

Versorgungssituation von lungenerkrankten Bürgerinnen und Bürgern

Antrag Nr. 08-14 / A 04286 von Frau Stadträtin Eva Maria Caim
vom 04.06.2013

1 Anlage

Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 19.03.2015 (SB) Öffentliche Sitzung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Vortrag des Referenten	1
1. Versorgungssettings für langzeitbeatmete Menschen	2
2. Leitlinien und Netzwerke	4
3. Versorgungssituation in der außerklinischen Intensiv- versorgung in München	5
4. Problemlagen und Handlungsbedarfe in der außerklinischen Intensivversorgung	7
5. Zusammenfassung	10
II. Antrag des Referenten	12
III. Beschluss	13

I. Vortrag des Referenten

Mit dem Beschluss "Versorgungssituation von lungenerkrankten Bürgerinnen und Bürgern" des Gesundheitsausschusses (GA) vom 06.02.2014 (Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 13903 – vgl. Anlage) wurde das Referat für Gesundheit und Umwelt beauftragt, im 3. Quartal 2014 erneut über die Versorgungssituation von langzeitbeatmeten Bürgerinnen und Bürgern in München zu berichten. Der Antrag Nr. 08-14 / A 04286 vom 04.06.2013 blieb aufgegriffen.

Zur Bearbeitung des Stadtratsantrages wurden verschiedene Münchner Versorgungseinrichtungen am 25.06.2014 ins RGU eingeladen. Die Ergebnisse des Treffens sowie die schriftlichen Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden in dieser Beschlussvorlage vorgestellt und die Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Versorgungssituation aufgezeigt. Aufgrund der Personalsituation im zuständigen Fachbereich und der bestehenden Aufgabenfülle konnte die Beschlussvorlage erst im 4. Quartal 2014 fertiggestellt werden.

1. Versorgungssettings für langzeitbeatmete Menschen

1.1 Intensivstation

Grundsätzlich kann es bei ca. 10 % der Patientinnen und Patienten, die während einer intensivmedizinischen Versorgung auf einer Intensivstation künstlich beatmet werden, zu einem schwierigen und längerfristigen Entwöhnungsprozess von der Beatmungsmaschine bzw. zu einer Langzeitbeatmung kommen.¹ Im intensivmedizinischen Kontext wird bei einer Beatmungsdauer von 14 bis 21 Tagen von einer Langzeitbeatmung ausgegangen.² Die Ursachen hierfür sind vielfältig und häufig bedingt durch Lungenerkrankungen, Muskelschwäche, Störungen des Nervensystems, schwere Hirnschäden oder postoperative Komplikationen.

Diese Patientinnen und Patienten binden erhebliche intensivmedizinische Kapazitäten und benötigen ca. 50 % der Ressourcen einer Intensivstation. Die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung (das sog. Weaning) wird in der Regel von den Ärztinnen und Ärzten auf den Intensivstationen übernommen. Sobald eine Langzeitbeatmung mit Entwöhnungsproblematik auftritt und mehrere Entwöhnungsversuche fehlgeschlagen sind, ist es empfehlenswert, die Patientinnen und Patienten in ein Weaningzentrum zu verlegen.

1.2 Weaningzentrum

Ein Weaningzentrum ist ein Krankenhaus, das sich auf die Entwöhnung beatmelter Patientinnen und Patienten vom Beatmungsgerät spezialisiert hat. Aufgrund moderner Weaningkonzepte, auf Weaning spezialisierten Personals und eines multidisziplinären Ansatzes, gelingt es in solchen Zentren oder auf spezialisierten Intensivstationen mit dem Schwerpunkt Weaning, einen Großteil der Patientinnen und Patienten in relativ kurzer Zeit (meist 10 bis 30 Tage) von der Beatmung zu entwöhnen. Abhängig vom Schweregrad der Grunderkrankung und den Begleiterkrankungen liegt der Weaningserfolg in solchen Einrichtungen bei 50 bis 60 %.³ Sogar Patientinnen und Patienten, denen ein Weaningversagen⁴ attestiert worden ist, können in pneumologischen Weaningzentren aufgrund der Behandlung internistischer Grund- und Begleiterkrankungen sowie adaptierter Beatmungstechniken in einem hohen Prozentsatz erfolgreich entwöhnt werden. Dadurch kann die Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten erheblich verbessert werden. Zudem können die Kapazitäten an akuten Intensivbetten entlastet und möglicherweise Kosten reduziert werden.

