

MoRe in der außerklinischer Intensivpflege

Martin Groß

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Laufende Entwicklungen



I) Alternde Gesellschaft

II) Zunahme von

- chronischen Erkrankungen
- neurologischen Erkrankungen
- Multimorbidität
- Behinderung

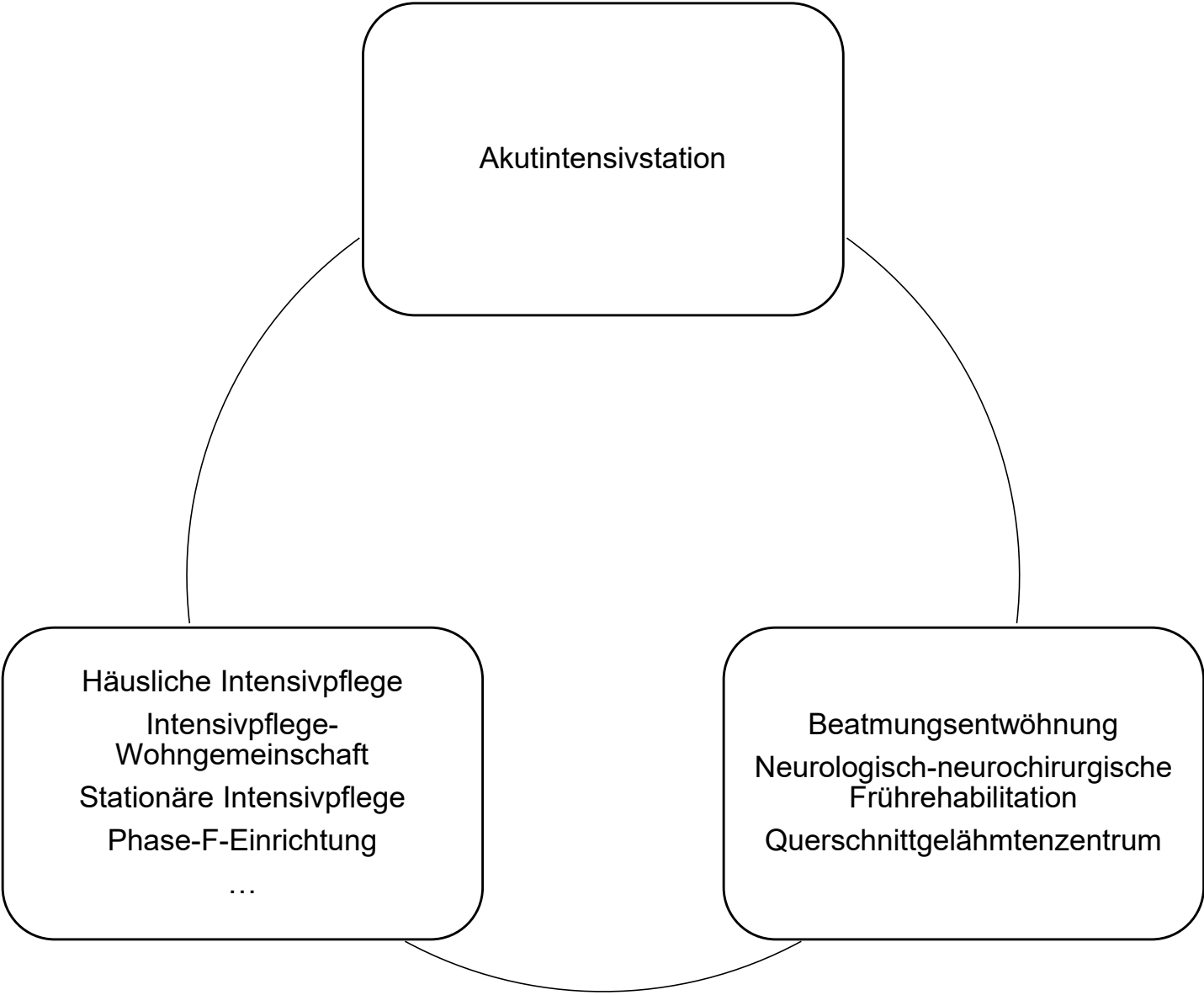
III) Entwicklung der Professionen

- Pflegekatastrophe
- Etablierung neuer Gesundheitsberufe (Atmungstherapeut, Physician Assistant)

