

## **SPECTARIS-Stellungnahme**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von  
Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der  
gesetzlichen Krankenversicherung**

**(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) vom  
15. August 2019**

Berlin, 06. September 2019

Fachverband Medizintechnik

Fon +49 (0)30 41 40 21-17

Fax +49 (0)30 41 40 21-33

[medizintechnik@spectaris.de](mailto:medizintechnik@spectaris.de)

[www.spectaris.de](http://www.spectaris.de)

SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.  
Werderscher Markt 15, 10117 Berlin

*Der Fachverband Medizintechnik im Industrieverband SPECTARIS vertritt rund 150 vorwiegend mittelständische Mitgliedsunternehmen. Diese sind innovative Hersteller von Medizinprodukten und Medizintechnik sowie qualitätsorientierte nichtärztliche Leistungserbringer aus dem Bereich der respiratorischen Heimtherapie.*

## **Zusammenfassung**

1. Alle in der Patientenversorgung tätigen Akteure müssen bei der Erarbeitung von Richtlinien, Leitlinien, Versorgungsstrukturen etc. mit eingebunden werden.
2. Telemonitoring, telemedizinische und andere digitale Versorgungsunterstützung sollen verstärkt für die Therapiebegleitung und –förderung, die Kommunikation und zur Bewertung des Patientenoutcomes eingesetzt werden.
3. Die Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen und Wohneinheiten mit den verordnenden Ärzten aus den Krankenhäusern ist in der Regel essentiell für den Erfolg der Behandlung. Deshalb muss wieder eine Möglichkeit geschaffen werden, das Wissen und Erfahrung dieser Ärzte in die außerklinische Versorgung der Patienten mit einzubringen.

## **Im Einzelnen**

### **Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nummer 2**

- **§ 37c Abs. 1 SGB V sowie § 92 Abs. 7g SGB V** verweisen auf die Erstellung von Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis 30. Juni 2020: Die Erstellung sollte die ganzheitliche Situation der Versorgung bedenken und deshalb auch die Rollen und Aufgaben der nichtärztlichen Leistungserbringer bzw. sämtlicher an der Versorgung beteiligten Akteure mit berücksichtigen (Pflegepersonal, Physio- sowie Ergotherapeuten, Logopäden, niedergelassene betreuende Ärzte, betreuende Ärzte aus den Krankenhäusern und die mit der Versorgung der erforderlichen medizintechnischen Geräte beauftragten nichtärztlichen Leistungserbringer). Uns erschließt sich nicht eindeutig, ob der Gesetzesentwurf, wenn dort von „der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer“ gesprochen wird, tatsächlich auch die nichtärztlichen Leistungserbringer und sonstigen unterstützenden Heilberufe beinhaltet. Hier bedarf es einer Klarstellung.

Forderung: Nichtärztliche Leistungserbringer müssen eingebunden werden.

- **§ 37c Abs. 2 SGB V** legt fest, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der Regel nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, oder in Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1, besteht. Diese Wohneinheit ist in § 132i nur als „Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte“ definiert.

Forderung: Es muss sichergestellt werden, dass auch die Erfüllung der schon heute geltenden strengen Qualitätsansprüche zur Erfüllung dieser Definition notwendig ist. Hierzu zählen insbesondere die

Heimgesetze der Bundesländer, z.B. WTG DVO NRW 04/2019 und die S2k-Leitlinie, die festlegt, dass nur examinierte Pflegefachkräfte in den Wohngemeinschaften eingesetzt werden dürfen. Weiterhin sollten auch die räumlichen Anforderungen und der Versorgungsschlüssel mit examinierten Pflegefachkräften für diese Wohneinheiten festgelegt werden.