In 15 bis 30 % der Fälle gelingt es nicht, die Patientinnen und Patienten von der Beatmung zu entwöhnen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, die maschinelle Beatmung außerklinisch, d.h. mittels außerklinischer Intensivversorgung fortzusetzen.

¹ Deutsches Ärzteblatt: WeanNet - Strukturierte Entwöhnung vom Respirator. In Internetpublikation: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/118013/WeanNet-Strukturierte-Entwoehnung-vom-Respirator> (Stand: 2011)

² Ärztekammer Schleswig-Holstein: Medizin und Wissenschaft: Akute Beatmung erfolgreich - was dann? In Internetpublikation: http://www.aeksh.de/shae_alt/2007/200710/h071060a.html (Stand: 2007)

³ Deutsches Ärzteblatt: WeanNet - Strukturierte Entwöhnung vom Respirator. In Internetpublikation: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/118013/WeanNet-Strukturierte-Entwoehnung-vom-Respirator> (Stand: 2011)

⁴ Weaningversagen: Komplikationen bei der Entwöhnung vom Beatmungsgerät bzw. Erfolgslosigkeit eines Weaningversuchs.

1.3 Außerklinische Intensivversorgung

Grundsätzlich stehen folgende Versorgungsmodelle in der außerklinischen Intensivversorgung zur Verfügung:

- häusliche Versorgung mit ambulantem Pflegedienst
- ambulante Pflege in betreuten Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen
- vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Beatmungskompetenz

Die Auswahl einer geeigneten außerklinischen Versorgungsform hängt in erster Linie vom Wunsch der Patientin/ des Patienten und deren bzw. dessen familiären Ressourcen ab. Die außerklinische Langzeitbeatmung kann nicht-invasiv über Atemmasken oder invasiv über ein Tracheostoma (Öffnung der Luftröhre nach außen) erfolgen.

Der Pflegebedarf der einzelnen Betroffenen hängt von der Grunderkrankung und Beatmungsform ab. Nicht-invasiv beatmete Menschen benötigen in der Regel weniger Unterstützungs- und Pflegeleistungen als invasiv Beatmete. Die Ausnahmen sind hier Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen und fortgeschrittenen Lähmungen, die sich die Maske zur Beatmung nicht eigenständig aufsetzen bzw. abnehmen können. Für invasiv beatmete Menschen muss hingegen eine fachpflegerische Versorgung mit examiniertem Pflegepersonal rund um die Uhr gewährleistet sein, da jederzeit potentiell lebensbedrohliche Situationen eintreten können.⁵

Die Betreuung von Kindern mit invasiver außerklinischer Beatmung erfordert eine besondere pädiatrische Expertise. Insbesondere die Versorgung von tracheotomierten und/ oder beatmeten Säuglingen und Kleinkindern erfordert eine hohe Aufmerksamkeit, engmaschige Kontrolle und Überwachung. Idealerweise werden die Kinder innerhalb sowie außerhalb der Klinik von einem multidisziplinären Team betreut. Die Bildung von pädiatrischen Kompetenzzentren kann die Versorgung von langzeitbeatmeten Kindern verbessern.⁶

Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus der Klinik sollte grundsätzlich erst dann erfolgen, wenn die außerklinische Versorgung einschließlich der medizinischen Betreuung sichergestellt und die Kostenübernahme geregelt ist. Dem Überleitungsmanagement in den Kliniken kommt in dieser Phase eine wichtige Bedeutung zu. Der Überleitungsprozess sollte ca. drei Wochen vor dem geplanten Entlassungstermin initiiert werden. Die ärztliche Versorgung in der außerklinischen Intensivversorgung erfolgt durch die Hausärztinnen und Hausärzte und bei den Kindern und Jugendlichen durch die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

