

- IPReG -
Grundsätzliche Überarbeitung notwendig

**Wahlfreiheit und gleiche Versorgungsqualität
für außerklinisch intensivpflegebedürftige
Patienten jeglichen Krankheitsbildes**

Mit dem Rehabilitations- und Intensivpflege Stärkungsgesetz (IPReG) möchte die Bundesregierung die Versorgung von außerklinisch intensivpflegebedürftigen Menschen jeden Alters verbessern und gleichzeitig Missbrauch verhindern. Diese Ziele können durch den aktuellen Entwurf praktisch nicht erreicht werden. Vielmehr übergibt die Bundesregierung mit dem IPReG den Kostenträgern ein Steuerungs- und Machtinstrument, unter welchem die betroffenen Menschen zukünftig leiden werden.

Es ist davon auszugehen, dass der aktuelle Referentenentwurf in seiner Mehrheit in einen Gesetzesentwurf übergehen wird. Die ArGe „Fachgesellschaften und Verbände der außerklinischen Intensivpflege“ beschäftigt sich daher mit der praktischen Umsetzung des Entwurfes, sowie der Bedeutung für die Betroffenen und die pflegenden Fachkräfte.

Leider existiert aktuell keine bundesweite Interessensvertretung in der Pflege. Pflegekräfte sind diejenigen Kräfte im Gesundheitswesen, die meistens ganz nah mit den betroffenen Menschen zusammenarbeiten. Deshalb kennen die Pflegenden in der Regel auch die Bedarfe der Menschen. Eine Art Bundespflegekammer, welche mit einheitlicher Stimme für die Pflege spricht, wird an dieser Stelle und gerade bei diesem Entwurf schmerzlich vermisst. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass im vorliegenden Entwurf die verschiedenen Sektoren der Pflege im klinischen, stationären und ambulanten Bereich konsequent gegeneinander ausgespielt werden.

Eine stärkere Gewichtung der stationären Versorgung ist in dem Entwurf klar zu erkennen. Hieraus ergibt sich selbstredend die Frage, wie die Träger von stationären Einrichtungen in Zukunft die Patienten mit Langzeitbeatmung versorgen möchten, wenn Sie schon heute auf Grund des Personalmangels nicht mehr in der Lage sind, normal pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Im Entwurf ist die Rede von Fehlanreizen durch die unterschiedliche Belastung der Betroffenen und Angehörigen, da diese im stationären Setting durch Investitionskosten, EEE (den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil) und Zuzahlungen im SGB XI belastet werden. Solche Eigenanteile sieht die ambulante Versorgung nicht vor und daher sollen diese Kosten für stationäre Versorgungen zukünftig durch die KV übernommen werden. Hierbei wird gänzlich außer Acht gelassen, dass die Kosten für Miete und Verpflegung sowie für die gemeinsame Haushaltsführung auch im ambulanten Setting zu den Regeleigenleistungen gehören.

Bei einer vollständigen Übernahme der Kosten im Bereich der Einrichtungen des §43 SGB XI würde somit eine Ungleichbehandlung erfolgen, die im umgekehrten Fall zur Formulierung der Fehlanreize geführt hat. Diese Wettbewerbsverzerrung, die man ja eigentlich abschaffen will, wird noch dadurch verstärkt, dass der Gesetzgeber vorsieht, dass die KV per Satzung festlegen kann diese behandlungspflegerischen Leistungen auch noch nach Beendigung der Intensivpflegebedürftigkeit weiterzuzahlen. In der ambulanten Versorgung ist in solchen Fällen eine Weiterversorgung länger als 14 Tage nicht möglich und der Betroffene hat die Versorgung zu wechseln.

Die hochwertige Pflege von intensivpflichtigen Patienten bedarf einer fundierten Fachkenntnis und einer entsprechenden Qualifikation. Die wenigsten Pflegekräfte, die in stationären Einrichtungen arbeiten sind gemäß der Fachgesellschaften KNAIB, DIGAB und DGF für diese verantwortungsvolle Aufgabe weitergebildet. Gemäß der fachgesellschaftlichen Empfehlungen, müssen 3-jährig examinierte Pflegekräfte über

einen strukturierten Grund- und Aufbaukurs „außerklinische Intensivpflege“ verfügen.

Jeder Patient hat das Recht auf eine hohe Versorgungsqualität – egal ob er stationär oder ambulant betreut wird. Dies bedeutet, dass in den unterschiedlichen Versorgungsmodellen, die gleiche personelle und strukturelle Pflege sichergestellt sein muss. Fehlanreize durch rein finanzielle Interessen motiviert, wie sie in dem Entwurf immer wieder aufgeführt sind, werden nicht gelöst, in dem man nun die stationären Einrichtungen bevorzugt, vielmehr sollte ein vernünftiges Gesetz in einer Gleichstellung der Versorgungsarten enden.