IV) Zeitalter von

- Assistiven und lebenserhaltenden Technologien
- Immun- und Gentherapien, Heilbarkeit erblicher Erkrankungen

Versorgungsorte akut und chronisch kritisch-kranker Menschen



Patienten der außerklinischen Intensivpflege

Ca. 26000 Patienten in Deutschland

tracheotomiert und absaugpflichtig, invasiv beatmet oder lebenserhaltend nichtinvasiv beatmet

bei >50% neurologische Grunderkrankung

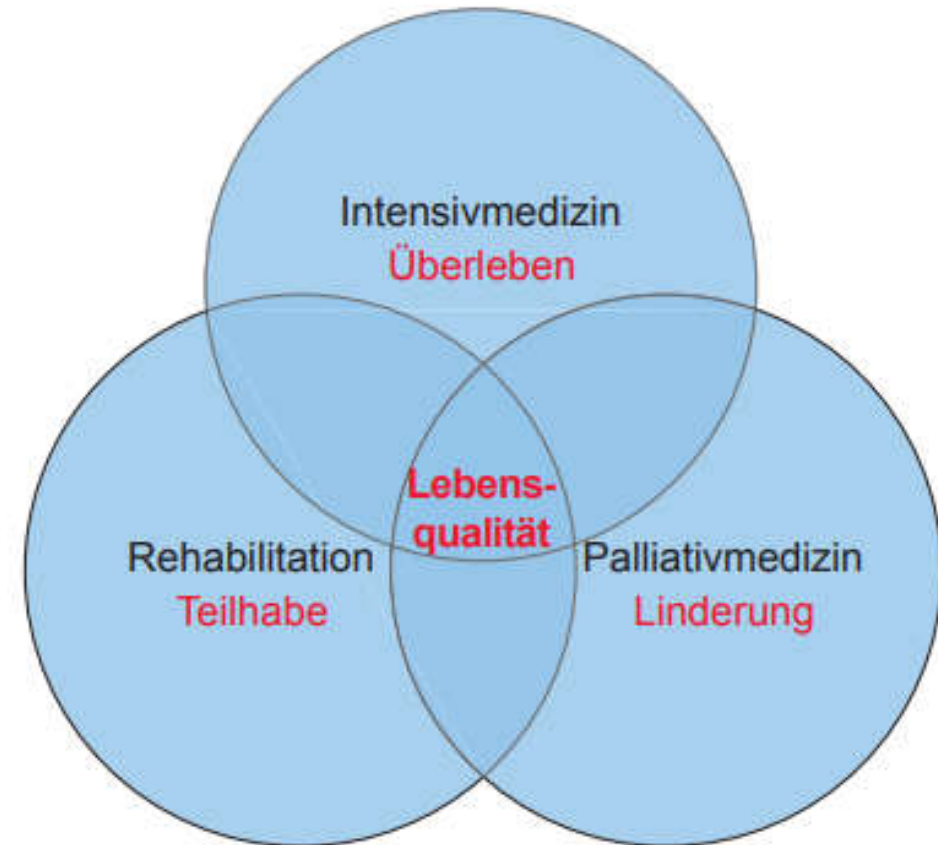
mehr Patienten mit Trachealkanüle ohne Beatmung als mit nichtinvasiver oder invasiver Beatmung zusammen

Ca. 50% älter als 60 Jahre

Unabhängig von der Grunderkrankung komplexe Beeinträchtigung von Aktivität und Participation (ICF)

Behandlungsprinzipien für prolongiert und chronisch schwerstkranke Patienten

Interdisziplinarität
Patientenzentrierung
Angehörigenorientierung
Intersektoralität
Life long care



Aus: Keller, Fachpflege Außerklinische Intensivpflege, Elsevier, München

Eindrücke



Amyotrophe Lateralsklerose

Pflege und Therapie

Martin Groß | Christine Keller | Nathalie Scheer-Pfeifer

AIP AKADEMIE



Eindrücke

Es geht ums Leben: Wie die Intensivpflege zu Hause Kevin Grewe hilft

Von Thomas Pertz | 02.11.2023, 06:12 Uhr

Beitrag hören:  06:11



Um sich zu verstehen: Stefan Enders, Account Manager der Bundesweiten Intensiv-Pflege-Gesellschaft* (bipG), und der Lingerer Kevin Grewe (rechts). FOTO: THOMAS PERTZ.