⁵ Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke: Beatmungspflege. In Internetpublikation: <http://www.als-selbsthilfe.de/files/beatmungspflege.pdf> (Stand 2012)

⁶ Windisch W. et al. (2010): Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. In Internetpublikation: <http://nri-med.de/wp-content/uploads/1335444478672.pdf>

2. Leitlinien und Netzwerke

Aufgrund der in den letzten Jahren rasant zunehmenden Anwendung der außerklinischen Intensivversorgung und der Notwendigkeit zur Gestaltung von entsprechenden Versorgungsstrukturen wurden fachübergreifende wissenschaftliche Leitlinien formuliert. Diese Leitlinien ersetzen die bestehenden nationalen Empfehlungen und haben zum Ziel, klare Positionen für die außerklinische Intensivversorgung aufzustellen und Durchführungshilfen für die praktische Anwendung zu geben. Dadurch soll die medizinische Versorgung beatmungspflichtiger Menschen in Deutschland nach einheitlichen Standards gewährleistet und die Versorgungssituation sicherer gestaltet werden.

So wurde 2010 von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) die fachübergreifende Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronisch respiratorischen Insuffizienz⁷“ herausgegeben.

Im Jahr 2012 folgte die Veröffentlichung der "Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung". Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung des Weanings wurde Anfang 2014, die Leitlinie "Prolongiertes Weaning⁸" veröffentlicht.

Des Weiteren wurden verschiedene Netzwerke eingerichtet, um die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivversorgung zu verbessern.

2009 wurde unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin bundesweit das Kompetenznetzwerk „WeanNet“ gegründet. Es handelt sich hierbei um ein Netzwerk von 31 zertifizierten Weaningzentren, dessen Ziele die Qualitätssicherung und eine verbesserte Zusammenarbeit der spezialisierten Weaningzentren sind.

2008 wurde das Netzwerk KNAIB „Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern“ eingerichtet. Im Rahmen dieses Netzwerkes findet ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen ambulanten Intensivpflegediensten, Kostenträgern, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern, Referat für Gesundheit und Umwelt der LH München und Weaningzentren statt. Gleichzeitig wurden themenbezogene Arbeitsgruppen gebildet, die Empfehlungen zu den Themen Überleitungsmanagement, Notfallmanagement, Hygienemanagement und Personalqualifikation verabschiedet haben.

Einen sehr wichtigen Beitrag zur Verbesserung der außerklinischen Intensivversorgung leistet zudem der jährlich stattfindende Münchner Außerklinische Intensiv-Kongress (MAIK-Kongress). Der MAIK ist ein bundesweit anerkannter Fachkongress, der alle Berufsgruppen vereint, die an der außerklinischen Intensivversorgung beteiligt sind. Im Vordergrund steht hier die Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten.

⁷ Respiratorische Insuffizienz: Störung der äußeren (mechanischen) Atmung, die eine Minderbelüftung verschiedener Lungenabschnitte bewirkt.

⁸ Prolongiertes Weaning: Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Versuche benötigen, um vom Beatmungsgerät entwöhnt zu werden.

Regionale Vernetzungen in der außerklinischen Intensivversorgung sind vorhanden, so dass zum jetzigen Zeitpunkt die Einrichtung eines weiteren Netzwerkes auf Münchner Ebene oder eines zusätzlichen permanenten Arbeitskreises von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht notwendig ist. Vielmehr soll über das bestehende regionale Netzwerk KNAIB ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch sichergestellt und weiterhin gepflegt werden.