Der vorliegende Entwurf wird die Kostenträger nun bemächtigen, im Rahmen von Zumutbarkeitsprüfungen, Patienten konsequent in ein stationäres Setting zu beraten, da die dortigen Kosten in Absprache mit den Trägern dieser Einrichtungen, deutlich die Kosten in der ambulanten, häuslichen oder auch der wohngemeinschaftlichen Versorgung unterschreiten werden. Dies liegt nicht in der Tatsache begründet, dass diese effizienter pflegen können, sondern alleine daran, dass der Personalschlüssel deutlich geringer ausfällt, als in den aktuellen, ambulanten Versorgungen. Pflegekräfte werden hier deutlich mehr Patienten pro Kopf versorgen müssen. Die Pflegequalität wird nicht vergleichbar sein. Es darf nicht Angelegenheit eines Krankenkassenmitarbeiters sein, einem Menschen mit Beatmung das Leben zuhause zu bewilligen oder eben nicht. Die teilhabe- und patientenorientierte Versorgung durch die Krankenversicherungen zeigt schon heute am Beispiel der Hilfsmittel, dass Kostenreduzierungen häufig vor dem Patientenwohl stehen. Es gilt grundsätzlich, dass jeder Mensch das Grundrecht auf freie Wahl des Wohn-/Lebensortes hat. Ob dieser geeignet erscheint oder nicht obliegt nicht dem Urteil oder der Bewertung durch den MD oder die Krankenkasse. Dies bestimmt einzig und alleine der Betroffene.

ArGe „Fachgesellschaften und Verbände der außerklinischen Intensivpflege“

Im Entwurf findet sich in neuer Qualität eine Differenzierung der bisher betroffenen Patienten. Der Begriff der aktiven Teilhabe am Leben soll als Indikator für die Entscheidung des Versorgungsortes verwendet werden. Sehr deutlich wird hier, dass eine freie Wahl der Versorgung und des Versorgungsortes nach diesem Kriterium eingeschränkt werden soll. Was aber ist die aktive Teilhabe am Leben und nach welchen Kriterien soll diese ge- und bemessen werden? Hier wird erneut ein rechtlich unbestimmbarer Rechtsbegriff verwendet und dem Ermessen der KT viel Spielraum eingeräumt. Ob ein Mensch im Wachkoma von seinem gewohnten Umfeld mit vertrauten Menschen profitiert oder er sich im gesellschaftlichen Raum befindet, darf nicht zu einer Bewertung seiner Teilhabefähigkeit führen. Zumal diese ohnehin nicht oder nur sehr schwer zu ermitteln ist. Wir fordern, dass bei der Behandlung der Ansprüche von Behinderten die gleichen Rechte gelten, unabhängig von der Fähigkeit sich hierzu aktiv zu äußern. Das Recht sieht hier – wie im WTG-NRW schon verankert – einen gesetzlichen Vertreter vor. Diese Regelung muss auch im Rahmen der SGB V Gesetzgebung erfolgen.

Die Verpflichtung von Wohngemeinschaften respektive privaten Pflegediensten zur Kooperation mit Fachärzten ist nicht zu erfüllen und gefährdet die Verordnungssicherheit. Ursächlich hierfür ist der bereits bestehende eklatante Fachärztemangel. Fachärzte verfügen außerdem häufig trotz ihrer Fachlichkeit nicht über die notwendige Expertise für den Bereich außerklinische Beatmung. Ein weiteres Problem, dass sich hieraus ergibt ist die Einschränkung der freien Arztwahl durch den Betroffenen. Hier empfehlen wir der Bundesregierung vor Einführung eines Gesetzes die Rahmenbedingungen in pflegefremden Berufsgruppen und Kliniken erst einmal zu verbessern, damit genug Fachärzte für solche Kooperationen dann zur Verfügung stehen.

Die in dem Entwurf benannten und noch zu erarbeitenden Rahmenempfehlungen für die außerklinische Intensivpflege sind nur dann sinnvoll und zielführend, wenn Vertreter und

ArGe „Fachgesellschaften und Verbände der außerklinischen Intensivpflege“

ausgewiesene Experten aus dem Segment der Pflege aktiv mitgestalten können. Die Ausarbeitung der Bundesrahmenempfehlungen durch den GBA innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des angedachten Gesetzes führt außerdem dazu, dass über das IPReG abgestimmt werden muss, ohne dass dieses bisher inhaltlich ausgearbeitet wurde.

