



Foto: picture alliance/dpa/Thomas Frey

Intensivpflege

Ein Gesetz mit vielen Schwächen

Trotz langer Proteste von Beatmungspatienten wurde das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz im Juli beschlossen. Sie fühlen sich bevormundet. Auch Mediziner kritisieren Unschärfen und fehlende Strukturen. Richten soll es der Gemeinsame Bundesausschuss.

Das im Juli beschlossene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) ängstigt viele Beatmungspatientinnen und -patienten. Sie sehen ihr Recht auf Selbstbestimmung in Gefahr. Auch viele Ärztinnen und Ärzte sind mit dem Beschluss unzufrieden. An vielen Stellen sei das Gesetz unscharf, vernachlässige, dass es bei Beatmungspatienten verschiedene Gruppen und Bedürfnisse gebe und in Teilen Deutschlands Ärzte und Einrichtungen für die Umsetzung fehlten, so die Kritik.

Die Hoffnungen vieler ruhen nun auf dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Das Gremium soll bis Dezember 2021 die Richtlinien für die Umsetzung des Gesetzes entwickeln. Doch die Kernproble-

me werden bleiben, fürchten Kritiker. Die Ursachen liegen auch in den Ursprüngen des Gesetzes.

Das IPReG sollte Missstände beseitigen. Über Jahre hatten sich kriminelle Pflegedienstleister Millionenbeträge gesichert, indem sie den Pflegebedarf außerklinisch betreuter Patienten aufbauchten und den Krankenkassen kostspielige Leistungen in Rechnung stellten. Beatmungszeiträume wurden dafür unnötig in die Länge gezogen, Begutachtungen durch die Kassen gezielt manipuliert, Patienten in Pflegegemeinschaften untergebracht, die nicht für eine Intensivbetreuung umgebaut wurden. Razzien in mehreren Bundesländern hatten den organisierten Betrug 2019 offengelegt.

Mit dem ersten Entwurf des IPReG, den sein Ministerium vor knapp einem Jahr vorlegte, wollte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) durchgreifen: Verbindliche Qualitätskriterien für die außerklinische Pflege, strenge Kontrollen, frühzeitige Prüfung von Entwöhnungspotenzial.

Die besonders kostenintensive und zugleich schwer kontrollierbare Pflege im eigenen Zuhause sollte zur Ausnahme unter hohen Auflagen, die stationäre Betreuung durch das Streichen hoher bisher fälliger Eigenkostenanteile zur Regelversorgung werden. Betrüger sollten es so schwer wie möglich haben, doch die Patientenrechte gerieten dabei scheinbar aus dem Fokus. Viele sahen sich ihrer Möglichkeit beraubt,

selbst zu entscheiden, wo sie betreut werden wollen. Betroffene und Interessenverbände liefen Sturm gegen den Vorstoß.

Mehrmals wurde der Gesetzentwurf daraufhin umgeschrieben. Doch auch in seiner finalen Form sind die Ängste der Betroffenen nicht ausgeräumt. Den „berechtigten Wünschen“ Versicherter nach einer Pflege im eigenen Haushalt, bei der Familie oder auch an anderen geeigneten Stellen wie einer Schule oder einer Behindertenwerkstatt sei zu entsprechen, heißt es dort.

Einmal jährlich soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Qualität der Pflege am gewählten Leistungsort prüfen. Entspricht diese nicht den noch vom G-BA festzulegenden Kriterien, sollen Patient und Krankenkasse eine Zielvereinbarung treffen, mit der die Mängel beseitigt werden sollen. Gelingt das nicht, oder wird dem MDK der Zutritt verwehrt, können die Krankenkassen ihre Zahlungen einstellen und diese an die Unterbringung in einer stationären Einrichtung knüpfen.

Patient bei Zielvereinbarungen am kürzeren Hebel

Experten sehen hier eine der deutlichsten Schwächen des Gesetzes. „Die Formulierung ‚berechtigter Wunsch‘ ist extrem vage. Ich hatte eine klare Regelung im Gesetzestext erwartet, die die berechtigten Befürchtungen der Betroffenen hätte ausräumen können“, sagt Dr. med. Bettina Temmesfeld-Wollbrück. Sie ist leitende Oberärztin an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie der Charité und Leiterin des Weaningzentrums, einer interdisziplinären Einrichtung, in der Patienten individuell von der künstlichen Beatmung entwöhnt werden. „Doch in Kenntnis der Eigenart von Leistungsträgern und dem MDK zur dynamischen Interpretation von Vereinbarungen und Texten werden diese von mir weiterhin geteilt“, so die Medizinerin.

„Auf der Grundlage der nun beschlossenen Regelungen haben betroffene Patientinnen und Patien-

ten weitreichende Möglichkeiten, den Ort ihrer Versorgung selbst zu bestimmen“, ist hingegen Jürgen Brüggemann, Leiter des Teams Pflege beim Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) überzeugt. Er verweist auf die Möglichkeit der Betroffenen bei erforderlichen Nachbesserungen eine Zielvereinbarung mit der Krankenkasse zu treffen.