3. Versorgungssituation in der außerklinischen Intensivversorgung in München

3.1 Anzahl der langzeitbeatmeten Bürgerinnen und Bürger

Wie bereits in dem Beschluss des GA vom 06.02.2014 (vgl. SV-Nr. 08-14 / V 13903 – Anlage) dargestellt, gibt es bezüglich der Anzahl der langzeitbeatmeten Menschen in München keine verlässlichen Zahlen. Offizielle Zahlen liegen nur den Krankenkassen vor. In einer Veröffentlichung des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes von 2007 wird von einer Beatmungsinzidenz von 250 bis 320 pro 100.000 Menschen ausgegangen.⁹ Nach diesen groben Schätzungen würden ca. 300 Münchnerinnen und Münchner pro Jahr langzeitbeatmet sein. Angaben zum Weaningversagen in den einzelnen Kliniken sind dem RGU nicht bekannt.

Die Anzahl der langzeitbeatmeten Menschen hat in den letzten 10 Jahren enorm zugenommen. Gleichzeitig ist künftig mit einem weiteren deutlichen Anstieg von invasiv beatmeten Menschen und v.a. von alten und schwerkranken Menschen deutschlandweit zu rechnen. Dieses ist bedingt durch die demographische Entwicklung (steigendes Lebensalter, mehr Begleiterkrankungen), Zunahme von Lungenerkrankungen, Fortschritte in der Intensivmedizin und vermehrt durchgeführte Operationen im höheren Lebensalter. Die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung gestaltet sich in dieser Situation häufig schwierig.

Ähnliche Entwicklungen sind in den Vereinigten Staaten von Amerika in Studien belegt.¹⁰ Entsprechend werden in Zukunft immer mehr alte und schwerkranke Menschen beatmet werden und auch bei den langzeitbeatmeten Kindern ist aufgrund des medizinischen Fortschritts der Bedarf an außerklinischer Intensivversorgung ansteigend.

3.2 Bestandsaufnahme

Zur Aktualisierung des Beschlusses "Versorgungssituation von lungenerkrankten Bürgerinnen und Bürgern" des GA vom 06.02.2014 (vgl. SV-Nr. 08-14 / V 13903 – Anlage) wurde am 25.06.2014 eine erneute Bestandsaufnahme durchgeführt. Hierzu wurden verschiedene Münchner Versorgungseinrichtungen ins RGU eingeladen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Treffens waren Vertreterinnen und Vertreter der Asklepios Fachklinik München-Gauting, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK Südost), des Heimbeatmungs-services Brambring Jaschke, des Intensivpflegedienstes Kompass, des Intensiv-pflegedienstes Perso.Med, der Kassenärztlichen Vereinigung

⁹ Ärztekammer Schleswig-Holstein: Medizin und Wissenschaft: Akute Beatmung erfolgreich - was dann? In Internetpublikation: http://www.aeksh.de/shae_alt/2007/200710/h071060a.html (Stand: 2007)

¹⁰ Gillissen, A./ Welte, T. (2014): Weißbuch Lunge 2014 – Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze – Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland.

Bayerns, des Krankenhauses für Naturheilweisen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern, des Referats für Gesundheit und Umwelt und des Städtischen Klinikums München GmbH.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie die anschließenden schriftlichen Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden im Folgenden vorgestellt:

In München und im Münchner Umland existiert nur ein Weaningzentrum. Es handelt sich hier um das DGP-zertifizierte Weaningzentrum der Asklepios Fachklinik München-Gauting, das über 15 Weaningbetten verfügt.

Auch das Lungenzentrum im Klinikum Harlaching hat einen Schwerpunkt in Langzeitbeatmung und Weaning. Hier werden die Patientinnen und Patienten zum Weaning innerhalb der 12 Betten umfassenden Internistischen Intensivstation behandelt. Die Kapazität zum Weaning umfasst bis zu 3 Patientinnen und Patienten, welche situationsbedingt geschaffen wird und mit der Kapazität zur Akutversorgung konkurriert. Somit betragen die ausgewiesenen Weaning-Kapazitäten in München und im Münchner Umland insgesamt max. 18 Weaningbetten.

