



Stellungnahme

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

Referentenentwurf für ein

**Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-
pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Kranken-
versicherung (RISG)**

Hedi François-Kettner, APS-Vorsitzende

Berlin, 02.09.2019

Inhalt

Allgemeine Vorbemerkung.....	2
A. Übergreifende Anmerkungen.....	2
1. Vielschichtigkeit des Versorgungsbedarfs und Sicherheit der Versorgungsangebote.....	2
2. Kontrolle und Transparenz	3
3. Ausschöpfung von Entwöhnungspotential bei der Beatmung.....	4
4. Berücksichtigung der Patientenperspektive.....	4
B. Anmerkungen zu einzelnen Gesetzespassagen.....	5
§ 37 c	5
§ 132i	5

Allgemeine Vorbemerkung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf. In seinen Stellungnahmen beschränkt sich das APS auf Aspekte, die als im Zusammenhang mit der Patientensicherheit stehend eingeschätzt werden. Unter dieser Maßgabe begrüßt das APS die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfs. Die Herausforderungen an die Sicherheit von Patienten im Zusammenhang mit außerklinischer Intensivversorgung werden vom APS und seinen Mitgliedern als außerordentlich schwerwiegend und der Handlungsbedarf als hoch eingeschätzt. Deshalb hat das APS bereits seit längerem eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit diesem Themenkomplex beschäftigt. Die Ausführungen in dieser Stellungnahme beruhen auf den Diskussionen und der Arbeit in dieser Arbeitsgruppe, deren Ergebnisse allerdings noch nicht öffentlich zur Verfügung stehen.

A. Übergreifende Anmerkungen

1. Vielschichtigkeit des Versorgungsbedarfs und Sicherheit der Versorgungsangebote

Ein grundlegendes Problem bei der Entwicklung von Handlungsvorgaben – egal ob in Gesetzesform oder als Empfehlung wie im Falle des APS – ist die Unterschiedlichkeit der von außerklinischer Intensivversorgung (AIV) betroffenen Patientinnen und Patienten.¹ Das Spektrum der Betroffenen reicht von hochbetagten und dementen Patienten, die nach einem schweren Infekt oder einer Operation nicht mehr von der Beatmung entwöhnt werden (können), über aktive Menschen im mittleren Lebensalter, die von unheilbaren degenerativen Muskelerkrankungen betroffen sind, bis hin zu Kindern, die in ihrer häuslichen Umgebung in einer palliativen Situation betreut werden. Die Herausforderung besteht darin, dass Regelungen, die für einen Teil der Patienten schützenden Charakter haben, für andere Patientengruppen im besten Falle unzweckmäßig sind, im schlimmsten Falle einen wesentlichen Einschnitt bei ihrer psychosozialen Teilhabe bedeuten, welcher bereits richterlich als unverhältnismäßig gekennzeichnet wurde.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit bei Personenbezeichnungen die männliche Form genutzt, ohne dass hiermit eine Wertung verbunden sein soll.

Unzweifelhaft sind mit einer außerklinischen Unterbringung von Menschen mit Intensivpflegebedarf insbesondere in Privatwohnungen außerordentliche Anforderungen an die Patientensicherheit verbunden (z.B. umfangreiche medizinische und personelle Notfallkonzepte, Hygiene, Transportmöglichkeiten und Zugänglichkeit, Brandschutz, ununterbrochene Stromversorgung). Gerade bei Menschen, die aufgrund einer degenerativen Krankheit über viele Jahre und während Lebensphasen, die normalerweise von intensiven sozialen Interaktionen (z.B. Ausbildung, Arbeit, Freundeskreis, Wahrnehmung von Kulturangeboten) gekennzeichnet sind, auf Intensivpflege angewiesen sind, kann die Lösung aber nicht darin bestehen, sie auf stationäre Versorgungsangebote zu verweisen, ohne die Frage nach dem Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe zu beantworten. Kurzgefasst: Die Verlagerung der Intensivpflege ausschließlich in stationäre Einrichtungen und Pflege-WGs, die der Gesetzentwurf erkennbar anstrebt, ist keine hinreichende Antwort auf die Herausforderungen im Spannungsfeld von Patientensicherheit und Selbstbestimmung bzw. psychosozialer Teilhabe.