Temmesfeld-Wollbrück hält diese nicht für ein geeignetes Instrument. „Bei Zielvereinbarungen geht es um Geld, sie machen nur unter gleichberechtigten Partnern Sinn. Der Patient wird gegenüber dem Leistungserbringer hinsichtlich der Formulierung, Umsetzung und Erfolgsbeurteilung einer Zielvereinbarung aber immer am kürzeren Hebel sitzen“, so die Ärztin.

Die Gefahr, gegen den eigenen Wunsch von der häuslichen in die stationäre Pflege verlegt zu werden, bestehe also weiterhin. Besonders zeige sich die Problematik einer möglichen Zwangsverlegung am Beispiel von Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen, die in der Regel körperlich stark, aber kognitiv gar nicht eingeschränkt sind und daher ein unstrittiges Recht auf Autonomie hätten.

Der Gesetzgeber habe es schlicht versäumt, hier zu differenzieren, kritisiert auch Dr. med. Martin Bachmann, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB). „Das Gesetz zielt vor allem auf Patienten mit Entwöhnungspotenzial ab. Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung gar kein Entwöhnungspotenzial haben, vor allem solche, die keinerlei kognitive Einschränkung haben und selbstbestimmt leben können, sind gar nicht berücksichtigt“, erklärt Bachmann, der als Chefarzt der Klinik für Intensiv- und Beatmungsmedizin mit angeschlossenem Weaningzentrum am Asklepios Klinikum Harburg tätig ist.

Gerade diese Patienten müssten nun jedes Jahr aufs Neue fürchten, gegen ihren Willen in die stationäre Pflege gezwungen zu werden. Auch die Opposition im Bundestag hatte

sich gegen eine jährliche Begutachtung solcher Patienten ausgesprochen. Grüne, Linke und FDP hatten vor dem Beschluss des IPReG einen Antrag eingebracht, der vorsah, die Prüfungen der Pflege bestimmter Patientengruppen in größeren Abständen durchzuführen, um sie nicht unnötig zu belasten. Dieser wurde jedoch abgelehnt.

Entscheidungsrolle der Krankenkassen kritikwürdig

MDS-Experte Brüggemann bewertet die jährliche Begutachtung der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch den Medizinischen Dienst als qualitätsverbesserndes Element. „Diese Begutachtung kann zu einer Stabilisierung oder Verbesserung der Versorgung beitragen. Dies ist insbesondere deshalb sinnvoll, weil Menschen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege in aller Regel schwer krank sind und sich jederzeit Krisen und Verschlechterungen ergeben können, auf die reagiert werden muss“, erklärt Brüggemann.

Kritiker wie Bachmann hoffen indes auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. „Dem G-BA muss es gelingen, im Rahmen der Richtlinienentwicklung für die verschiedenen Gruppen der Beatmungspatienten angemessene Lösungen zu finden“, so der Mediziner. Doch auch wenn das gelänge, bleibe die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsrolle der Krankenkassen und des MDK kritikwürdig.

So dürfen zwar laut Gesetz nur noch besonders qualifizierte Fachärzte die außerklinische Intensivpflege verordnen und den unter medizinischen und sozialen Gesichtspunkten sinnvollsten Leistungsort festlegen. Bevor diese Verordnung umgesetzt wird, soll aber noch eine Beratung durch einen Krankenkassenmitarbeiter erfolgen. Ob die Voraussetzungen für die intensivpflegerische Versorgung am Leistungsort vorliegt, entscheidet die Krankenkasse.

„Es gibt Qualifikationserfordernisse für den ärztlichen Fachexperten, aber keinerlei Vorgaben für die fachliche und klinische Qualifikation oder Erfahrung der Mitarbeiter

von Krankenkassen und MDK“, kritisiert Bachmann. Die Krankenkassenmitarbeiter, welche die Beratungen durchführten, seien häufig Krankenpfleger, die in der außerklinischen Intensivversorgung nur wenig Erfahrung hätten. Bei den begutachtenden MDK-Mitarbeitern seien mitunter sehr unterschiedliche Qualifikationen vorhanden. „Es kann also sein, dass ein Augenarzt oder ein Gynäkologe darüber entscheidet, ob das, was zuvor ein besonders qualifizierter Experte entschieden hat, richtig ist“, so Bachmann. „Das ist ein Zustand, der so nicht eintreten darf. Auf beiden Seiten müssen die gleichen Qualifikationsvorgaben gelten.“

Vorgaben für Qualifikation der Gutachter stehen noch aus

Laut Brüggemann entscheide sich das erst, „wenn die Rahmenbedingungen für die neue Leistung der außerklinischen Intensivpflege abgesteckt sind“. Erst daraus würde sich ergeben, was die Begutachtungsaufträge an die Medizinischen Dienste konkret beinhalten werden. Abhängig davon sei zu entscheiden, welche Qualifikationen für die zukünftigen Begutachtungen erforderlich sein werden, so Brüggemann.