Die Asklepios Fachklinik München-Gauting sowie das Klinikum Harlaching verfügen über eine spezielle Expertise im Bereich Weaning. Hier wird pneumologisch geführtes Weaning, nach den vorgegebenen strukturellen und prozessualen Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin durchgeführt. Aufgrund der komplexen fachinternistischen Behandlung der Grund- und Begleiterkrankungen v.a. bei älteren Menschen ist dieses Konzept mit einem besonders raschen und nachhaltig erfolgreichen Weaning verbunden.

Darüber hinaus findet das Weaning der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Aufenthaltes auf den verschiedenen Intensivstationen in den einzelnen Kliniken statt.

Die außerklinische Intensivversorgung ist im Stadtgebiet München mengenmäßig gut aufgestellt. Für die Erwachsenen gibt es mittlerweile ca. 30 ambulante Intensivpflegedienste, ca. 20 ambulant betreute Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen und 3 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz.

In ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben schwerstpflegebedürftige Menschen in einem gemeinsamen Haushalt selbstbestimmt zusammen. Es handelt sich hierbei nicht ausschließlich um langzeitbeatmete Menschen.

Die ambulanten Intensivpflegedienste übernehmen die ambulante häusliche Versorgung sowie die pflegerische Versorgung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Vereinzelt übernehmen auch ambulante Pflegedienste die ambulante Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen. Es handelt sich hier jedoch um eine Grauzone, deren Zahl nicht bekannt ist.

Neben der Zunahme von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen ist auch ein Anstieg an vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz im Stadtgebiet München zu verzeichnen. Seit der letzten

Befragung des RGU im Jahr 2013 sind zwei neue Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz hinzugekommen.

Für die Versorgung von langzeitbeatmeten Kindern und Jugendlichen in der häuslichen Umgebung stehen im Stadtgebiet München ein ambulanter Intensiv-Kinderkrankenpflegedienst und zwei ambulante Kinderkrankenpflegedienste mit entsprechend qualifiziertem Fachpersonal zur Verfügung. Ein pädiatrisches Kompetenzzentrum gibt es in München noch nicht.

Nach Einschätzung des MDK Bayerns besteht derzeit im Stadtgebiet München kein Mangel an ambulanten Intensivpflegediensten und Plätzen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen. Einen quantitativen und qualitativen Verbesserungsbedarf sieht der MDK Bayern hingegen im Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz. Den vollstationären Pflegeeinrichtungen fehlt bislang die Spezialisierung für langzeitbeatmete Bewohnerinnen und Bewohnern. Es mangelt an ausreichend qualifiziertem Pflegefachpersonal sowie an den baulichen und technischen Voraussetzungen.

4. Problemlagen und Handlungsbedarfe in der außerklinischen Intensivversorgung

Im Rahmen der Bestandsaufnahme im Juni 2014 wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern folgende Probleme in der Versorgung von langzeitbeatmeten Bürgerinnen und Bürgern genannt und Handlungsbedarfe aufgezeigt:

- **Fehlendes Weaningzentrum im Stadtgebiet München**

Im Stadtgebiet München gibt es kein Weaningzentrum. Laut der Asklepios Fachklinik München-Gauting und dem Städtischen Klinikum München GmbH reichen die vorhandenen Weaning-Kapazitäten in München bei weitem nicht aus. In der Asklepios Fachklinik München-Gauting können nur 50 % der zum Weaning angefragten Patientinnen und Patienten mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 1 bis 2 Wochen übernommen werden.

Aus Umfragen der beiden Einrichtungen ergibt sich, dass die meisten Patientinnen und Patienten in München nicht über ein Weaningzentrum in die außerklinische Intensivversorgung verlegt werden.

Handlungsbedarf besteht darin, für ausreichend Weaning-Kapazitäten in der Stadt München zu sorgen. Aus fachlicher Sicht wird die Einrichtung einer Weaningstation oder eines Weaningzentrums (DGP-zertifiziert) innerhalb der Stadt München empfohlen. Durch den Ausbau von Weaning-Kapazitäten sowie der verbindlichen Regelung, die Patientinnen und Patienten erst nach einer Nicht-Entwöhnbarkeit durch ein Weaningzentrum in die außerklinische Intensivversorgung zu verlegen, könnte die Anzahl der außerklinisch invasiv beatmeten Menschen abnehmen.

