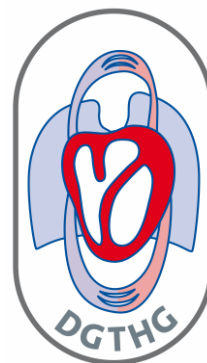


# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR THORAX-, HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE e.V.

DGTHG • Langenbeck-Virchow-Haus • Luisenstraße 58/59 • 10117 Berlin

An das  
Bundesministerium für Gesundheit  
z.Hd. Herrn Dr. Christian Abt  
Leiter Referat 223  
„Leistungsrecht der GKV“  
11055 Berlin



**SEKRETÄR**  
*Prof. Dr. Andreas Markewitz*

Geschäftsstelle:  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30 28004 370  
Fax: +49 (0) 30 28004 379  
sekretariat@dgthg.de  
www.dgthg.de

---

Tel.: +49 (0) 261 281-3701  
Fax: +49 (0) 261 281-3702  
sekretaer@dgthg.de

nur per E-Mail an [223@bmg.bund.de](mailto:223@bmg.bund.de)

02.09.2019

**Betr.:** Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer  
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung,  
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

**Hier:** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäß-  
chirurgie (DGTHG)

**Bezug:** E-Mail [223@bmg.bund.de](mailto:223@bmg.bund.de) vom 14.08.2019

Sehr geehrter Herr Abt,

zunächst möchten wir uns im Namen der DGTHG bedanken, dass unsere Fachgesellschaft zu dem o.g. Referentenentwurf Stellung beziehen kann. Ferner möchten wir mitteilen, dass es uns auf Grund langfristig festgelegter Termine leider nicht möglich ist, an der Anhörung am 11. September in Berlin persönlich teilzunehmen.

Unsere schriftliche Stellungnahme übersenden wir als Anlage

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Andreas Markewitz  
*Sekretär*

Dr. Andreas Beckmann  
*Geschäftsführer*



## Stellungnahme der DGTHG zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Die DGTHG begrüßt nahezu alle Inhalte des Referentenentwurfs nachdrücklich, insbesondere die Ziele und Absichten, dass

1. eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche außerklinische intensivmedizinische Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard gewährleistet werden soll,
2. Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten beseitigt werden sollen,
3. die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege künftig strengen Qualitätsanforderungen unterliegen,
4. die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden dürfen, die besondere Anforderungen erfüllen,
5. die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, erheblich reduziert werden,
6. Krankenhäuser, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung durchführen, hierfür ab dem Jahr 2021 gesonderte krankenhausespezifische Zusatzentgelte vereinbaren können.

In der Tat ist in den letzten Jahren ein starker Anstieg an Einrichtungen zu verzeichnen, die außerklinische intensivmedizinische Therapiemaßnahmen, insbesondere die außerklinische Beatmung anbieten (1,2,3). Diese Einrichtungen beanspruchen zunehmend Ressourcen des Gesundheitswesens und waren bislang von Qualitätskontrollen ihrer Arbeit weitgehend ausgenommen (4), was in Einzelfällen möglicherweise nicht ohne negativen Folgen für die Patienten blieb (5).

Insofern bleibt von dem als Referentenentwurf vorliegenden Gesetzesvorhaben zu hoffen, dass

1. Beatmungspatientinnen und -patienten nicht mehr ohne den vorherigen Versuch einer längerfristigen Beatmungsentwöhnung in die außerklinische Intensivpflege verlegt werden und
2. sich im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, insbesondere im Bereich der außerklinischen Beatmung eine deutliche Verbesserung der gegenwärtigen Versorgungsqualität ergibt.

Unabhängig davon gibt es jedoch einige Punkte, die aus Sicht der DGTHG einer Anpassung bedürfen.

### 1. Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege soll nach dem neuen § 37c SGB V durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt erfolgen. In der Begründung dazu wird auf S.22 des Referentenentwurfs ausgeführt: *"Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege kann nur durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzte verordnet werden, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen."*



Dieser verordnungsberechtigte Personenkreis sollte erweitert werden, da der Bedarf an außerklinischer Intensivtherapie in einem hohen Prozentsatz durch die Behandlung auf einer Intensivstation entsteht: Da es nach Angaben der Bundesärztekammer (6) insgesamt nur 307 Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie 74 Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie gibt, entsteht zunächst ein ausgeprägtes zahlenmäßiges Mißverhältnis zu den über 1.100 Krankenhäusern mit einer oder mehreren Intensivstationen. Zudem soll nach § 112 Abs.2 Satz 1 Nr.1 lit a SGB V *"vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungstatus"* erfolgen. Was genau den "qualifizierten Facharzt" definiert, bleibt zwar auch in der zugehörigen Begründung auf S. 28 unklar, es kann sich aber nur um einen Facharzt handeln, der den klinischen Verlauf des Patienten kennt, z.B. den ärztlichen Leiter der Intensivstation, auf der der Bedarf an der außerklinischen Intensivbehandlung entstanden ist. Daher erscheint es notwendig, dass auch dieser Personenkreis, d.h. die Leiter einer Intensivstation und ihre Stellvertreter, verordnungsberechtigt ist.

