

SGB: „Im Koma nicht mehr zum Sozialfall!“

Allerdings ist der Entwurf zur Richtlinie

„Häusliche Krankenpflege für Wachkomapatienten“ völlig ungenügend

Wer für seine Ziele
nicht kämpft,
hat schon verloren!
Wenn nicht wir,
wer dann?



Bei einem Zusammentreffen mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt machte ich ihr unsere Meinung zu dem uns bereits damals bekannten Vorschlagsentwurf deutlich. „Das Ministerium wird den Vorschlag für die neuen Richtlinien ganz genau unter Vorgabe des Sozialgesetzbuches prüfen“, so Ministerin Ulla Schmidt.

(an) Unser Verband hat nun nach jahrelangem Wirken erreicht, dass das Bundesgesundheitsministerium den politischen Willen, dass Patienten im Wachkoma mit ihren Familien nicht mehr in die Sozialhilfe abstürzen, in das Sozialgesetzbuch aufgenommen hat. Vielmehr soll die Pflegeversicherung einerseits und die durch das Krankheitsbild „Apallisches Durchgangssyndrom“ bedingten medizinischen Behandlungspflegekosten durch die Krankenkasse andererseits erstattet werden. Für die Familien der Betroffenen dürfte demnach nur, ähnlich wie bei anderen Unterbringungen in Altenpflegeheimen, der Anteil für Verpflegung, Unterbringung sowie der Investitionskostenanteil. Um diesen politischen Willen des Ministeriums und des Bundestages zu erreichen, haben wir unser Berechnungsmodell erstellt:

- ca. 51% Krankenkasse (Kostenanteil medizinisch-aktivierende Behandlungspflege und Prävention gemäß Krankheitsbild „Apallisches Durchgangssyndrom“)
- ca. 38% Pflegekasse (Kostenanteil reine Pflege) bei Pflegestufe 3
- ca. 11% Eigenanteil Patient/Angehörige (Verpflegung, Unterbringung, Zuschuss Investitionskosten)

Der Gesetzgeber sieht vor, dass bereits ab 01. April 2007 dieser politische Wille greift, damit Patienten im Wachkoma

mit ihren Familien möglichst nicht mehr in die Sozialhilfe abstürzen.

Richtlinienauftrag an den „Gemeinsamen Bundesausschuss Krankenkassen und Ärzte“

Das Ministerium für Gesundheit hat nun zur Erarbeitung der Richtlinien und der Vorschriften für die Umsetzung dieses politischen Willens den Auftrag an den „Gemeinsamen Bundesausschuss für Krankenkassen und Ärzte“ gegeben, damit dieser gemäß der Vorgabe Richtlinien dazu erstellt.

Häusliche Krankenpflege künftig auch in Phase F – Einrichtung

Ab 01.04.2007 sollen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht nur im eigenen Haushalt, sondern unter bestimmten Bedingungen auch an anderen Orten (Spezialpflegeeinrichtungen Phase F) verordnungsfähig sein (Erweiterung des Haushaltsbegriffes). Weiterhin wird die Verordnung von medizinischer Behandlungspflege künftig bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, aber auch in Pflegeheimen in den Richtlinien zu regeln sein. Darüber hinaus soll in den Richtlinien die Verordnung von

häuslicher Krankenpflege beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung geklärt werden. Der „Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen“ hat zudem das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bestimmen. Ein besonders hoher Pflegebedarf ist dann gegeben, wenn die Sicherung der ärztlichen Behandlungsziele nur durch den Einsatz einer zusätzlichen Pflegefachkraft erreicht werden kann. Bei Patienten in Pflegeeinrichtungen ist besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege dann anzunehmen, wenn eine individuelle behandlungspflegerische Betreuung mangels Planbarkeit der Einsätze rund um die Uhr erforderlich ist oder wenn zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes die ständige Anwesenheit und Bereitschaft einer Pflegekraft notwendig ist.