Kevin Grewe ist ein Fall für die Intensivpflege. Aber vor allem ist der Lingerer ein Mensch, der im November 28 wird. Trotz einer derzeit nicht heilbaren Erbkrankheit, die - ausschließlich bei Jungen - häufig bereits vor dem 18. Lebensjahr zum Tod führt.

<https://www.noz.de/lokales/lingen/artikel/intensivpflege-zu-hause-fuer-lingerer-kevin-grewe-gute-lebenszeit-45749409>

Bericht: Lutz Polanz, Jochen Taßler



Geschäfte mit Todkranken: Der boomende Markt der Intensiv-Pflege | Monitor | 08.09.2016 | 10:35 Min. | Verfügbar bis 30.12.2099 | Das Erste

Verdeckte Aufnahmen bei ambulanten Pflegediensten. Wir wollten wissen: Wie ernst nehmen solche Einrichtungen Patientenverfügungen von Schwerstkranken, die sich selbst nicht mehr äußern können? Vor allem, wenn es um lukrative Fälle geht...

<https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/intensivpflege-100.html>

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die **ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft** oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist... Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine **Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist**... Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das **Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung** sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken.

=> Konkretisierung in der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie

Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des G-BA



Inhalt

- § 1 Grundlagen..... 3
- § 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege 4
- § 3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege..... 5
- § 4 Verordnungsvoraussetzungen von außerklinischer Intensivpflege..... 6
- § 5 Potenzialerhebung 7
- § 6 Verordnung von außerklinischer Intensivpflege..... 10
- § 7 Dauer der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege..... 12
- § 8 Qualifikation der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte 12
- § 9 Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 13
- § 10 Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die
außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements 14
- § 11 Genehmigung von außerklinischer Intensivpflege 15
- § 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen
Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer
Intensivpflege..... 16
- § 13 Evaluation..... 17
- § 14 Inkrafttreten und Übergang zur Leistungserbringung nach § 132I SGB V..... 17

1. Erhebung und Dokumentation des Potenzials zur Entwöhnung von Beatmung oder Trachealkanüle vor jeder Verordnung von AKI
2. Erhebung mindestens alle sechs Monate, ggf. telemedizinisch, jedoch mindestens einmal jährlich unmittelbar persönlich, vorrangig am Leistungsort
3. Wenn kein Potenzial zur Entwöhnung von Beatmung oder Trachealkanüle Erhebung in der Folge mindestens alle 12 Monate durchgeführt mit Schwerpunkt auf Therapiekontrolle oder Therapieoptimierung
4. Bei Feststellung eines fehlenden Potenzials zur Entwöhnung von Beatmung oder Trachealkanüle zweimal in Folge innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung Verordnung auch ohne erneute Erhebung zulässig
5. Bei bestehendem Potenzial **unverzögliche** Einleitung weiterer Maßnahmen durch den verordnenden Vertragsarzt in Abstimmung mit dem Versicherten, insbesondere **Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung spezialisierte stationäre Einrichtung**

Unklarheiten



Unklar: Stehen ausreichend spezialisierte Ärzte zur Verfügung?

Unklar: Stehen ausreichend Behandlungskapazitäten in spezialisierten Einrichtungen zur Verfügung?

Unklar: Wieviele Patienten können überhaupt geweant und dekanüliert werden?

Unklar: Welche Risiken bedeuten Weaning und Dekanülierung für den Patienten?

Stellenwert von Rehabilitation, Teilhabe und Lebensqualität in der AKI-Richtlinie



Dokumentensuche nach Begriff „**Teilhabe**“: **0 Treffer**

Rehabilitation der Patienten der AKI nicht geregelt

§ 2 Ziele der außerklinischen Intensivpflege

(1) Sie (die AKI) dient im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung **auch** der Verbesserung der Lebensqualität.

(5) Besteht bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten **keine Aussicht auf nachhaltige Verbesserung** der zu Grunde liegenden Funktionsstörung, ist die Zielsetzung insbesondere die Therapieoptimierung und damit die Verbesserung der Lebensqualität.

