

Das GKV-IPReG und die Folgen für intensivpflegeabhängige Patient*innen mit QSL

„Intensiv-Pflegebedürftige sollen dort versorgt werden können, wo es für sie am besten ist. Das darf keine Frage des Geldbeutels sein. Deswegen schaffen wir verbindliche Qualitätsvorgaben für die Intensivpflege zu Hause, und die Intensivpflege in stationären Einrichtungen wird endlich bezahlbar. Krankenhäuser und Heime verpflichten wir, ihre Patienten wenn möglich von künstlicher Beatmung zu entwöhnen. So stärken wir die Versorgung gerade der Patienten, die oftmals nicht mehr für sich selbst die Stimme erheben können.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Was ist neu ?

Nach Satz 4 obliegt die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort vorliegen, der Krankenkasse. Die Krankenkasse hat dabei in jedem Fall den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung zu beauftragen (vgl. § 275 Absatz 2)“

Was folgt daraus ?

- Der MD/die Krankenkasse kann also die Indikationsstellung und Einschätzung des neutralen Fachexperten überstimmen, der letztendlich für die medizinisch fach- und patientengerechte Überleitung verantwortlich ist (Rahmenvertrag Entlassmanagement 12/2018), das aber heißt nichts anderes als....
- Die Beratung und letztendliche Feststellung der o.g. Voraussetzungen liegen bei dem Kostenträger, d.h. bei der Stelle, die die entstehenden Kosten übernehmen muss und das führt zu....
- einer hauptsächlichen Entscheidungsgrundlage WO (am Günstigsten?) versorgt wird

Es gibt als folgende ERHEBLICHE Bedenken:

- Der MD soll qualitativ prüfen. Aber Beatmungs- Querschnittlähmungs- und Überleitungsexpertise kann derzeit von Autorensseite NICHT festgestellt werden
- Der MD soll auch quantitativ prüfen. Es besteht aber jetzt schon erhebliche Personalengpässe in den verschiedenen MD Niederlassungen. Wie sollen da Erst- und Folgeverordnungen ADÄQUAT durchgeführt werden?
- Wer verhindert denn letztendlich z.B. eine finanziell motivierte Beratung im Sinne eines „Drängens“ in Richtung stationärer Versorgung in einer Pflegeeinrichtung?
- Werden bei einer Entscheidungsfindung auch medizinische, soziale, ethisch-moralische sowie psychische Gesichtspunkte berücksichtigt?
- WAS PASSIERT MIT DEM PATIENTENWILLEN?

Status Quo

- Der MD kann weder qualitativ noch quantitativ QSL Patienten begutachten, weder im Akut- noch im außerklinischen Setting
- Fachärztlich-Hausärztliche Versorgung besteht im Regelfall nur auf dem Papier. Auch hier haben die Wenigsten Beteiligten eine valide Expertise
- Die Experten sind im Regelfall Klinikärzte mit erheblichem Arbeitsaufkommen. Expertise JA...Zeit für außerklinische Nachbegutachtungen NEIN! Juristisch auch schwierig, das die Verantwortung „nach der Schranke“ letztlich wieder beim „Hausarzt“ liegt
- Nur Wenige können mit fachlichem Zugang derzeit ein mögliches „Weaningpotential“ im außerklinischen Setting beurteilen
- ALLE möglichen klinischen Fachärzte in den QZ's beatmen Patienten mit hoher Qualität. Diese finden sich aber z.T. gar nicht in den Gesetzesvoraussetzungen!

Status Quo

- Wie soll die geplante Angleichung der Finanzierung einer Versorgung außerklinischer Intensivpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung auf eine ambulante Versorgung GENAU aussehen? Qualität ist derzeit ERHEBLICH unterschiedlich und die Kosten ca. 7000,- € versus ca. 25 000,- €/Monat werden SICHER NICHT durch die GKV Übernahme des Eigenanteils von 3000,-€ ausgeglichen!
- COVID 19 zeigt außerdem, wie GEFÄHRLICH solche Unterbringungen sein können!!!
- Für die therapeutische Versorgung gilt im Wesentlichen das Gleiche wie für die ärztliche Versorgung. Auch diese ist derzeit nur mangelhaft sichergestellt
- Und wieder ist NULLKOMMANULL geklärt: Wo kommen die Pflegekräfte her und wer schult sie? Alle haben derzeit offene Stellen mit allein schon großer Sorge um die minimale Versorgung der Patienten!

Mögliche Zukunftsaussichten

- Aus der Erfahrung soll ALLES immer wirtschaftlicher werden. Auch hier Angst vor amerikanischem Vorbild: Kurze Erstbehandlung, schnelle Überleitung in „günstige“ Einrichtungen mit fachlich unzureichender Betreuung
- Hohe Todesraten da Expertise fehlt
- Perspektiven erhalten die Menschen in diesen Situationen am Leben. Kräfte- und Illusionsraubende Gespräche/Verhandlungen mit GKV/MD werden ggf. noch vorhandenen Lebenswillen brechen
- Unsinnige MD Gutachten für die Nachbegutachtungen desillusionieren spätestens das außerklinische Setting. Sollen dann Pat. vielleicht sogar umziehen? Aus 1:1 macht lt. „Expertise“ dann eine 1:8 Versorgung?
- Wer begutachtet eigentlich die Hilfsmittel und deren sich verändernden Bedarf?

Fazit

- Die Experten werden weiter in den Kliniken sein, also sollten sie auch aus forensischen Gründen die Begutachtungen durchführen
- Positive Ansätze (Finanzierung, Beatmungsentwöhnung) sind NICHT weitergedacht und VAGE bis unkenntlich formuliert
- Pflegeanreize-Gesetze MÜSSEN Vorrang vor Diesem hier haben
- Beatmungsexpertise ist und bleibt auch in sich facettenreich und verschieden. Das wird ebenfalls nicht berücksichtigt und nicht definiert
- Es müssen Versorgungskonzepte geschaffen werden, die den Bedürfnissen der unterschiedlichen Patientengruppen gerecht werden
- Der Patientenwille muss die letzte Instanz bleiben, nicht die GKV oder der MD