Entwurf zur Genehmigung an das Ministerium

Der „Gemeinsame Bundesausschuss Krankenkassen und Ärzte“ hat nun den ersten Entwurf fertig gestellt. Dieser Entwurf wurde zur Stellungnahme an



SGB: „Im Koma nicht mehr zum Sozialfall!“

die verschiedenen Organisationen sowie die Bundesärztekammer versandt. Nach einer Rückäußerungsfrist von vier Wochen soll nach dem vorliegenden Zeitplan dann die abgeänderte Richtlinienempfehlung zur Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit geleitet werden. Es wird damit gerechnet, dass spätestens im Januar/Februar 2008 diese geänderten Richtlinien Gesetz werden.

Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht mit dabei

Auf den ersten Blick ist bei dem Richtlinienvorschlag des „Gemeinsamen Bundesausschusses Krankenkassen und Ärzte“ erkennbar, dass ein Großteil der durch das Krankheitsbild bedingten behandlungspflegerischen Einrichtungen sowie Pflegemaßnahmen, außerdem Gerätschaften und Material überhaupt nicht berücksichtigt wurde.

Bei Betrachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen, die durch die Krankenkassen übernommen werden sollen, entsteht geschätzt maximal ein Betrag von 900 Euro. Dadurch wird deutlich, dass dem politischen Willen, den Fami-

lien nur noch einen belastbaren Betrag aufzuerlegen, bei weitem nicht gefolgt wurde.

Für die Änderung der Richtlinien muss der politische Wille ausschlaggebend sein, der die Einbeziehung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen erfordert.

So fehlen z.B.:

- Trachealknülenwechsel
- Gänsegurgel (Tubusverlängerung)
- Schlauchsystemwechsel
- Cuffdruckkontrolle
- BGA-Kontrolle
- Beatmungsparameterkontrolle
- Tägliches Reinigen und Filterwechsel des Absauggerätes
- Feuchtigkeitsfilter
- Kontrollierte Essensgabe
- Zwischengetränk anbieten
- Medikamente vorbereiten und verabreichen
- Gewichtskontrolle mit der Bettenwaage
- Basale Stimulation
- Atemstimulierende Einreibung
- Bewegungsfahrrad
- Stehbett
- Tägliche Stehübungen usw.

Weiterer krankheitsbedingter Mehraufwand

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind auch übliche Pflegemaßnahmen nach dem SGB V sofern sie krankheitsbedingt vermehrt (z.B. fünf statt drei mal tägliche Mundpflege) oder mit deutlich höherem Zeitaufwand (z.B. zeitintensivere Mobilisation im Bett bei einem beatmungspflichtigen Patienten) durchzuführen sind. In diesem Fall ist der Mehraufwand krankheitsbedingt zu bewerten.

Krankheitsbedingter Investitionsaufwand in der Pflege

In verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen ist auch der Mehraufwand (entsprechend Ziffer 1.8) an benötigten medizinisch-technischen Geräten einzubeziehen.

(Diese Aufstellung wurde erstellt in der Wachkomastation im Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg durch Klaus Emmerich, Controlling.

Tel. 0 96 61/5 20-4 70 und 4 71

siehe Anlage 4

Was sagen die Fachleute dazu?

Sehr geehrter Herr Nentwig,



Rudolf Bauer

wir können der Stellungnahme der Wachkomastation im Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg uneingeschränkt zustimmen. Die Pflegesätze in der Phase F – Einrichtung sind fast überall identisch. Daher kann ich auch den Berechnungen zustimmen. Ich bin der festen Überzeugung, dass die vom „Gemeinsamen





Klaus Emmerich

Anlage 4

Bewertung der Wachkoma-Station in Sulzbach-Rosenberg

Rechenbeispiel in Euro

Hauseigene Ermittlungen
Spezialeinrichtung Phase F
Sulzbach-Rosenberg

Vorschlag
Gemeinsamer Bundesausschuss

Ermittlungsschema anhand
detaillierter Zeitaufschreibung

Pflegestufe	Anteil Pflege	Anteil Wachkoma
2	44,74%	55,26%
3	36,80%	63,20%
3h	25,98%	74,02%

Pflegestufe	Anteil Pflege	Anteil Wachkoma
2	100,00%	0,00%
3	78,98%	21,02%
3h	79,42%	20,58%