=> Lebensqualität ist nach AKI nur bedeutsam, wenn der Patient stagniert, und soll dann über eine „Therapieoptimierung“ verbessert werden. Keine weiteren konkreten Hinweise.

§3 Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege

Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege ist die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Pflegefachkraft über den gesamten Versorgungszeitraum zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege.

§ 12 Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege



1. Die an der außerklinischen Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weiteren Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (zum Beispiel geeignete Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger, Atmungstherapeuten) **arbeiten im Rahmen eines Netzwerkes eng zusammen.**
2. Dazu gehören, ausgerichtet an dem individuellen Bedarf der oder des Versicherten, **Teambesprechungen** aller beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Angehörigen von Gesundheitsfachberufen mit **klar definierten und dokumentierten Absprachen.**
3. Hierbei sollen die oder **der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten An- und Zugehörigen** in geeigneter Weise **eingebunden** werden.
4. Im Rahmen der Zusammenarbeit sollen auch **Kooperationen mit spezialisierten Einrichtungen** entsprechend der Grunderkrankung eingegangen werden.

Exkurs: Vergütung im EBM



Potentialerhebung	29,53
+10min.	14,71
FEES	33,79
BGA	9,65
Grundpauschale	18,27
Konsil	12,18
AKI-Verordnung	19,19
Koordination der AKI	31,60
Fallkonferenz	9,88

Details

https://www.kbv.de/html/1150_61013.php

Versorgung und Versorgungscoordination in der Praxis



Verfügbarkeit der Heilmittelerbringer in der außerklinischen Intensivpflege nicht gesichert und regional gar nicht vorhanden

Frequenz der Teambesprechungen nicht vorgegeben, bisher keine Prozesse etabliert

Finanzierung der ärztlichen Leistungen gering, schlechte Verfügbarkeit von Kollegen, die Patienten in der AKI behandeln

Schlecht behandelte Symptome, kaum Verfügbarkeit von Botulinumtoxintherapie

Nicht- oder Fehlversorgung mit Hilfsmitteln, Nichtanwendung

Selten Zugang zum ersten Arbeitsmarkt (in der UN-BRK verbrieftes Recht)