Das RGU schlägt deshalb vor zu prüfen, ob eine pneumologische Weaningstation oder ein pneumologisches Weaningzentrum (DGP-zertifiziert) in der Stadt München eingerichtet werden kann.

- **Keine einheitlichen Qualitätsstandards in der außerklinischen Intensivversorgung**

Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben für einheitliche Qualitätsstandards in der außerklinischen Intensivversorgung. Um bei Qualitätsprüfungen die spezifischen Merkmale der außerklinischen Intensivpflege besser abzubilden, wurden vom MDK Bayern 2010 ergänzende Prüfkriterien erarbeitet und verabschiedet. Die Einrichtungen sind jedoch nicht verpflichtet eine Ergänzungsvereinbarung abzuschließen. Folglich beruht die Einhaltung der empfohlenen Qualitätsstandards weitgehend auf dem Qualitätsbewusstsein des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes.

Es gibt auch keine gesetzlichen Vorgaben zur Qualifikation der Pflegepersonen in der Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen. Die Folge sind starke Qualitätsunterschiede in der pflegerischen Versorgung. Es wurden zwar Leitlinien für die medizinische und pflegerische Versorgung in der außerklinischen Intensivversorgung und Qualifizierung der Pflegenden erarbeitet, die jedoch nur einen Empfehlungscharakter haben und nicht im Gesetz verankert sind.

Auch existieren keine speziellen Zulassungsvoraussetzungen für ambulante Intensivpflegedienste. Die Zulassungsvoraussetzungen für ambulante Pflegedienste und ambulante Intensivpflegedienste sind identisch, unabhängig davon, ob sie die Pflege von normal pflegebedürftigen oder beatmeten und permanent vital gefährdeten Menschen durchführen (§ 72 SGB XI).

Um einen einheitlichen Versorgungsgrad zu erreichen, sind dringend verbindliche Rahmenbedingungen und Richtlinien zur bundesweiten Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivversorgung wünschenswert und notwendig. Es bedarf einer gesetzlichen Grundlage bezüglich Zulassungsvoraussetzungen, Qualifikation der Pflegepersonen, einheitlicher Qualitätsstandards sowie eines einheitlichen Kriterienkatalogs für die Qualitätsprüfungen.

Das RGU wird sich über den Deutschen und Bayerischen Städtetag dafür einsetzen und initiativ werden.

- **Keine einheitliche Vergütung von pflegerischen Leistungen in der außerklinischen Intensivversorgung**

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivversorgung ist aufgrund der intensiven, bis zu 24 Stunden am Tag andauernden Betreuung, sehr kosten- und personalintensiv. Die pflegerische Versorgung von beatmeten Patientinnen und Patienten wird hingegen nicht einheitlich vergütet. Es handelt sich hierbei um eine Einzelfallregelung und die Kosten werden mit den Kostenträgern für jede einzelne Patientin bzw. jeden einzelnen Patienten neu verhandelt und können sehr stark variieren.

Aus Erfahrung ambulanter Intensivpflegedienste führt diese Einzelfallregelung sowie die ständige Reduktion der Leistungsvergütung durch die Krankenkassen unweigerlich zu erheblichen Qualitätseinbußen in der außerklinischen Intensivversorgung. Die Gefahr besteht darin, dass qualifiziertes Pflegepersonal eingespart wird. Erforderlich sind einheitliche Vergütungssätze für pflegerische Leistungen.