Der Gesetzentwurf selbst macht Ausnahmen vom Prinzip der Vorrangigkeit von stationärer bzw. quasi-stationärer Versorgung in Wohngemeinschaften bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 37c Abs. 2). Spätestens mit dieser Ausnahme wird klar, dass die AIV im häuslichen Umfeld mit diesem Gesetz nicht verschwinden wird. Wenn aber weiterhin diese – aus Sicht der Patientensicherheit – Extremsituationen der Patientenversorgung bestehen bleiben, ist unbedingt zu fordern, dass zum Schutz der Betroffenen klare Vorgaben für alle relevanten Problembereiche gemacht werden. Hier bestehen im Gesetzentwurf erhebliche Lücken, die auch nicht vom Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung in § 37c Abs. 1 abgedeckt sind bzw. abgedeckt werden können. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit fordert deshalb, umfassende Anforderungen bezüglich Qualität und Patientensicherheit an die Versorgung von Patienten mit Intensivpflegebedarf für alle Unterbringungsformen zu entwickeln und (unter-)gesetzlich niederzulegen, um Allgemeinverbindlichkeit herzustellen. Die Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppe AIV im APS, die schnellstmöglich finalisiert und veröffentlicht werden, können hier zukünftig als Orientierung dienen.

2. Kontrolle und Transparenz

Bei einer Versorgung von Patienten in der Häuslichkeit besteht de facto eine hohe Abhängigkeit der Betroffenen und ihrer Angehörigen von den betreuenden Pflegediensten. Auch in den privaten Wohneinheiten im Sinne von § 132i Absatz 5 Nummer 1, die im Folgenden als „Pflege-WGs“ bezeichnet werden sollen, ist eine extreme Abhängigkeit von den Betreibern gegeben. Diese Situation führt dazu, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht wie souveräne Verbraucher agieren können, die im Falle z.B. von Qualitätsdefiziten einfach den Anbieter wechseln. Im Gegenteil: Berichte aus der Praxis belegen, dass teilweise aus Angst, plötzlich ohne die überlebenswichtige Versorgung auskommen zu müssen, auch Situationen still-schweigend toleriert werden (müssen), die weder Patientensicherheit noch Patientensouveränität gewährleisten.

Abhängigkeit generiert zwangsläufig Missbrauchspotential. Hier handelt es sich folglich um ein systemisches Problem, dem von Seiten des Gesetzgebers dringend entgegengewirkt werden muss. Das APS begrüßt ausdrücklich, dass gemäß § 275b Abs. 2 Prüfungen in Pflege-WGs grundsätzlich unangemeldet durchgeführt werden. Es ist auf jeden Fall sicherzustellen, dass alle Pflege-WGs sowie Pflegedienste, die Patienten in der Häuslichkeit versorgen, zuverlässig mindestens einmal jährlich, bei Bedarf auch häufiger geprüft werden und dass diese Prüfung neben der Einhaltung von Hygiene- und Abrechnungsvorschriften auch eine umfassende Prüfung der diversen Aspekte der Patientensicherheit beinhaltet – von der Qualifikation, der Anzahl und der Einweisung des Personals bis hin zum Brandschutz- und Transportkonzept. Um der Öffentlichkeit und insbesondere einweisenden/betreuenden Ärzten, Betroffenen und Angehörigen Transparenz und Grundlagen für qualitäts- und sicherheitsorientierte Entscheidungen zu geben, ist eine öffentliche Berichterstattung unerlässlich: über die Frequenz und Inhalte der Prüfungstätigkeit generell ebenso wie bezüglich der einrichtungsbezogenen bzw. auf den Pflegedienst bezogenen Prüfungsergebnisse.