Derzeitiger Zustand	Konsequenz aus Vorschlag Gemeinsamer Bundesausschuss	Unsere Forderung, Pflegestufe 3, Wachkoma
Pflegekasse 1.432,00	Pflegekasse 1.432,00	Pflegekasse 1.432,00
Zuzahlung Krankenkasse 0,00	Zuzahlung Krankenkasse 903,84	Zuzahlung Krankenkasse 2.808,46
Eigenanteil Bewohner bzw. Soz.Hilfe 3.864,12	Eigenanteil Bewohner bzw. Soz.Hilfe 2.960,28	Eigenanteil Bewohner 1.055,66

Hauseigene Ermittlung der Anteile Krankenkasse und Zuzahlung Bewohner
Spezialeinrichtung Phase F, Sulzbach-Rosenberg

Pflege-stufe	akt. Tagessatz Phase F				Aufwand 30,42 Tage	Pflege-kasse	Kranken- Kasse	Eigen-anteil
	Pflege	UKV	Investition	Gesamt				
1	62,52	17,77	15,00	95,29	2.898,72	1.022,00	91,26	1.785,46
2	82,22	17,77	15,00	114,99	3.498,00	1.279,00	1.473,46	745,54
3	141,33	17,77	15,00	174,10	5.296,12	1.432,00	2.808,46	1.055,66
3h	141,33	17,77	15,00	174,10	5.296,12	1.688,00	3.273,42	334,70

Ermittlung unter Berücksichtigung des Vorschlages Gemeinsamer Bundesausschuss
(nur Beatmung/Trachiostroma, u.a., kein Mehraufwand Pflege, kein Investitionsaufwand)

Pflege-stufe	akt. Tagessatz Phase F				Aufwand 30,42 Tage	Pflege-kasse	Kranken- Kasse	Eigen-anteil
	Pflege	UKV	Investition	Gesamt				
1	62,52	17,77	15,00	95,29	2.898,72	1.022,00	0,00	1.876,72
2	82,22	17,77	15,00	114,99	3.498,00	1.279,00	0,00	2.219,00
3	141,33	17,77	15,00	174,10	5.296,12	1.432,00	903,84	2.960,28
3h	141,33	17,77	15,00	174,10	5.296,12	1.688,00	884,78	2.723,34

erstellt am 20.11.07
Wachkoma-Station
Sulzbach-Rosenberg

Bundesausschuss Krankenkassen und Ärzte“ vorgeschlagenen Vorgaben nicht die Zustimmung der Bundesgesundheitsministerin erhalten werden. Wird dieser Vorschlag so durchkommen, bleiben die betroffenen Angehörigen Sozialhilfeempfänger wie bisher auch. Dann hätte man sich den ganzen Aufwand ersparen können.

Rudolf Bauer

Seniorenzentrum Rosengarten
Bundesvorsitzender der BAG Phase F

Das Zentrum für Pflege und Therapie „Alpenpark“ Kiefersfelden gibt folgende Stellungnahme:

Unser Vorschlag ist es, die einzelnen Verrichtungen in Überbegriffen zu ordnen, die dann patientenbezogen aufgelistet werden können:

(Pflege-)therapeutische Maßnahmen:

- Stehbrett, Stehbett
- Geh-/Stehübungen
- Aber auch: Prophylaxen, Lagerungen

Trachealkanülenmanagement:

- Wechsel der Kanüle
- Absaugen
- Pflege des Tracheostoma etc.

Spezielle Pflege bei Beatmung:

- Wechsel der Gänsegurgel
- Prüfung der Parameter und Realwerte usw.

So könnte sicher gestellt werden, dass ein möglichst umfassender und lückenloser Katalog entsteht, der dann auf den jeweiligen Patienten angepasst wird.

Ansonsten gibt es zu der Aufstellung nichts hinzuzufügen!

Ingrid Ranzinger

Zentrum für Pflege und Therapie
Kiefersfelden



Ingrid Ranzinger

Diese fachlichen Bewertungen sind deutlich genug und sollten dem Bundesausschuss und dem zu beurteilenden Bundesgesundheitsministerium zu denken geben.