=> Aktuelle Struktur nicht ausreichend, um Teilhabeziele erreichen zu können

Rehabilitative Strategie bei AKI-Patienten oft im Bereich der Adaptation



Mobile indikationsspezifische Rehabilitation

Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation

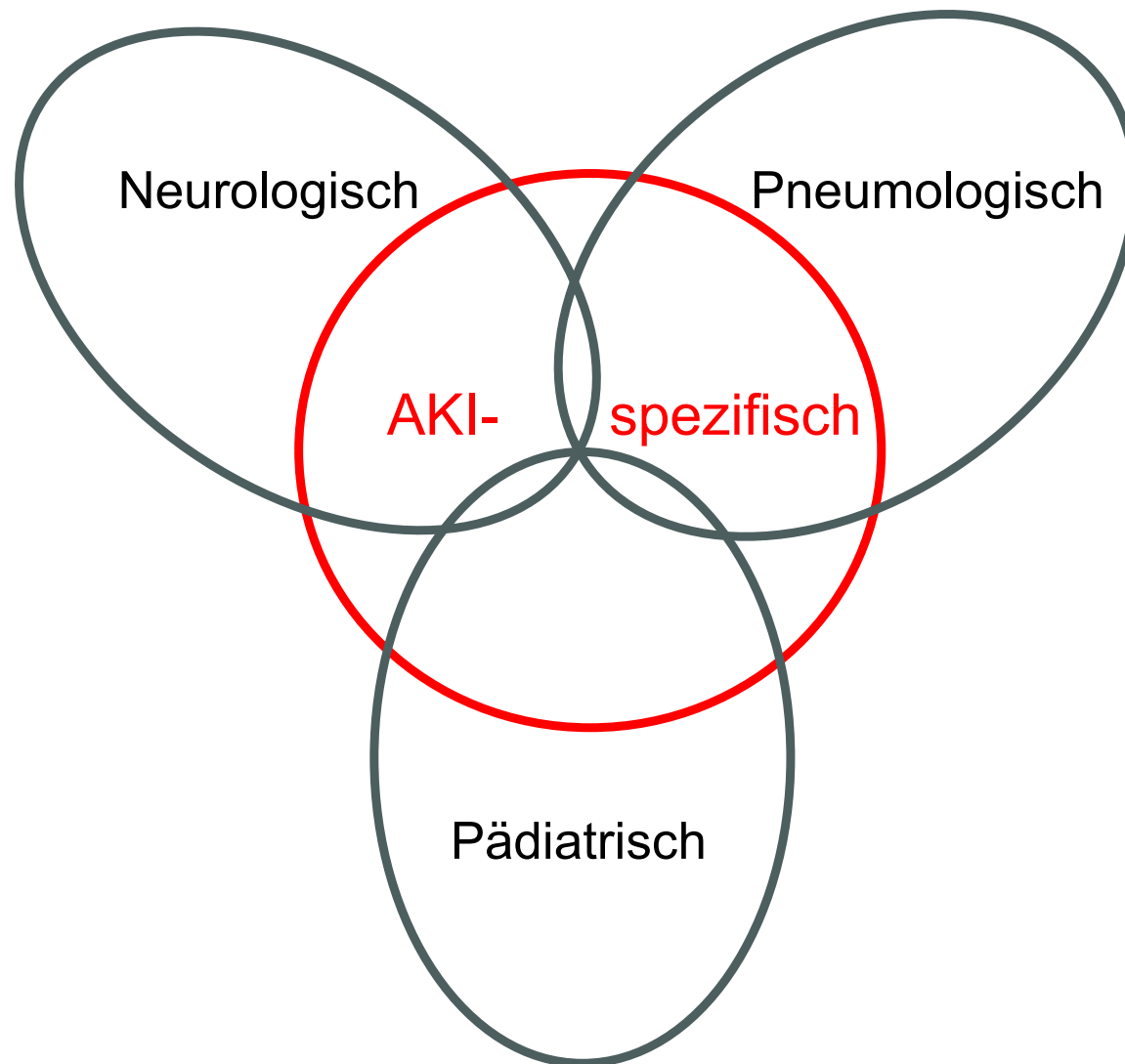
vom 01.06.2021



- grundsätzlich für alle somatischen Fachbereiche
- besonders für Patienten, bei denen adaptative Strategien zum Erreichen der Teilhabeziele erforderlich sind
- bei erheblichen Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium, hoher Querschnitt)
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
- angeborener oder erworbener Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz-und Pflegebedarf
- erheblicher Schädigungen mentaler Funktionen



Modelle indikationsspezifischer MoRe in der außerklinischen Intensivpflege



Besonderheiten MoRe in der Außerklinischen Intensivpflege



Qualifikation der Ärztlichen Leitung entsprechend den häufigsten Grunderkrankungen und klinischen Besonderheiten:

- Neurologe, Pneumologe, Anästhesiologe oder Pädiater
- mit Qualifikation oder Erfahrung in Intensivmedizin, Beatmungsentwöhnung oder Neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation

Besonderer Bedarf an:

- Ärztlichen Leistungen (incl. Botulinumtoxintherapie, Tracheoskopie)
- Atmungstherapie (incl. Blutgasanalyse, Spirometrie, Auslesen von Beatmungsgeräten) und Logopädie (incl. FEES) im Heilmittelbereich

Beispiele für Teilhabeziele durch MoRe in der außerklinische Intensivpflege zu erreichen

Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle

Verbesserung der Mobilität und der sozialen und kulturellen Teilhabe

Erhalt/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

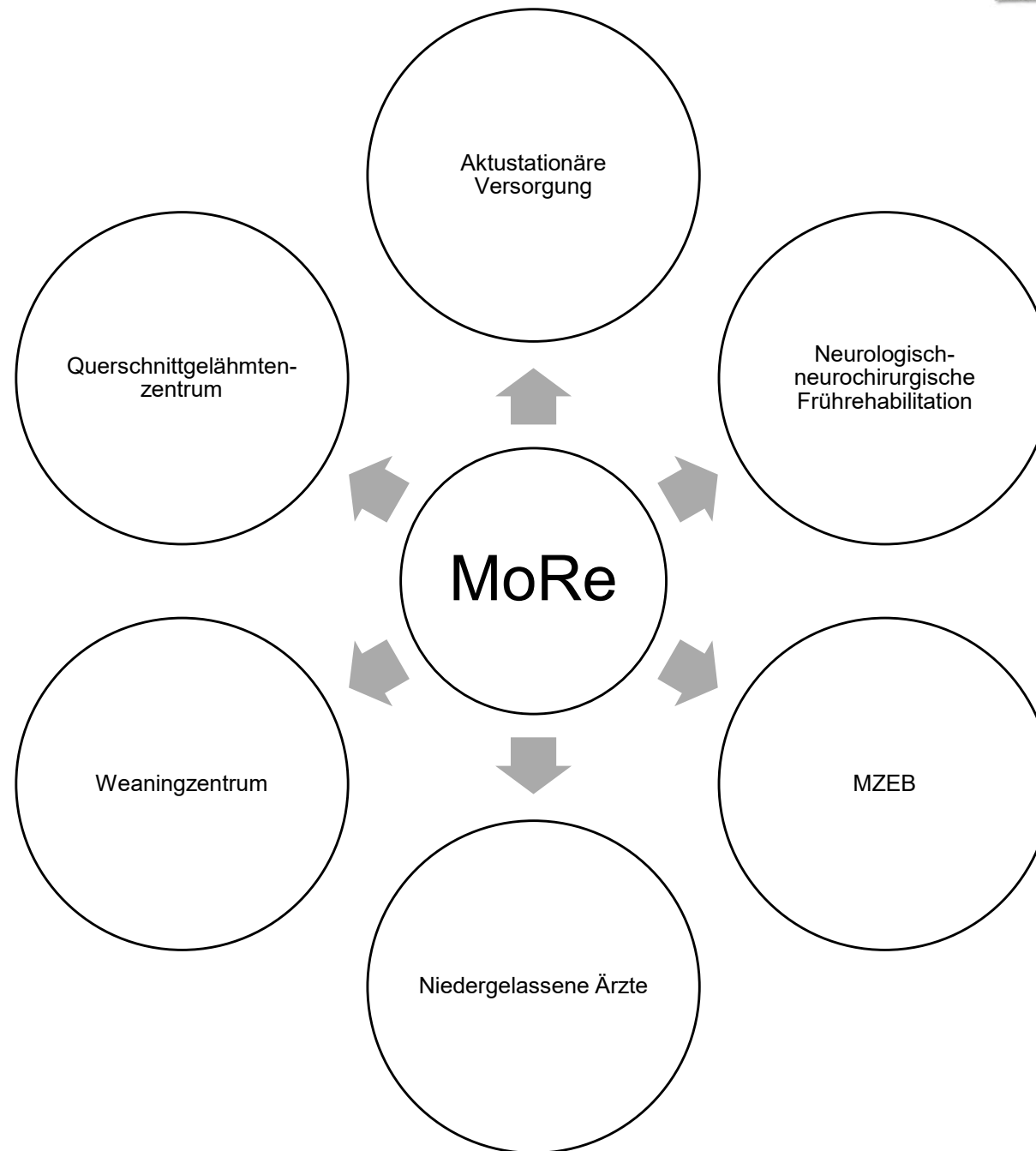
Verbesserung der Lebensqualität

Symptomlinderung (z.B. Schmerzen, Spastik, Ängste, Depressionen)

Einweisung von Angehörigen oder Assistenzpersonal in die Tätigkeiten der außerklinischen Intensivpflege

Prognoseklärung und ggf. Initiierung palliativmedizinischer Versorgung

Integration der MoRe in bestehende Strukturen



MoRe in der außerklinische Intensivpflege

... kann fortlaufenden demographischen und epidemiologischen Entwicklungen Rechnung tragen

... kann Lebensqualität, Teilhabe und körperliche Symptome verbessern

... kann die Umsetzung der UN-BRK fördern

... kann die Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien verringern

... kann Kapazitätsengpässe bestehender Strukturen abfangen

... kann für die Kostenträger hohe Kosteneinsparungen erbringen

... ist im Einklang mit den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation umsetzbar

... kann nun konzeptuiert werden