Bereits heute würden Krankenkassen die MDK mit der Begutachtung beauftragen, wenn außerklinisch versorgten Intensivpatienten eine spezielle Krankenbeobachtung im Rahmen der häuslichen Kran-

kenpflege verordnet werde. „Diese Begutachtungen übernehmen in aller Regel hoch spezialisierte Gutachterinnen und Gutachter wie Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Anästhesie, Neurologie oder mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin“, so Brüggemann.

Sollten künftig tatsächlich ausschließlich solche Spezialisten die Begutachtungen durchführen, entspräche deren Qualifikation den dann verordnungsberechtigten Medizinerinnen. Darunter fallen laut den Erläuterungen zu dem Gesetz unter anderem Lungenfachärzte, Anästhesisten, Neurologen und Intensivmediziner. Diese können Vertragsärzte, Ärzte medizinischer Versorgungszentren oder ermächtigte Krankenhausärzte sein.

„Allgemeinmediziner und hausärztlich versorgende Internisten sind nicht mehr berechtigt“, erklärt Temmesfeld-Wollbrück. Hier ergibt sich ein weiteres Problem des IPReG. Denn in ländlichen Gebieten mit geringer Facharztichte könnte es schnell zu Engpässen kommen, fürchtet die Expertin.

Auch Bachmann betont: „Eine flächendeckende Versorgung durch ausreichend qualifizierte Experten allein aus dem niedergelassenen Bereich oder über Ermächtigungen wird bundesweit ausgesprochen schwer.“ Die DIGAB sehe ein sektorenübergreifendes Modell als Lösung – mit Teams aus ärztlichen,

pflegerischen und therapeutischen Experten, die aus dem ambulanten Bereich und spezialisierten Zentren gestellt werden könnten.

Nicht genug Behandlungsplätze für Entwöhnungspatienten

Doch auch im Bereich der Expertenzentren könnte es eng werden. Das IPReG sieht finanzielle Anreize für eine frühzeitige Prüfung von Entwöhnungspotenzialen vor. Kliniken, die diese Möglichkeit nicht wahrnehmen, müssen mit Strafzahlungen rechnen. Zu viele Versicherte würden bisher unnötigerweise als Beatmungspatienten entlassen, schreiben die Autoren des Gesetzes. Die Korrektur dieser Fehlentwicklung sei durchaus sinnvoll, so Temmesfeld-Wollbrück.

„Sollte es dadurch aber zu einem deutlichen Anstieg von Entwöhnungspatienten kommen, wird die Anzahl der Behandlungsplätze nicht ausreichen.“ Eine qualifizierte Entwöhnungsbehandlung könne Wochen oder auch Monate in Anspruch nehmen. „Hierfür müssten auch außerhalb der Ballungsräume wohnortnahe Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden, um das soziale Umfeld in den Entwöhnungsprozess einbinden zu können“, so die Expertin. Auch für solche Zentren müsse der G-BA frühzeitig Qualitätsrichtlinien entwickeln, ergänzt Bachmann. Ob sich all das rechtzeitig zum Inkrafttreten des Gesetzes umsetzen lässt, bleibt abzuwarten.

Alina Reichardt

3 FRAGEN AN...

Dr. med. Bettina Temmesfeld-Wollbrück, Leiterin des Weaningzentrums und Geschäftsführende Oberärztin der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie der Charité



Welche Punkte des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) sind gelungen?

Als wichtige Punkte der Verbesserung empfinde ich den erleichterten Zugang zur Rehabilitation, die an die Spitzenorganisationen gestellte Aufgabe zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen und Qualitätskriterien für die außerklinische Intensivpflege und die (auch erlösmäßige) Stärkung der Beatmungsentwöhnung.

Wo sehen Sie das größte Problem?

Extrem problematisch und strikt abzulehnen ist die Erzwingung einer Umversorgung aus der Intensivpflege im eigenen Haushalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Was ein „berechtigter Wunsch“ nach häuslicher Versorgung ist, liegt letztlich im Auge des Betrachters. Das Gesetz öffnet der Bevormundung durch Krankenkassen und die Medizinischen Dienste dieser Formulierung Tor und Tür.

Was wird sich in Ihrem Arbeitsalltag durch das IPReG verändern?

Ich hoffe auf die Möglichkeit einer zeitgerechteren Entlassung von Patienten in die Anschlussrehabilitation. Dadurch können stationäre Ressourcen etwa für die Aufnahme von Patienten zur Beatmungsentwöhnung geschaffen werden. Durch die Neuregelung könnte aber der Dokumentationsaufwand anwachsen, sodass den Patienten weniger Arbeitszeit gewidmet werden kann.