verbundene Bürde der Menschen steht nicht zur Disposition. Auch nicht bei Krankheit mit hohen Kosten für das Gemeinwesen in Abwägung öffentlicher Interessen

Eine durch Befristung eingeschränkte Wahrung der Ansprüche schon heute versorgter Menschen und die „Androhung“ einer Beendigung der Versorgungssicherheit nach Vollendung des 18 Lebensjahres sorgt nachvollziehbar zu Sorgen und Ängsten und ist ebenfalls ethisch fragwürdig und wird von uns abgelehnt.

Eine finanzielle Gleichstellung aller in der Versorgung der AIP beteiligten Versorgungsformen stationär wie auch ambulant begrüßen wir ausdrücklich. Wir betrachten zudem gleiche Anforderungen an Qualität und Qualifikationsstruktur - unabhängig vom Setting und dem Ort der Versorgung - als unabdingbar.

In Bezug auf §132i verweisen wir darauf, dass es schon eine sich im Schiedsverfahren befindliche Rahmenempfehlung gibt, welche in den letzten 4 Jahren entwickelt wurden. Diese sollten vollumfänglich als Grundlage von Versorgungsqualität und Struktur Anwendung finden. Einheitlichen Rahmenempfehlungen, welche zukünftig für die Versorgung in der Außerklinischen Intensivpflege gelten müssen dann in allen Bereichen, stationär wie ambulant gleich gelten.

Aus heutiger Sicht ist eine Umsetzung der Anforderung des Abschlusses von Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten - als zwingende Voraussetzung für die Leistungserbringung in der AIP- schon auf Grund der fehlenden Anzahl an spezialisierten Fachärzten nicht möglich.

Es sollte eher eine Einbindung von spezialisierten pflegerischen Experten, wie Atmungstherapeuten und Fachkrankenpflegern in Kontrolle und Überwachung der AIP erwogen werden.

Guido Faßbender – DGF e.V.

Frank Gerhard – DIGAB e.V.

Stefan Hille – KNAIB e.V. & DBFK

Sven Kübler - CNI e.V & Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten Kinder und Jugendliche mit Beatmung

Stephan Kroneder – IPV Deutschland e.V.

Sven Liebscher – Vorstand DBFK

Michael Malig – QNIP e.V

Carsten Plösser – KNAIB e.V.

Thomas van der Most – IDA NRW e.V.