## **2. Ort der Erbringung der außerklinischen Intensivbehandlung**

In § 37c Abs.2 Satz 1 wird festgelegt, dass die außerklinische Intensivpflege entweder in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen, erbracht werden soll. Ausnahmen hiervon werden in Satz 2 zugelassen: *"Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden."* In den dazu gehörigen Begründungen auf S. 22 wird dann konkretisierend ausgeführt: *"Ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit besteht nur in Ausnahmefällen...."*.

Dies kann überspitzt formuliert als „gesetzlich verordnete Zwangsunterbringung“ interpretiert werden, erste Verlautbarungen dieser Art von betroffenen Patienten und Patientenvertretungen sind bereits veröffentlicht. Es ist schwer vorstellbar, dass dies im Sinne des Gesetzgebers ist, und tatsächlich hat das BMG am 22.08.2019 klargestellt, dass die selbstbestimmte Wahl des Aufenthaltsortes erhalten werden soll (7). Da eine außerklinische Intensivtherapie also auch in häuslicher Umgebung weiter möglich sein soll, bedarf es noch einer klaren Definition der Umfeldbedingungen. Die Richtlinien der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SPAV) können hier als diesbezügliche Vorlage dienen.

## **3. Umfeldbedingungen für eine Entlassung in die außerklinische Intensivpflege**

Im Zusammenhang mit der Änderung des § 112 SGB V wird zurecht darauf hingewiesen, dass Beatmungspatinnen und Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vor schnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden sollen, sondern noch vorhandene Entwöhnungspotenziale durch Verlegung in spezialisierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden müssen. Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang wird aber völlig außer Acht gelassen: die Übereinstimmung von medizinischer Indikation und Patientenwillen. Es erscheint daher sinnvoll vor jedweder Verlegung eines beatmeten Patienten von einer Intensivstation diese Übereinstimmung in einer strukturierten Ethikfallberatung zu überprüfen und zu dokumentieren, wie dies bereits seit Jahren von fachlicher Seite angeregt wird (8).

#### 4. Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

Ganz entscheidend dafür, ob das RISG die beabsichtigten Ziele erreichen wird, ist die Klärung der zahlreichen noch offenen Detailfragen. Dies soll in den Rahmenempfehlungen erfolgen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erarbeitet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft sind in diesem Verfahren stellungnahmeberechtigt. Im Referentenentwurf werden diese Ausführungen in einem neu einzuführenden § 132i Abs.1 SGB V verortet. Nach Kenntnis der DGTHG ist der § 132i SGB V allerdings bereits vorhanden und für Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren vorgesehen (9). Insofern sollten die diesbezüglichen Bestimmungen des Referentenentwurfs vermutlich im derzeit nicht vorhandenen § 132j SGB V aufgeführt werden.

Es ist insbesondere bei den in Abs 2 aufgeführten Inhalten (z.B. Personelle Anforderungen, Festlegung des Personalbedarfs, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung) aus Sicht der DGTHG nicht nachvollziehbar, warum die Expertise der ärztlichen Leistungserbringer bei der Erarbeitung dieser Rahmenempfehlungen nicht zwingend mit einbezogen wird. Aus Sicht der DGTHG bedarf dies der Korrektur.

Gleiches gilt für die personelle Besetzung der gemeinsamen Schiedsstelle nach Abs 4, da die gemeinsame Schiedsstelle die Inhalte der Rahmenempfehlungen festlegen soll, wenn die in Abs.1 genannten Verhandlungspartner zu keiner Einigung über die Rahmenempfehlungen kommen. Auch hier erscheint die Einbindung fachärztlicher Expertise unverzichtbar.

Selbstverständlich steht die DGTHG für diese Aufgaben gerne zur Verfügung.

#### Literatur

1. Karagiannidis C, Strassmann S, Callegari J, Kochanel M, Janssens U, Windisch W. Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Dtsch Med Wschr 2019; 144: e58 - e63
2. Zahl der Beatmungspatienten in Deutschland nimmt exponentiell zu.  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103450/Zahl-der-Beatmungspatienten-in-Deutschland-nimmt-exponentiell-zu>, letzter Zugriff am 19.08.2019
3. Marktanalyse Intensivpflege und Intensiv-WG.  
<https://www.pflegemarkt.com/2016/08/30/wohngemeinschaften-mit-intensivpflege-angebotsverteilung-in-deutschland/#Marktentwicklung>, letzter Zugriff am 19.08.2019
4. Razzia wegen Abrechnungsbetrug bei Intensivpflege.  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103085/Razzia-wegen-Abrechnungsbetrug-bei-Intensivpflege>, letzter Zugriff am 19.08.2019
5. Beatmungs-Stationen sind lukrativ und gefährlich.  
<https://www.welt.de/wirtschaft/article106147940/Beatmungs-Stationen-sind-lukrativ-und-gefaehrlich.html>, letzter Zugriff am 19.08.2019
6. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31.12.2018.  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf), letzter Zugriff am 19.08.2019



7. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/reha-und-intensivpflegestaerkungsgesetz/faq.html>, letzter Zugriff am 22.08.2019
8. Janssens U, et al Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik/357-therapiezielaenderung-und-therapiebegrenzung/file>, letzter Zugriff am 20.08.2019
9. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_132i.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___132i.html)