- **Mangelnde strukturierte ambulante ärztliche Versorgung, keine adäquate Vergütung von Hausbesuchen**

Für die Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivversorgung steht bislang keine strukturierte ambulante ärztliche Betreuung zur Verfügung. Laut Rückmeldungen ist bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie teilweise auch bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Lungenheilkunde bis auf wenige Ausnahmen keine ausreichende Beatmungskompetenz vorhanden. Zudem ist die aufwendige ärztliche Betreuung von außerklinischen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten in den Vergütungssystemen der Krankenkassen nicht adäquat abgebildet. Dies führt u.a. dazu, dass regelmäßige Hausbesuche fehlen und Fachärztinnen und Fachärzte nicht bereit sind Hausbesuche durchzuführen. Häufige Notarzteinsätze sowie wiederholte Krankenhaus-einweisungen sind die Folge.

Notwendig ist eine strukturierte ambulante ärztliche Betreuung. Hierzu bedarf es eine Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenzen in Bezug auf Beatmung und eine verbesserte Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. Eine Option wäre auch die ärztliche Betreuung oder telemedizinische Versorgung durch eine Weaningstation/ ein Weaningzentrum. Darüber hinaus ist eine angemessene Honorierung für ärztliche Hausbesuche erforderlich.

Das RGU schlägt vor in den Gremien des Gesundheitsbeirats und der Pflegekonferenz der Stadt München diese Thematik einzubringen. Über den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München sollen die Hausärztinnen und Hausärzte für die außerklinische Intensivversorgung sensibilisiert und zu Fortbildungen im Bereich Beatmung angehalten werden.

- **Schnittstellenprobleme**

Bei den Begutachtungen durch den MDK Bayern ist häufig eine unzureichende Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen (Pflegepersonen, Ärztinnen/ Ärzte, Geräteanbieter, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie etc.) erkennbar. Bemängelt wird auch die unzureichende Beratung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen seitens der entlassenden Krankenhäuser. Zudem ist die Überleitung in die außerklinische Intensivversorgung oftmals verbesserungsfähig, insbesondere im Bereich Beatmung, Hilfsmittelverordnung und Verordnung von außerklinischer Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Dies liegt u.a. daran, dass eine multidisziplinäre Überleitung fehlt.

Um die Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zu verbessern, bedarf es aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises eines sektorenübergreifenden Fallmanagements. Dieses Fallmanagement sollte durch eine zentrale Ansprechpartnerin/ einen zentraler Ansprechpartner den verschiedenen Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig ist eine strukturierte und multidisziplinäre Überleitung in die außerklinische Intensivversorgung erforderlich.

Handlungsbedarf besteht auch in einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit, um die breite Öffentlichkeit für das Thema Langzeitbeatmung und außerklinische Intensivversorgung zu sensibilisieren und Verständnis und Unterstützung für die betroffenen Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Das RGU schlägt vor, ein Fachgespräch zur interdisziplinären Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen zu organisieren.

5. Zusammenfassung

Ein optimal durchgeführtes Weaning sowie für den Fall einer Nicht-Entwöhnbarkeit von der Beatmung eine optimal gestaltete außerklinische Intensivversorgung kann die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessern. Die Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen erfordert zwingend umfangreiche fach- und beatmungsspezifische Qualifikationen. Festzustellen ist allerdings, dass in der außerklinischen Intensivversorgung vieles, u.a. auch die Personalqualifikation, nicht gesetzlich geregelt ist. In der Bestandsaufnahme im Juni 2014 wurden eine Reihe von Problemen und Handlungsbedarfen erfasst. Das RGU hat auf viele der genannten Handlungsbedarfe nur einen indirekten Einfluss, wird aber mit den vorgeschlagenen Maßnahmen die gegebenen Optionen für Verbesserungen gezielt nutzen.

Abstimmung mit der Stadtkämmerei

Die Beschlussvorlage ist mit der Stadtkämmerei abgestimmt. Die Stadtkämmerei bittet, folgende Ausführungen zu berücksichtigen:

1. Als Betreuungsreferat der Städtisches Klinikum München GmbH bezieht sich die Stellungnahme der Stadtkämmerei ausschließlich auf den Bereich klinisches / akutstationäres Weaning.
2. Der Antrag des RGU bezüglich der Prüfung der Einrichtung einer pneumonologischen Weaningstation bzw. eines zertifizierten Weaningzentrums wird seitens der Stadtkämmerei grundsätzlich begrüßt.
3. Insbesondere auch in Hinblick auf die z. T. schwierige Angebotssituation bei den Internistischen Intensivbetten in München, wäre hier eine Entlastung durch eine