3. Ausschöpfung von Entwöhnungspotential bei der Beatmung

Das APS begrüßt ausdrücklich die Vorschläge des Gesetzesentwurfs, dass vor einer Entlassung von beatmeten oder tracheotomierten Patienten verpflichtend das Entwöhnungspotential erhoben und dokumentiert werden muss. Auch erachtet es das APS als dringend angebracht, dass zum Entlassmanagement im Bedarfsfall ebenfalls die Überleitung in Einrichtungen gehört, die auf die Entwöhnung von der Beatmung spezialisiert sind (sog. Weaning-Zentren). Angesichts der erheblichen Fehlentwicklungen, die sich bei der Entlassung von Patienten ohne Chance auf Entwöhnung unter dem Eindruck der finanziellen Anreizsituation bis heute abgezeichnet haben, ist zu befürchten, dass die jetzt getroffenen Maßnahmen nicht ausreichen, zumal die Rahmenbedingungen unverändert bleiben. Beispielsweise wird ein im Prozess der Entwöhnung erfahrener Facharzt das Weaningpotential von Patienten wahrscheinlich anders beurteilen als Ärzte, die wenig Erfahrung haben oder in die o.g. Anreizstrukturen des Krankenhauses advers eingebunden sind. Deshalb muss gewährleistet sein, dass entweder ein nachweislich im Weaning erfahrener Arzt vor der erstmaligen Krankenhausentlassung von beatmeten Patienten hinzugezogen wird oder zumindest stichprobenhaft eine Evaluation und Überprüfung der dokumentierten Einschätzung durch externe spezialisierte Fachärzte erfolgt. Auch zeigen alle Erfahrungen rund um das Entlassmanagement, dass es nicht ausreicht, dass die Krankenhäuser die Möglichkeit für eine bestimmte Handlungsweise haben. Es muss entweder finanzielle Anreize oder Kontrollen geben, damit sichergestellt ist, dass die Patienten von dem gesetzlich niedergelegten Versorgungsweg in der Realität auch profitieren. Insgesamt ist der Gesetzgeber also aufgefordert, wesentlich nachhaltiger und transparenter als im Gesetzentwurf vorgesehen für eine Überprüfung des Handelns und der Indikationsstellung der Krankenhäuser bei der Entlassung von beatmeten oder tracheotomierten Patienten zu sorgen.

4. Berücksichtigung der Patientenperspektive

Die langfristige Versorgung von Patienten mit Intensivpflegebedarf ist zweifelsohne mit hohen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung und einem hohen Einsatz an knappem Pflegepersonal verbunden. Unter diesen Bedingungen ist es nachvollziehbar, wenn die gesetzlichen Krankenkassen bestrebt sind, den Aufwand nach Möglichkeit zu reduzieren. Auch auf Seiten der Anbieter ist es ein ökonomisch nachvollziehbares Motiv, den Aufwand für die Patientenversorgung zugunsten von Unternehmensgewinnen zu reduzieren. Dass unter diesen Rahmenbedingungen an der Qualität gespart wird oder eine Rückkehr zu einer Pflege nach der Zielvorgabe „warm, satt, sauber“ im Raum steht, ist unschwer vorstellbar. Dennoch sieht der Gesetzesentwurf vor, dass zahlreiche Festlegungen mit quasi untergesetzlicher Normwirkung über die Rahmenbedingungen für die Erbringung der außerklinischen Intensivversorgung mittels Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Interessenvertretungen der Pflegeanbieter getroffen werden, ohne dass die Interessen der Patienten und der Blickwinkel der Patientensicherheit in den Verhandlungen auch nur in beratender Form einbezogen wären. Gleiches gilt für die Vertretung der Pflegeberufe, die nicht dadurch substituiert werden kann, dass die Pflegeanbieter als Arbeitgeber der Pflegekräfte Verhandlungspartner sind. Besonders auffällig ist hier § 132i Abs. 1, der zwar explizit Stellungnahmerechte bezüglich der zu schließenden Vereinbarungen etabliert, diese aber ausschließlich für die Vertretungsorganisationen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser vorsieht, nicht aber für die Perspektive der Patienten und ihrer Sicherheit. In dieser Konstellation sind nicht nur neue Fehlentwicklungen hinsichtlich der Patientensicherheit höchst wahrscheinlich, auch die Expertise, die aus der Patientenperspektive in die Gestaltung sicherer und angemessener Versorgungsstrukturen eingebracht werden kann, geht verloren. Die fehlenden kollektiven Patientenrechte wiegen hier insbesondere mit Blick auf die häufig als Ohnmacht empfundene Situation unmittelbar Betroffener und ihrer Angehöriger besonders schwer.

