

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin
Bundesministerium für Gesundheit
Referat 223
z. Hd. Dr. Christian Abt
Friedrichstr. 108
11055 Berlin

29. August 2019

Betreff: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
AZ: 223- RISG
Ihr Schreiben vom 14.8.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Abt,

anbei übermittele ich Ihnen die Stellungnahme der DIVI zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG).

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) begrüßt ausdrücklich den Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums bezüglich eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung (Reha- und Intensivpflege- Stärkungsgesetz – RISG) und bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

1. Zum Problem der zunehmenden außerklinischen Intensivbehandlung:

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

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

Die DIVI möchte 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.

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

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 Referentenentwurf 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.

2. Zum Thema Fehlanreize:

In diesem Punkt stimmen wir den Aussagen im Referentenentwurf zu. Die derzeitige nicht kongruente Vergütung von Leistungen im ambulanten Bereich im Vergleich zu den Leistungen im stationären Bereich muss tatsächlich korrigiert werden und bedarf dringend einer Anpassung.

3. Notwendige Präzisierungen:

Die DIVI folgt im weiteren gerne den Vorschlägen des Referentenentwurfes unter Kapitel B, möchte aber an dieser Stelle noch einige präzisierende Vorschläge einbringen, die insbesondere in die nach § 132i, Abs.1, Satz 1 SGB V noch zu definierenden gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege einfließen sollten: Wesentliche Hinweise werden in einer S2k Leitlinie zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz aus dem Jahr 2017 gegeben (1).

Anmerkung: § 132i SGB V regelt momentan die Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren. Daher sollte zur gesetzlichen Verankerung der Rahmenempfehlungen für die außerklinische Intensivpflege entweder der vorhandene § 132i geändert oder die Bestimmungen in einem neu einzuführenden § 132j aufgeführt werden.

3.1. Definition von Zentren für außerklinische Beatmung:

Die außerklinische Beatmung sollte um ein Zentrum für außerklinische Beatmung organisiert sein. Der außerklinisch beatmete Patient benötigt dieses Zentrum für Einstellung, Kontrollen und Optimierung der Beatmungstherapie sowie zur Notaufnahme im Falle einer Verschlechterung und als Ansprechpartner für das außerklinische Pflegeteam und den behandelnden niedergelassenen Arzt. Außerdem sollte in diesen Zentren für außerklinische Beatmung eine regelmäßige Reevaluation der Beatmungsindikation erfolgen und ggf. ein standardisiertes Weaning von der Beatmung erfolgen. Eine Zertifizierung von Zentren für außerklinische Beatmung ist zukünftig zu implementieren (1). Die DIVI als übergeordnete Gesellschaft für Intensivmedizin bietet gerne an, in Kooperation mit den Fachgesellschaften Kriterien für eine solche Zertifizierung zu erarbeiten.

3.2. Personelle Anforderungen bei der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

Ärzte und Pflegekräfte sollten zwingend Erfahrungen auf dem Gebiet der außerklinischen Beatmung aufweisen. Eine entsprechende Qualifikation sollte nachgewiesen werden. Idealerweise handelt es sich dabei um Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und entsprechender Erfahrung in der Beatmungsmedizin (1) oder um Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Alle Pflegefachkräfte des Pflegedienstes, die eigenverantwortlich mit beatmeten Patienten arbeiten (fachpflegerische Versorgung), sollen neben der Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-pflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung eine der folgenden zusätzlichen Qualifikationen aufweisen:

- Atmungstherapeut
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege
- Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation in der Form einer vollständigen Teilnahme an einem zertifizierten Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit mindestens 120 Stunden).
- und darüber hinaus über mindestens 6 Monate Erfahrung in der Beatmungsmedizin auf einer Intensivstation, Weaningeinheit oder einer spezialisierten Beatmungseinheit in den letzten 5 Jahren verfügen

Pflegehelfer, Arzthelfer oder Heilerziehungspfleger dürfen nicht eigenverantwortlich an der Betreuung beatmeter Patienten mitwirken.

4. Indikation und Patientenwille

Die DIVI fordert vor Einleitung einer außerklinischen intensivmedizinischen Behandlung oder außerklinischen Beatmung, dass im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens für jeden Patienten folgende 2 Aspekte überprüft werden:

- Die ärztliche Indikation (2) und
- der Patientenwille (2,3)

Die DIVI fordert, dass bei jedem Patienten ein sinnvolles patientenzentriertes Therapieziel verfolgt wird. Die Beurteilung, ob ein Therapieziel erreicht werden kann oder nicht, ist professionelle Aufgabe. Ob die erreichbaren Therapieziele auch gewünscht oder angestrebt werden, kann nur der Patient entscheiden. Damit der Patient oder ggf. sein juristischer Stellvertreter eine Bewertung der grundsätzlich erreichbaren Therapieziele vornehmen kann, ist eine eingehende ärztliche Beratung über den zu erwartenden Zustand nach Erreichen des Therapieziels geboten (4).

Die DIVI fordert weiter, dass in die Entscheidung, ob eine außerklinische intensivmedizinische Behandlung geboten und erforderlich ist, zwingend eine Ärztin bzw. ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin eingebunden werden sollte.

Darüber hinaus sollten bei jedem Patienten strukturierte interprofessionelle ethische Fallgespräche unter Leitung/Moderation einer(s) unabhängigen qualifizierten Ärztin/Arzt unter Beteiligung aller in die Behandlung des betreffenden Patienten eingebundenen ärztlichen und nicht ärztlichen Mitglieder des Behandlungsteams durchgeführt und dokumentiert werden. Diese strukturierten ethischen Fallgespräche sollten zwingend unter Teilnahme des Patienten (soweit dieses möglich erscheint) oder ersatzweise seines juristischen Stellvertreters stattfinden. Neben der genauen Darstellung der ärztlichen Indikation sollten der Patientenwille (vorausverfügt, mündlich geäußert, mutmaßlich) und bestehende Behandlungswünsche des Patienten bei der abschließenden Empfehlung maßgebliche Berücksichtigung finden

Diese Entscheidung muss regelmäßig nach den gleichen Kriterien und in gleichem Rahmen reevaluiert werden.

5. 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

gen, 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 31. Dezember 2020 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben.“ Die DIVI 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.

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

Die DIVI fordert 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) (5) umgesetzt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr.med. Uwe Janssens

Präsident der DIVI

Quellenangaben

1. 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
2. Neitzke G. Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfmed 2014; 109: 8-12
3. Janssens U, Burchardi N, Duttge G, et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. DIVI 2012; 3: 103-107
4. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, et al. Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 2016; 111: 486-492
5. Nauck F, Marckmann G, In der Schmitt J. Behandlung im Voraus planen - Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 62-70