### Nummer 3

- **§39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement):** Ggf. muss hier der Entlassmanagementvertrag, der zum 01.10.2017 in Kraft trat sowie der zum 01.02.2019 in Kraft getretene Rahmenvertrag Entlassmanagement Reha überarbeitet werden, um die Aufgaben der entlassenden Klinik (Verordnung und Weaningpotential) in diesem Zusammenhang zu ergänzen. Die Rolle des Entlassmanagements in Verbindung mit intensivpflegerischer Betreuung bei lebenserhaltender Beatmung sollte auch dort deutlich werden, um den Entlassprozess nicht zu verzögern bzw. zu gefährden. Die Erfahrung bei medizintechnischen Versorgungsungen von Patienten hat trotz der vielen Jahre seit Wirksamwerden des Entlassmanagementvertrags gezeigt, dass die darin enthaltenen Anforderungen noch nicht in allen Kliniken umgesetzt werden. Sehr häufig muss auf die Expertise der nicht medizinischen Leistungserbringer zurückgegriffen werden. Wenn zukünftig verstärkt die Entlassung aus einem qualifizierten Beatmungszentrum erfolgt, muss sichergestellt werden, dass das Entlassmanagement mit den Möglichkeiten der Vor-Ort-Versorgung vertraut ist und einschätzen kann, welche Versorgungslösung für den Einzelfall die sinnvollste ist.

### Nummer 14

- **§ 132i SGB V:** Die in Abs. 1 geforderten Rahmenempfehlungen sollen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Vereinigung der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen und den Organisationen der ambulanten Pflegedienste erstellt werden.

Forderung: Hier sollten auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und weitere Berufsgruppen Input geben können. In Abs. 2, Punkt 2 wird auf die Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern verwiesen. Wichtig ist hier, dass die Zusammenarbeit der nichtärztlichen Leistungserbringer sowohl mit dem verordnenden Vertragsarzt als auch mit dem qualifizierten/verordnenden Krankenhaus berücksichtigt wird.

- Bezüglich des **§132i Abs. 2 Punkt 2 SGB V** stellt sich uns zudem die Frage, wer mit „verordnender Vertragsarzt“ gemeint ist: Ist damit der Verordner aus der Klinik gemeint, der die Erstverordnung in Zusammenhang mit der Weiterversorgung in der Außerklinik erstellt, oder handelt es sich dabei auch um den weiterbetreuenden niedergelassenen Arzt vor Ort? Wenn es um letzteres geht, wer stellt die Qualifikation dieser Verordner sicher? Die Zusammenarbeit der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen oder von Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V, mit verordnenden Ärzten aus den Krankenhäusern, sind in der Regel essentiell für den Erfolg der Behandlung. Aktuell ist die Kooperation nicht möglich, da diese Ärzte in der Regel keinen Kassensitz nachweisen können. Es muss wieder eine Möglichkeit geschaffen werden, das Wissen und Erfahrung dieser Ärzte den Patienten in der außerklinischen Versorgung zuteilwerden zu lassen!

- **§132i Abs. 6 Punkt 1:** Neben den Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten ist die Einbeziehung der in der Regel verordnenden Ärzte aus den Krankenhäusern essentiell für den Erfolg der Behandlung.

Forderung: Es muss eine Möglichkeit geschaffen werden, das Wissen und Erfahrung dieser Ärzte (auch wenn sie keinen Kassensitz nachweisen können) den Patienten in der außerklinischen Versorgung zuteilwerden zu lassen!

Zusätzlich fordern wir, modernes Telemonitoring und telemedizinische Lösungen als Versorgungsergänzung zu implementieren, deren Daten (natürlich nach Patienteneinwilligung) allen an der außerklinischen Patientenversorgung beteiligten Akteuren im Rahmen ihrer Aufgaben zugänglich sind. Denkbar wären Telekonzile für den niedergelassenen Arzt mit Beatmungszentrum, Videokonsultationen mit Patienten, telemonitorische Online-Begleitung von Beatmungspatienten und die regelmäßige Auswertung der klinischen Patientendaten (so könnte z.B. auch Weaningpotential erkannt werden). Verschiedene aktuelle Studien belegen, dass Patienten sich durch diese Begleitung sehr gut betreut fühlen und in Folge Exazerbationen verhindert werden können.