Weaningstation bzw. ein weiteres Weaningzentrum durchaus anzustreben. Dies betrifft die Städtisches Klinikum München GmbH vermutlich gleichermaßen wie die Intensivvorhaltungen in anderen Kliniken. Ggf. sollte hier zunächst eine Abfrage bei den Kliniken mit internistischen Intensivbetten erfolgen, welche Intensivkapazitäten durch Weaningfälle gebunden und durch die Vorhaltung einer speziellen Weaningeinrichtung entlastet werden könnten. Das Ergebnis könnte dann mit den Aussagen der Asklepios Fachklinik Gauting abgeglichen werden, wonach derzeit nur 50% der Anfragen nach Weaningplätzen bedient werden könnten. Dies müsste auch speziell für pädiatrische Beatmungsfälle erfolgen.

4. Parallel zur Kontaktaufnahme zu den Krankenhausplanungsbehörden sollte mit den Kostenträgern die Finanzierung der Betriebskosten geklärt werden. Hier stellt sich die Frage, ob über individuelle Entgelte ein kostendeckender Betrieb zu gewährleisten ist oder ggf. eine Subventionierung durch die LHM – bspw. im Rahmen eines Betrauungsakts - erforderlich ist.
5. Sofern die umfassendere Anbindung einer Weaningeinheit bzw. eines Weaningzentrums bei der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) in Betracht gezogen werden sollte, ist eine ausreichende Finanzierung aufgrund der schwierigen finanziellen Situation der StKM als unabdingbar vorzusetzen.

Das RGU wird die von der Stadtkämmerei vorgeschlagenen Maßnahmen gerne berücksichtigen. Die Frage nach der Finanzierbarkeit einer Weaning-Einheit begleitet selbstverständlich den Prüfungsprozess. Eine weitere Planung setzt eine sorgfältige und umfassende München übergreifende Analyse voraus. Das RGU wird die vorgeschlagene Befragung der Münchner Kliniken mit internistischen und pädiatrischen Intensivbetten durchführen und das Ergebnis mit den Aussagen der Asklepios Fachklinik Gauting abgleichen.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag des Referenten

1. Der Gesundheitsausschuss nimmt den Vortrag des Referenten über die Versorgungssituation von lungenerkrankten Bürgerinnen und Bürgern zur Kenntnis.
2. Das RGU wird beauftragt auf die Verantwortlichen der Krankenhausplanung in Bayern zuzugehen, mit der Bitte zu prüfen, ob eine pneumologische Weaningstation oder ein pneumologisches Weaningzentrum (DGP-zertifiziert) in der Stadt München eingerichtet werden kann.
3. Das RGU wird beauftragt, im Jahr 2015 ein Fachgespräch zur interdisziplinären Versorgung von beatmeten Menschen zu organisieren.
4. Das RGU wird beauftragt, den Bürgerinnen und Bürgern in München auf der Homepage des RGU einen Überblick über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten von langzeitbeatmeten Menschen zu geben.
5. Das RGU wird beauftragt, die Versorgungssituation von langzeitbeatmeten Bürgerinnen und Bürgern sowie diesbezügliche Handlungsbedarfe und -empfehlungen in den Deutschen und Bayerischen Städtetag einzubringen.
6. Das RGU wird beauftragt, in den Gremien des Gesundheitsbeirats und der Pflegekonferenz der Stadt München die Versorgungssituation von langzeitbeatmeten Bürgerinnen und Bürgern, die Problemlagen und Handlungsbedarfe in München einzubringen.
7. Der Antrag Nr. 08-14 / A 04286 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss
nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Der Referent

Ober-/Bürgermeister

Joachim Lorenz
Berufsmäßiger Stadtrat

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über den stenographischen Sitzungsdienst
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB
- V. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).