B. Anmerkungen zu einzelnen Gesetzespassagen

§ 37 c

In Absatz 1 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, den Inhalt und Umfang der Leistungen, konkret des Anspruchs auf Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotentials, festzulegen. Diese Formulierung ist nicht ausreichend, um auch eine tatsächliche Ausschöpfung des Weaning-Potentials zu gewährleisten. Hier muss klargestellt werden, dass nicht nur Erhebung und Dokumentation, sondern insbesondere auch die tatsächliche Durchführung entsprechender Weaning-Versuche – ob in der ursprünglichen Einrichtung oder in einem spezialisierten Weaning-Zentrum – Teil des Leistungsanspruchs und der vom G-BA zu beschließenden Regelungen ist. Darüber hinaus ist dem G-BA aufzuerlegen, mittels eines Qualitätssicherungsverfahrens nach § 136 SGB V, das binnen vier Jahren ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens zu entwickeln und zu beschließen ist, die Umsetzung der Vorgaben in den Krankenhäusern zu erfassen und zu fördern. Die Ergebnisse dieses Qualitätssicherungsverfahrens sind in den Qualitätsberichten nach § 136b SGB V öffentlich und transparent darzustellen.

§ 132i

In Absatz 6 wird festgelegt, dass eine Voraussetzung für den Vertragsschluss der Krankenkassen mit Leistungserbringern für die AIV darin besteht, dass diese Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten abgeschlossen haben müssen, die die Überwachung der Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung qualifiziert übernehmen können. Diese Vorgabe ist lebenspraktisch grundlegend zu hinterfragen: Wenn Patienten einmal in der AIV versorgt werden, erzielen die Pflegeanbieter erhebliche Einnahmen mit ihnen. Es ist unrealistisch anzunehmen, dass die Anbieter regelhaft suffiziente Anstrengungen unternehmen, um ihren hochgradig pflegeabhängigen Patienten eine Rückkehr in ein Leben ohne Intensivpflege zu ermöglichen, und sich so selbst Einnahmemöglichkeiten zu entziehen. Die vorgesehenen Kooperationsregelungen werden also absehbar wenig Wirkung entfalten.

Tatsächlich ist aus Sicht der Patientensicherheit die ambulante ärztliche Versorgung von Patienten in der AIV ein akutes Handlungsfeld: Nicht selten erfolgt die Dauerverordnung der ambulanten Intensivpflege durch normale Fachärzte für Allgemeinmedizin. Diese sind häufig weder durch ihre Ausbildung auf die besonderen Herausforderungen ambulanter Intensivpflege eingestellt noch haben sie Erfahrung in der Einschätzung von Weaningpotential oder gar dessen Ausschöpfung (wobei hier angemerkt werden muss, dass Weaning im ambulanten Setting wegen der hohen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit der ärztlichen Versorgung ohnehin praktisch ausgeschlossen scheint). Die Investitionen, die ambulante Ärzte in ihre Fortbildung stecken müssten, um AIV-Patienten angemessen versorgen zu können, lohnen sich mangels entsprechender Vergütungsziffern und der zumeist geringen Zahl der betreuten Patienten auch kaum. Das Ergebnis ist eine aus Sicht der Patientensicherheit häufig unsichere Versorgung, unter der nicht selten sowohl die Patienten als auch die Ärzte leiden, die sich zur Schließung der Versorgungslücke bereitfinden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit fordert hier weitergehende Maßnahmen des Gesetzgebers und schlägt beispielsweise vor, die Partner der Bundesmantelverträge nach § 135 Abs. 2 SGB V zu beauftragen, Anforderungen an die Kenntnisse und Erfahrungen der Leistungserbringer festzulegen, die ambulant zur (Folge-)Verordnung von AIV berechtigt sind, und den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V damit zu beauftragen, die Vergütung so festzulegen, dass ausschließlich speziell qualifizierte Ärzte die Versorgung in der AIV gewährleisten und dem Aufwand angemessen honoriert werden.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Hedi François-Kettner, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS
Am Zirkus 2, 10117 Berlin
Tel. 030 3642 816 0
Email: info@aps-ev.de
Internet: www.aps-ev.de