Auch die kontinuierliche Weiterqualifikation der Intensivfachpflegekräfte muss geregelt werden, die z.B. auch das Gerätehandling einschließt. Hierzu sollten die Rollen und Aufgaben von Pflegedienstleistung und nichtärztlicher Leitungserbringung klar definiert und abgegrenzt werden.

### **Begründung, Allgemeiner Teil, II.**

- Auf **Seite 17** steht: „Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören beispielsweise der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern...“.

Hier bitten wir um Klarstellung und Hinweis, dass die Kooperationsvereinbarungen auch die nichtärztlichen Leistungserbringer aus der Medizintechnik mit einschließen. Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen Leistungserbringern sollten so verstanden werden, dass es nachversorgende Fachärzte sind, die sich mit beatmungspflichtigen Patienten auskennen und die entsprechende Qualifikation haben. Wenn diese nicht vorliegt und mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin / Hausarzt kooperiert wird, muss sichergestellt sein, dass sich dieser bei fehlender Qualifikation über Videokonferenz die Expertise aus dem Beatmungszentrum bzw. von einem niedergelassenen Experten (Netzwerk) holt.

### **Begründung, Besonderer Teil**

- **Zu Artikel 1, zu Nummer 2, S. 21:** „die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist“.

Forderung: Diesbezüglich fordern wir, dass jederzeit z.B. auch bei laufendem Personalwechsel ausreichend qualifizierte Pflegefachkräfte (qualifiziert nach vorgegebenen Standards) den Patienten betreuen. Heute kommt es immer wieder vor, dass insbesondere in kritischen Zeiten, wie z.B. an Feiertagen und Wochenendnächten keine ausreichende Anzahl qualifizierter Kräfte zur Verfügung stehen. Für

vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen oder für Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V muss der Pflegekraftschlüssel jederzeit, auch in der Nacht, ausreichend sein, um kritische Situationen zu vermeiden.

- **Zu Nummer 3, zu Buchstabe a, S. 23:** Hinweis auf die Rolle des Entlassmanagements in der entlassenden Klinik – dieser muss im Vertrag zum Entlassmanament entsprechend ergänzt werden.
- **Zu Nummer 7, zu Buchstabe b, Seite 25:** „Dieses Stellungnahmerecht erhöht die Gewähr dafür, dass die Entscheidungen des G-BA zur außerklinischen Intensivpflege auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden.“

Forderung: Die Verbände der mit Medizintechnik versorgenden nichtärztlichen Leistungserbringer müssen hier mit eingebunden werden, um die Rolle des nichtärztlichen Leistungserbringers entsprechend zu postulieren.

- **Zu Nummer 12, zu Buchstabe a, S. 28:** „Die Regelung verpflichtet die Vertragsparteien auf Landesebene, in den Verträgen über Krankenhausbehandlung auch zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus durch einen hierfür qualifizierten Facharzt festgestellt wird. Verfügt ein Krankenhaus nicht über solche Fachärzte, hat es entsprechende externe Fachkompetenz hinzuzuziehen“.

Forderung: Hier muss sichergestellt sein, dass nicht 16 unterschiedliche Verträge existieren, die die Entlasssituation regeln, sondern es müssen bundesweit verbindliche Standards als Grundlage für diese Verträge existieren bzw. falls nicht vorhanden, erstellt werden. Die externe Fachkompetenz kann ggf. auch über digitale Lösungen (z.B. Telekonzil) hinzugezogen werden.

**Grundsätzlich begrüßen wir die Stärkung der Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V,** da nun auch zukünftig auf einheitliche Qualitätsstandards zurückgegriffen werden kann und ein bundesweit einheitlicher Standard geschaffen wird. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Unabhängigkeit der Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V vom Pflegedienst und dem nichtärztlichen Leistungserbringer. Die Praxis in der Vergangenheit hat in Einzelfällen gezeigt, dass Patienten nur Zugang zur Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V erhalten haben, wenn sie ihr Wahlrecht auf den von der Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 SGB V bevorzugten nichtärztlichen Leistungserbringer ausgesprochen haben. Diese Praxis wurde auch von den gesetzlichen Krankenkassen kritisch bewertet.